

Institut Européen de Thérapies Somato-psychiques

IETSP

FORMATION SPÉCIALISÉE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PSYCHOTRAUMATISME

pour la 1ère fois en France et dans les pays francophones L'IETSP présente :

LA PSYCHOTHÉRAPIE SENSORIMOTRICE "SENSORIMOTOR PSYCHOTHERAPY"®

2ème ANNÉE - 2ème PARTIE

**Formation spécialisée pour la prise en charge des États
Dissociés - Traumas Complexes - Troubles de l'Attachement
- Troubles du Développement**

Dates de formation : année 2011-2012

1ère session : du 15 octobre au 19 octobre 2011 (Janina FISCHER)

2ème session : du 13 janvier au 17 janvier 2012 (Kekuni MINTON)

3ème session : du 19 mai au 23 mai 2012 (Kekuni MINTON ½ journée)

Cette formation est de 3 sessions par an :

Ces 3 sessions suivent une progression logique et ne sont pas dissociables les uns des autres.

**Les participants de la 2ème année s'engagent sur le cursus de la 2ème année = 3 sessions
x 4,5 jours = 13,5 jours = 100 Heures**

De 9h à 18h et de 9h à 13h le dernier jour

**Cette formation est réservée aux professionnels de la santé
Formation en Anglais , traduite en Français par un traducteur professionnel**

MAISON D'ACCUEIL ADÈLE PICOT 39 rue Notre-Dame des Champs 75006 Paris
Métro : Notre Dame des Champs – ligne 12 / Vavin - ligne 4

MENU
1-L'INSTITUT DE PSYCHOTHÉRAPIE SENSORIMOTRICE - IPS
2-VOCATION DE L'IPS
3-CONTENU DE LA FORMATION DE L'IPS
4-ARTICLES DES FONDATEURS DE L'IPS
5-FORMATEURS AGRÉÉS
6-COMITÉ SCIENTIFIQUE DE L'IPS
7-LIVRE DE PAT ODGEN ET KEKUNI MINTON
8-RÉPERTOIRE DES PRATICIENS CERTIFIÉS EN "SENSORIMOTOR"
9-RESSOURCES EN LIGNE

L'INSTITUT DE PSYCHOTHÉRAPIE SENSORIMOTRICE - IPS

Les psychothérapies traditionnelles s'intéressent aux éléments cognitifs et émotionnels du traumatisme, mais manquent de techniques permettant de travailler directement avec les fonctions physiologiques, malgré le fait que le trauma affecte profondément le corps et bon nombre de symptômes sont somatiquement fondés mais restent inaccessibles au niveau d'une thérapie verbale.

La formation à la Psychothérapie Sensorimotrice « Sensorimotor Psychotherapy™ » propose des interventions simples, centrées sur le corps et qui consistent à suivre, identifier et explorer en toute sécurité l'excitation physiologique liée aux effets du traumatisme ainsi que les processus associés, et visent à créer de nouvelles compétences et restaurer une transformation somatique intégrée de Soi.

Les étudiants apprendront des modes d'interventions efficaces et accessibles pour identifier et travailler avec des modèles somatiques dérégulés, des processus cognitifs et émotionnels perturbés et le sentiment fragmenté de l'expérience du Moi, pour la plupart des individus traumatisés.

Les techniques sont enseignées dans une approche de traitement par « phases orientées », se centrant d'abord sur la stabilisation et sur la réduction des symptômes. La Psychothérapie Sensorimotrice peut être facilement et efficacement intégrée dans une pratique d'inspiration psycho-dynamique, cognitivo-comportementaliste ainsi que les traitements centrés sur l'EMDR.

FORMATEURS

1er niveau Paris France 2010

Formation en Anglais , traduite en Français par un traducteur professionnel

Pat Ogden, Ph.D. Fondatrice et directrice de l'IPS (l'Institut de Psychothérapie Sensorimotrice) www.sensorimotorpsychotherapy.org, une école de renommée internationale et spécialisée dans les formations des psychothérapeutes travaillant avec des approches somatiques cognitives de traitement des traumas développementaux et des troubles de l'attachement.

Kekuni Minton, Ph.D. fondateur et formateur de la fondation SPI, ainsi que membre de la faculté à l'université de Naropa. (usa)



VOCATION DE L'IPS

L'Institut de Psychothérapie Sensorimotrice (IPS) est une structure qui a pour vocation d'étudier et d'enseigner l'approche somatique dans la pratique de la psychothérapie clinique. La Psychothérapie Sensorimotrice est une thérapie parlée, orientée sur le corps et qui se base sur les recherches contemporaines en traumatologie, dissociation, neuroscience, attachement et développement.

Les techniques développées par la Psychothérapie Sensorimotrice comprennent des interventions corporelles spécifiquement développées pour traiter les effets du traumatisme, les troubles de l'attachement, deuil et perte et les "arrêts" développementaux.

"La seule thérapie que je connaisse qui aille autant en profondeur dans le corps que dans l'esprit, et qui parvient à les atteindre tous les deux jusqu'à trouver l'âme elle-même."

— Ron Kurtz, Fondateur de la Méthode Hakomi

L'institut de Psychothérapie Sensorimotrice (IPS) est une organisation éducative dédiée à l'étude et à l'enseignement d'une psychothérapie clinique somatique. La Psychothérapie Sensorimotrice est une thérapie orientée vers la parole et qui prend également en compte le ressenti corporel. Celle-ci intègre les techniques verbales dans les interventions en vue d'un traitement du trauma, de l'attachement et des questions de l'ordre du développement.

L'IPS propose des formations et des ateliers aux psychothérapeutes et aux professionnels apparentés à la Psychothérapie Sensorimotrice, ainsi que des cours sur les ressources somatiques s'adressant aux thérapeutes corporels. Les cours sont dispensés par l'IPS et sont basés sur des principes de prises de conscience et de contemplation de la relation entre le corps et l'esprit. Cette approche est enrichie par les recherches contemporaines en neurosciences, théorie de l'attachement, trauma et dans des domaines qui en sont rattachés.

HISTOIRE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE SENSORIMOTRICE

Au cours des années 70, Pat Ogden commence à s'intéresser à la corrélation entre la déconnexion de ses patients de leur corps, de leurs schémas de comportement, et de leurs troubles psychologiques. En tant que psychothérapeute et thérapeute corporel en même temps, elle a été inspirée pour faire se rejoindre la thérapie somatique et la psychothérapie au sein d'une méthode globale pour pallier à cette déconnexion. L'IPS a dispensé son premier cours au début des années 80 sous le nom de Travail Corporel Hakomi. Influencée par des leaders tels que Emilie Conrad, Ruth Lanius, Peter Levine, Peter Melchior, Ellert Nijenhuis, Stephen Porges, Allan Schore, Dan Siegel, Martha Stark, Kathy Steele, Onno van der Hart, Bessel van der Kolk, and Ken Wilber, la Psychothérapie Sensorimotrice s'inspire des thérapies somatiques, de la neuroscience, de la théorie de l'attachement et des approches cognitives, ainsi que de la Méthode Hakomi, une psychothérapie dite « douce » introduite par Ron Kurtz. L'IPS dispense des formations à travers le monde entier et a acquis une renommée internationale durant ces vingt-cinq dernières années.



CONTENU DE LA FORMATION DE L'IPS

La Psychothérapie Sensorimotrice est une thérapie corporelle puissamment efficace, fondée sur un concept élégant, qui implique un large répertoire d'interventions somatiques désignées spécifiquement pour aider les patients à entrer en contact avec leurs propres ressources corporelles. Le programme de formation SPI propose de façon ingénieuse d'enseigner des cours intensifs auprès des cliniciens désireux d'augmenter la compréhension du travail avec le corps.

— Martha Stark, M.D., Auteur de *Working with Resistance and Modes of Therapeutic Action*

Le programme de formation comporte 3 niveaux = 3 ans , chacun d'eux étant un pré-requis pour le suivant. Un étudiant peut choisir uniquement le niveau I, ou le niveau I et II, ou encore les 3 niveaux.

QUI PEUT PARTICIPER ?

Les membres des professions de la santé : Psychologues - psychothérapeutes - psychanalystes - médecins - psychiatres.....

NIVEAU 1. FORMATION POUR LE TRAITEMENT DES TRAUMAS

La psychothérapie traditionnelle traite la dimension cognitive et émotionnelle du trauma, mais manque de techniques qui interviennent directement sur les éléments physiologiques, malgré des découvertes dans le monde de la recherche montrant que le trauma affecte profondément le corps et que de nombreux symptômes sur les individus ayant vécu des traumas ont une importante composante somatique.

Le niveau I de la Formation en Psychothérapie Sensorimotrice présente des interventions centrées sur le ressenti corporel, permettant de pister, nommer et explorer en sécurité les éléments de l'activation somatique qui sont liés au trauma. De nouvelles compétences seront acquises quant à l'instauration d'une conscience du ressenti corporel. Les étudiants vont découvrir des interventions efficaces et accessibles, permettant d'identifier et de travailler avec les schémas somatiques qui font défaut, les processus cognitifs et émotionnels en déséquilibre, et les fragmentations du moi que l'on retrouve régulièrement. Les Techniques sont enseignées à travers une « phase orientée » sur l'approche du traitement, en mettant d'abord l'accent sur la stabilisation et la réduction des symptômes. La durée de cette formation est de 80 à 90 heures.

PROGRAMME NIVEAU I

- ✓ **Inclure le corps dans la psychothérapie** : Comment pister et nommer l'expérience somatique et travailler avec le mouvement.
- ✓ **Le Trauma et le corps** : Le rôle du corps en perpétuant les symptômes PTSD.
- ✓ **Les troubles du développement et de l'attachement** : Les effets du trauma, des troubles de l'attachement et du développement, sur l'esprit et sur le corps.
- ✓ **« Hierarchical Information Processing »** : Les interventions qui accroissent la capacité à intégrer l'expérience traumatique.
- ✓ **La prise de conscience** : Le rôle de la prise de conscience dans le traitement du trauma et comment enseigner cette prise de conscience aux patients.
- ✓ **L'Auto-Régulation** : Comment stabiliser l'activation traumatique et restaurer l'équilibre autonome.
- ✓ **Ressources Somatiques** : Identification des ressources somatiques manquantes permettant aux patients de développer de nouvelles ressources.
- ✓ **Les Frontières** : Comment le trauma affecte les différentes frontières et techniques pour restaurer des frontières somatiques et psychologiques fonctionnelles ?
- ✓ **Les Réponses d'Orientations et de Défense** : Intervention permettant de restaurer les réponses d'orientation et de défense qui ont été désactivées suite au trauma.
- ✓ **Traitement des Souvenirs Traumatiques** : Approches somatiques pour surmonter la peur générée par les souvenirs traumatiques et interventions pour gérer et intégrer les souvenirs.
- ✓ **Dissociation** : Interventions permettant de travailler avec les altérations du champ de conscience et avec la dissociation structurelle de la personnalité.

FORMATION AVANCÉE EN TRAUMA : LA PSYCHOTHÉRAPIE SENSORIMOTRICE POUR LES TRAUMAS COMPLEXES ET LES TROUBLES DISSOCIATIFS

Les techniques de Psychothérapie Sensorimotrice conviennent uniquement aux patients souffrant de symptômes et de troubles complexes. Les patients atteints de traumatismes complexes et ceux atteints de troubles limites bénéficient de l'accent placé sur la prise de conscience et sur le présent, alors que les patients souffrant de troubles dissociatifs bénéficient d'un travail sur un corps unifié. Malgré le fait que les patients plus complexes peuvent avoir peur du corps ou éprouvent des difficultés dans leurs mouvements et dans leurs actions, les techniques Sensorimotrices peuvent être adaptées pour être au plus près de leurs exigences particulières. Ralentir, le travail avec des petites quantités d'information, l'alternance entre le travail sur le corps et sur ses membres, augmenter le nombre de répétitions et de pratiques, contribuent à accroître le seuil de tolérance.

Voici quelques sujets qui seront abordés lors des formations :

- ✓ Difficultés quant à la stabilisation avec les traumatismes complexes et les troubles dissociatifs et comment faire face à ces défis.
- ✓ Comment augmenter la prise de conscience du patient et de ses processus de régulation corporelle.
- ✓ Travailler avec le corps pour les patients qui ont une phobie du corps.
- ✓ Devenir un régulateur neurobiologique : utiliser les régulations somatiques et les techniques de régulation interactives.
- ✓ Les challenges que représentent des patients qui sont hyperactifs ou qui ne parviennent pas à agir.
- ✓ Dépasser les réactions traumatiques à travers la pratique de nouvelles actions.
- ✓ Travailler avec les réponses d'orientation et les réponses de défense avec les patients dissociés et dérégulés. Résoudre des conflits intérieurs qui empêchent le fonctionnement des frontières et des défenses saines.
- ✓ Approches pour le travail sur les souvenirs avec les patients qui ne peuvent pas réguler l'activation suffisamment pour gérer la vie au quotidien.

De plus, nous reverrons les compétences de base dans la formation « Trauma » et fournirons des séances de pratique intensive pour augmenter la maîtrise de la thérapie sensorimotrice et pour préparer les participants au processus de certification.

NIVEAU II. ATTACHEMENT, DÉVELOPPEMENT ET TRAUMA

La Psychothérapie Sensorimotrice identifie deux sortes de troubles : les troubles du développement et les troubles traumatiques. Les troubles du développement résultent d'une relation d'attachement lacunaire qui crée des croyances limitant la conception du soi et du monde, alors que le stress post-traumatique découle d'une expérience désorganisatrice qui n'a jamais été intégrée. Lorsqu'ils sont combinés avec un trauma qui n'a pas été intégré, les troubles de l'attachement peuvent créer une diversité de troubles relationnels pour les adultes. Le niveau II du programme IPS construit à partir du niveau I souligne comment les troubles traumatiques, de l'attachement et du développement sont reliés, et comment proposer un traitement adéquat face à cette réalité. Cette formation dure approximativement 175 heures.

PROGRAMME DU NIVEAU II

- ✓ Traduire le langage du corps.
- ✓ Travailler avec la dimension organisée de l'expérience.
- ✓ Travailler avec les souvenirs liés aux états du Moi.
- ✓ Troubles de l'attachement : Dépendance et Différenciation.
- ✓ Utilisations thérapeutiques des états de conscience.
- ✓ Traits de personnalité empêchant l'adaptation.
- ✓ Le transfert et le contre-transfert somatique.
- ✓ Travailler avec les intuitions physiques et mentales.
- ✓ Les systèmes d'action psychobiologies.
- ✓ Les stratégies des différentes personnalités et leurs interactions avec le trauma.
- ✓ Les schémas de modulation et leur corrélation avec le trauma.
- ✓ Les ressources somatiques pour les troubles de la personnalité et de l'attachement.
- ✓ Dissociation de la personnalité et Dissociation « structurelle »
- ✓ Travailler avec les États du Moi primaires.
- ✓ La relation thérapeutique, accordage et le corps.
- ✓ La théorie des systèmes : développement et trauma.
- ✓ Restaurer une conscience du soi en fonction du somatique.

NIVEAU III. PROCESSUS DE CERTIFICATION

(Un étudiant certifié pour le curriculum est appelé un Praticien Avancé Certifié).

Ce programme constitue une formation de niveau avancé en Psychothérapie Sensorimotrice. Cette formation est centrée sur la maîtrise des techniques Sensorimotrice à chaque étape de la thérapie. Chaque weekend comprend des exercices, des pratiques, des travaux par vidéo, des travaux à faire chez soi, des démonstrations et des évaluations individuelles de chaque étudiant. La durée de cette formation est approximativement de 140 heures. La certification est un processus individuel pour chaque participant, et l'acquisition des aptitudes nécessaires pour la certification pourrait demander un travail supplémentaire au-delà de la formation.

PROGRAMME DU NIVEAU III

- ✓ Pratiquer les techniques au travers d'exercices entre participants.
- ✓ Consultation et évaluation avec les formateurs concernant des cas cliniques et concernant les capacités requises pour la certification.
- ✓ Évaluation des difficultés du praticien, consultation et soutien de chaque participant afin de l'aider à réussir le processus de certification.
- ✓ Devoirs écrits incluant des formulaires de certification, analyses de vidéos, et devoirs personnalisés pour aider les participants à réussir le processus de certification.
- ✓ Analyse des stratégies mises en œuvre par chaque participant, ses tendances contre-transférentielles, et ses schémas traumatiques qui interfèrent avec les acquisitions nécessaires au processus de certification.
- ✓ Exercices d'expérimentation, d'intégration personnelle. Présentation de matériels didactiques

pertinents.

- ✓ Évaluations mensuelles des séances vidéos du participant.
- ✓ Conférences régulières avec les formateurs pour évaluer le processus éducatif.

Un conseiller membre du « SPI faculty » supervisera chaque participant durant la formation.

MÉTHODES ÉDUCATIVES UTILISÉES LORS DES FORMATIONS DE L'ISP

Exposés

L'enseignement didactique est effectué à l'aide d'exposés accompagnés de diaporamas.

Exercices

Des exercices de pratique sont conçus pour donner la possibilité aux participants de pratiquer les techniques.

Démonstrations

Les formateurs font des démonstrations quant à leurs techniques au travers d'exercices, de vignettes avec les étudiants, et au travers de films de séances.

Discussion

Les discussions en groupes restreints et élargis permettent d'explorer les sujets en profondeur et de poser des questions.

Consultation

La consultation de cas sera proposée par les formateurs pour favoriser l'intégration des interventions Sensorimotrices dans la pratique clinique. Les membres de l'équipe proposent des consultations uniquement concernant la pratique de la méthode « Sensorimotor » et non pas des consultations de cas compréhensives ou des supervisions.

Feedback

Les formateurs observent la pratique des étudiants et l'évaluent pendant les exercices.

Médiathèque

Les vidéos des séances Sensorimotrices ainsi que les exposés faits par les formateurs sont mis à la disposition des étudiants en ligne.

Articles

A chaque formation, des articles sont proposés afin de compléter le manuel correspondant à chaque niveau.

Devoirs académiques

Des devoirs sont mis à la disposition de l'étudiant en ligne comprenant des exercices ainsi que des devoirs écrits.

Devoirs de revue entre participants

Les étudiants forment des pairs pendant les formations pour des exercices pratiques.

Politique d'Admission

L'institut propose une formation dans le cadre de la formation continue et ne constitue pas un organisme d'accréditation.

CONDITIONS D'ADMISSION :

SP Niveau I: Traitement du Trauma

Recommandée pour les professions de santé : médecins - psychiatres, psychothérapeutes psychologues etc...

SP niveau Avancé

Certification Niveau I.

SP Niveau II: Développement, Attachement et Trauma

Certification Niveau I.

SP Niveau III: Certification

Certification des niveaux I et II.

Localisation

Les formations ont lieu régulièrement à travers le monde.



ARTICLES DES FONDATEURS DE L'IPS

La Psychothérapie Sensorimotrice : Une Méthode pour Intégrer la Mémoire Traumatique (« Sensorimotor Psychotherapy : One Method for Processing Traumatic Memory »)

Traumatology Volume VI, Issue 3, Article 3 (October, 2000) Pat Ogden, Ph.D. et Kekuni Minton, PhD.
Sensorimotor Psychotherapy Institute and Naropa University, Boulder,. Colorado.

Résumé

Le trauma affecte profondément le corps. Chez les personnes ayant vécu des traumas, il est en effet fréquent de retrouver une importante composante somatique au niveau de leurs symptômes. Pourtant, la psychothérapie traditionnelle traite la dimension cognitive et émotionnelle du trauma, sans proposer de techniques permettant d'intervenir directement sur les éléments physiologiques. Des déséquilibres se présentent également entre les niveaux cognitifs, et émotionnels, ce qui contribue à la création d'éléments pathologiques. Le niveau sensorimoteur (corps) est également impliqué dans ces processus. La Psychothérapie Sensorimotrice est une méthode intégrant l'abord du trauma au niveau sensorimoteur avec l'approche cognitive et émotionnelle. Il est établi que les réponses somatiques qui ne sont pas intégrées, telles que celles que l'on peut rencontrer dans le cadre de traumas incluant à la fois des réponses de combat et de défense, contribuent à la formation de nombreux symptômes de type PTSD (Syndrome de Stress Post Traumatique). Ces réponses constituent des éléments indispensables pour la Psychothérapie Sensorimotrice. En utilisant le corps (au lieu de se limiter simplement aux cognitions ou aux émotions) comme vecteur principal dans le traitement du trauma, la Psychothérapie Sensorimotrice s'adresse directement aux effets du trauma au niveau corporel, ce qui, à son tour, favorise l'intégration émotionnelle et cognitive. Cette méthode s'avère particulièrement pertinente pour les cliniciens qui travaillent sur la dissociation, la réactivité émotionnelle, l'absence d'affect, les états de figement, l'hyper-activation, ou bien encore sur d'autres symptômes liés au PTSD. Cet article présente une discussion sur la méthode Sensorimotrice, soulignant les techniques sensorimotrices qui peuvent être intégrées dans les approches traditionnelles centrées sur le traitement du symptôme. L'aptitude du thérapeute qui interagit avec les états de dérégulation du client afin de l'aider à suivre son ressenti corporel, est essentielle pour cette approche : une description de trois séances cliniques est proposée afin d'illustrer certaines applications cliniques.

La Psychothérapie Sensorimotrice est une méthode favorisant le traitement des réactions sensorimotrices qui n'ont pas été assimilées par rapport au trauma. Elle permet d'apporter une résolution quant aux effets nocifs que ces réactions peuvent avoir sur l'expérience cognitive et émotionnelle. Les réactions sensorimotrices comprennent des schèmes comportementaux au niveau physique, ainsi qu'au niveau sensoriel. Elles engagent l'activation du système nerveux autonome ainsi que des réponses d'orientation ou de défense, afin d'apporter une résolution qui engendrera à son tour

un repos et une satisfaction pour le corps. Durant une expérience traumatique, une telle résolution satisfaisante peut être expérimentée en travaillant effectivement sur les réponses de combat, ou de fuite. Cependant, pour la plupart des patients qui ont vécu des traumatismes, cela ne se produit pas. Ils sont hantés par le retour d'éléments dissociés, incomplets ou bien par des réactions sensorimotrices nocives qui se présentent sous la forme d'images intrusives, de sons, d'odeurs, de sensations corporelles, de douleurs, de tensions, d'anesthésies ou encore se manifestent dans l'incapacité à contenir l'activation de leur système nerveux.

Les éléments sensorimoteurs qui n'ont pu être résolus conditionnent l'intégration émotionnelle et cognitive, interrompant souvent la capacité de la personne traumatisée à penser clairement ou bien à retirer des informations correctes concernant ses états traumatiques (Van der Kolk, 1996). Inversement, les croyances cognitives et le stress émotionnel conditionnent l'intégration somatique. Par exemple, une croyance telle que « je suis impuissant » pourrait interrompre les processus sensorimoteurs impliqués dans la réponse de défense au niveau physique ; une émotion telle que la peur pourrait amplifier certains processus sensorimoteurs, comme l'activation par exemple.

La majorité des approches psychothérapeutiques favorisent l'émotion et les cognitions au détriment de l'intégration du ressenti corporel, et leur efficacité a été démontrée. Cela dit, dans la mesure où les symptômes somatiques sont différents lorsqu'ils sont liés à un trauma (McFarlane, 1996, p. 172), l'efficacité d'une prise en charge d'un trauma pourrait être améliorée par l'intégration d'une intervention soutenant le travail d'intégration au niveau sensorimoteur. Nous avançons que l'intervention visant l'intégration sensorimotrice peut aider à réguler et à faciliter l'assimilation émotionnelle et cognitive, et que traiter les troubles somatiques en se concentrant directement sur les processus d'intégration sensorimoteurs peuvent aider les patients indépendamment de la nature du trauma qu'ils ont vécu. En revanche, il nous semble également que l'intégration sensorimotrice ne suffit pas à elle seule. L'intégration des trois niveaux d'intégration – sensorimoteur, émotionnel, cognitif – est essentielle pour la guérison.

Dans cet article, nous aborderons la Psychothérapie Sensorimotrice, une méthode holistique qui, tout en utilisant le corps comme vecteur principal pour le traitement du trauma, inclut l'intégration cognitive et émotionnelle. Nous soulignerons les mécanismes d'intégration au niveau sensorimoteur, ce qui implique pister (c'est à dire porter une attention particulière sur) les séquences de mouvements et les sensations associées aux réactions sensorimotrices qui n'ont pas été assimilées. Nous nous intéresserons également aux pulsions motrices, aux tensions musculaires, aux tremblements, à la diversité de micromouvements, ainsi qu'aux changements de posture corporelle, à la respiration et à l'activité cardiaque. Ces sensations corporelles sont apparentées au "ressenti corporel" dont parle Gendlin (1978), dans la mesure où elles représentent des sensations physiques. Cependant, alors que le ressenti corporel inclut les émotions et les cognitions, les sensations auxquelles nous ferons référence sont purement physiques. Les patients apprennent à distinguer les sensations physiques et les émotions liées au choc traumatique en cultivant leur capacité à être conscients des sensations, alors même que leur texture, leur nature et leur intensité changent, jusqu'à ce que les sensations soient stabilisées. Au cours du travail, les patients apprennent à distinguer ces sensations des émotions.

L'intégration sensorimotrice est apparentée au concept de la "Somatic Experiencing" de Peter Levine (1997), dans la mesure où elle vise à pister les sensations physiques. Cependant, elle se distingue de par son objectif. Pour P. Levine, pister les sensations physiques constitue une fin en soi et son approche n'inclut pas de stratégie thérapeutique permettant de gérer l'intégration des cognitions et des émotions. Similaire à la "Somatic Experiencing", la Psychothérapie Sensorimotrice encourage l'intégration au niveau sensorimoteur lorsqu'il est nécessaire de réguler les réactions à ce niveau, ce qui est souvent le cas dans le cadre des traumatismes qui ne sont pas de nature relationnelle. Cependant, dans la majorité des cas, l'intégration sensorimotrice est utilisée pour introduire l'intégration holistique **aux trois niveaux : cognitif, émotionnel et sensorimoteur**. Par exemple, un patient qui a vécu un trauma peut avoir des affects et des cognitions qui sont déterminés par des activations somatiques sous-jacentes en déséquilibre, qui, à leur tour, peuvent déréguler les émotions et produire des schèmes de pensée redondants. Quand le patient apprendra à réguler sa propre activation à travers l'intégration sensorimotrice, il sera mieux à même de distinguer les réactions cognitives et émotionnelles qui sont seulement révélatrices d'une activation disproportionnée par rapport à celles qui constituent des troubles cognitifs avérés qui méritent d'être élaborés. Durant ce processus, l'approche de la Psychothérapie Sensorimotrice pourrait aller au-delà d'une méthode centrée exclusivement sur l'intégration sensorimotrice. Elle pourrait ainsi intégrer le traitement cognitif et émotionnel. Elle inclurait alors une élaboration des dynamiques transférentielles et relationnelles. La Psychothérapie Sensorimotrice porte un intérêt particulier sur l'interaction thérapeutique dans une optique d'élaborer les troubles relationnels et de promouvoir l'autorégulation. Cette approche peut apporter des résultats

très prometteurs quant à la résolution du trauma. Ainsi, la Psychothérapie Sensorimotrice s'avère pertinente dans les traumas relationnels, les traumas liés à l'état de choc ainsi que dans les traumas qui ne sont pas de nature relationnelle.

Avant d'aborder la Psychothérapie Sensorimotrice plus en détail, nous allons tout d'abord nous intéresser à la manière dont l'expérience de l'individu est traitée au niveau cognitif, émotionnel et sensorimoteur, et aux effets que peuvent avoir les expériences sensorimotrices qui n'ont pas été résolues sur toutes les différentes zones d'intégration. La notion d'information hiérarchisée de Ken Wilber (1996) décrit la hiérarchie évolutive et fonctionnelle à ces trois niveaux d'expérience, une hiérarchie qui reflète le développement du cerveau humain au cours de l'évolution de l'humanité.

Alors que les trois niveaux d'intégration sont interdépendants et entrelacés (Damasio, 1999 ; LeDoux, 1966; Schore, 1994), notre expérience clinique nous incite à avancer qu'il est important que le thérapeute observe le traitement des informations à ces trois niveaux (qui sont reliés mais distincts), qu'il discerne le niveau qui va le mieux soutenir les processus d'assimilation de l'expérience traumatique à un moment donné et qu'il applique des techniques spécifiques qui pourront favoriser l'intégration dans cette zone précise. Dans la durée, une telle approche engendrera l'intégration holistique permettant aux trois zones d'intégration d'opérer dans la synergie.

En règle générale, les trois niveaux de traitement d'information – sensorimoteur, émotionnel, et cognitif – correspondent aux trois niveaux d'architecture du cerveau cités par MacLean (1985) : le niveau de traitement sensorimoteur (qui inclut la sensation et les impulsions programmées) est initié en grande partie par les parties inférieures du cerveau, le traitement émotionnel par les structures intermédiaires du système limbique, et le traitement cognitif par le cortex cérébral frontal supérieur. Ces trois niveaux sont en interaction et s'influencent simultanément de sorte à former une unité fonctionnelle. De ce fait, le degré d'intégration à chaque niveau d'assimilation influence la réussite du traitement aux autres niveaux, comme Fisher et Murray l'ont décrit (1991).

Le cerveau fonctionne comme une entité unifiée formée de systèmes organisés de manière hiérarchique. Les fonctions d'intégration dites "supérieures" ont évolué à partir de l'intégrité des fonctions intégratives dites "inférieures", et en dépendent. Elles dépendent également de l'expérience sensorimotrice. Les parties supérieures du cerveau sont considérées comme étant responsables pour l'abstraction, la perception, le raisonnement, le langage, et l'apprentissage. L'intégration sensorimotrice et l'association inter-sensorielle, en revanche, se produisent le plus souvent au niveau des parties inférieures. Les parties inférieures du cerveau sont considérées comme ayant un développement et une maturation précédent ceux des structures cervicales supérieures ; (il est pensé que) le développement, ainsi que le fonctionnement optimal des structures supérieures, est partiellement dépendent du développement des structures inférieures, ainsi que de leur fonctionnement optimal (p. 16).

A plusieurs niveaux, le traitement au niveau sensorimoteur est fondamental pour les autres types de traitements et inclut les caractéristiques d'une forme d'intégration de l'information qui est plus simple et plus primitive par rapport aux autres formes plus avancées dans la chaîne évolutive. Du fait de la localisation de son siège dans les structures inférieures plus primitives, dans son fonctionnement, l'intégration sensorielle se repose sur un nombre de séquences d'étapes fixes relativement supérieur. Certaines de ces séquences sont bien connues, comme la réponse de sidération et la réponse de fuite, de combat ou bien de figement. Les séquences les plus simples représentent des réflexes involontaires (par exemple le tressaillement des genoux) qui sont ceux qui se fixent avec le plus de rigidité, et qui sont prédéterminés. En revanche, les schèmes moteurs acquis à un âge précoce sont plus complexes, du fait qu'ils créent des automatismes par la suite, comme celui de marcher ou bien de courir par exemple. Dans les domaines émotionnels et cognitifs plus évolués, les séquences d'étapes qui sont fixées sont plus rares dans l'intégration, et l'on retrouve plus de complexité et de réponses variées.

Ainsi, l'intégration sensorimotrice est plus directement associée à l'intégration du corps en général : les schèmes d'action fixés que l'on retrouve dans les défenses actives, les variations au niveau de la respiration et du tonus musculaire, l'activation du système nerveux, et ainsi de suite. La nature de cette hiérarchie est telle que les zones de traitement supérieures influencent et dirigent fréquemment les niveaux inférieurs. Il est possible de décider (fonction cognitive) d'ignorer la sensation de faim, et même de décider de ne pas agir en fonction d'elle, et ce alors que les processus physiologiques associés à la faim, comme la sécrétion de salive et la constriction des muscles de l'estomac perdurent. La théorie cognitive appelle ce phénomène « le mode de traitement descendant », en référence au concept de "top-down processing" (LeDoux, 1996, p. 272), indiquant que les niveaux supérieurs de traitement cognitifs peuvent souvent court-circuiter, diriger ou bien interrompre les niveaux inférieurs. Par ailleurs, il est à noter qu'ils le font souvent en élaborant ou bien en interférant avec les processus de traitement

au niveau émotionnel ou sensorimoteur.

L'activité de l'adulte est souvent basée sur le traitement de l'information de type descendant. Shore (1994) souligne le fait que chez les adultes, les zones corticales supérieures forment une centrale d'information, et que le cortex orbital domine l'activité sous-corticale du système limbique selon un mode hiérarchisé (p. 139). Une personne pourrait réfléchir concernant ce qu'elle doit faire un jour en particulier, planifier, et puis structurer son agenda pour atteindre certains buts précis. Au cours de l'exécution de ses projets, elle pourrait rencontrer des sensations de fatigue, de faim, ou bien de déconfort physique. Ainsi, tout se passe comme si l'être humain survole l'expérience somatique et sensorielle, conscient de son existence, mais ne permettant pas pour autant qu'elle détermine ses actions. En revanche, les activités des jeunes enfants sont souvent dominées par la dimension sensorimotrice (Piaget, 1952) et par les systèmes émotionnels (Schore, 1994). En résumé, donc, les sensations tactiles et kinesthésiques guident les comportements liés à l'attachement précoce et contribuent également à la régulation des comportements de l'enfant, ainsi qu'à sa physiologie (Schore, in press-a). Les enfants et les nourrissons explorent le monde au travers de ces systèmes, construisant des réseaux neuronaux qui constitueront la fondation des développements cognitifs ultérieurs (Piaget, 1952 ; Hannaford, 1995).

Physiologiquement constitués pour être gouvernés par les états somatiques et émotionnels, les nourrissons répondent automatiquement aux stimuli sensorimoteurs et affectifs et ne sont pas régulés par le contrôle des fonctions cognitives ou bien corticales (Schore, 1994). Le nourrisson est un être sous cortical ... dénué de la capacité à moduler les comportements, capacité qui est rendue possible par le développement du contrôle cortical" (Diamond, Balvin and Diamond, 1963, p. 305). De la même manière, les personnes ayant vécu des traumatismes se considèrent fréquemment comme étant impuissantes face à leurs sensations, à leurs réactions physiques et à leurs émotions, du fait qu'elles ont perdu la capacité à réguler ces fonctions.

En conclusion, les types d'intégration ascendante et descendante représentent deux directions générales pour le traitement de l'information. Le traitement descendant est initié par le cortex et inclut souvent les cognitions. Ce niveau plus élevé observe, gère, régule, et dirige souvent les niveaux inférieurs. En même temps, la fonctionnalité effective du niveau supérieur dépend partiellement du fonctionnement effectif des zones inférieures. Les niveaux de traitement inférieurs sont plus fondamentaux, en termes d'évolution, de développement et de fonction ; on retrouve ces capacités chez les espèces primitives, ainsi qu'au cours des premières étapes de développement chez l'être humain, période durant laquelle elles restent intactes. Ces zones inférieures précèdent la capacité à penser et forment une fondation pour les modes de traitement supérieurs. L'interaction entre le traitement ascendant et descendant revêt des implications importantes dans la formation du trauma ainsi que dans son traitement. Habituellement, la psychothérapie utilise des méthodes descendantes pour gérer les phénomènes ascendants qui font défaut, en sublimant volontairement et consciemment le traitement des informations sensorimotrices et émotionnelles. Ceci au travers d'activités, de décharges comportementales, de barrages au niveau de la pensée, ou encore de distractions. Lorsque l'expérience sensorimotrice est dérangement ou bien ingérable, la régulation descendante consciente peut permettre à la personne de ralentir, ce qui permettra de moduler l'intensité de l'activation ou bien la désorganisation du système, comme le démontre l'exemple qui suit

Harriet avait un problème et trouva une manière de le contrôler. Lorsque les hallucinations commençaient, elle s'imaginait dans sa bibliothèque chez elle. Regardant les étagères imaginaires, elle comptait les livres, se concentrant sur chacun d'entre eux autant que possible tout en comptant. Rapidement, les hallucinations s'arrêtaient – elle imposait un contrôle de type descendant, qui étouffait le signal ascendant. Elle tentait sciemment de relâcher son cortex de manière à lui permettre de « faire taire » son tronc cérébral. Cela lui permettait ainsi de sortir ainsi de cet épisode comme les cognitions peuvent nous permettre de nous réveiller d'un rêve (Hobson, 1994, p. 174).

Si la technique ci-dessus citée représente une technique efficace de gestion des hallucinations et apporte un soulagement important, elle ne permet pas pour autant de traiter le problème dans sa globalité. Elle produit des cognitions, mais ignore les processus sensorimoteurs. Ce genre de processus descendant peut en effet permettre de gérer les réactions sensorimotrices, sans pour autant permettre leur complète assimilation.

Par exemple, un patient pourrait apprendre à mitiger une activation en s'auto-persuadant qu'à cet instant-là, le monde est un endroit « sûr » sans que la tendance sous-jacente vers l'escalade à divers degrés soit entièrement résolue. L'expérience traumatique ainsi que l'activation résultant du sensorimoteur et des processus émotionnels pourraient être redirigés au travers des processus descendants, mais l'intégration, le traitement et l'assimilation des

réactions sensorimotrices au trauma pourraient ne pas avoir lieu.

De même qu'un patient se rendant en thérapie avec un deuil non-résolu doit identifier et expérimenter ce deuil (intégration émotionnelle), de même, un patient qui présente des réactions sensorimotrices non-résolues doit identifier et expérimenter ces réactions au niveau physique (intégration sensorimotrice).

Par ailleurs, la « pleine-conscience » du patient et l'intégration des réactions sensorimotrices au niveau sensorimoteur influenceront l'intégration cognitive de manière positive puisque, comme ci-dessus mentionné, le fonctionnement optimal des niveaux supérieurs est partiellement dépendant du fonctionnement adéquat des niveaux inférieurs. L'intégration sensorimotrice est souvent un précurseur à l'intégration holistique, soulignant ainsi la nature synergétique de la relation entre les niveaux cognitifs, émotionnels et sensorimoteurs.

Dans la psychothérapie Sensorimotrice, la direction descendante est conçue comme servant à soutenir les processus d'intégration sensorimoteurs plutôt qu'à les gérer. Il est demandé au patient de suivre et de pister (un processus cognitif de type descendant) la séquence de sensations physiques et les impulsions (niveau sensorimoteur) au fur et à mesure qu'elles progressent à l'intérieur du corps, et de temporairement mettre de côté les émotions et les pensées qui émergent, jusqu'à ce que les sensations physiques et les impulsions se résolvent, apportant ainsi une position de repos et de stabilisation corporelle. Le patient apprend à observer et à identifier les réactions sensorimotrices qu'il n'a pas encore assimilé (le plus souvent l'activation et les réactions défensives) et qui ont été activées au moment du trauma. L'intégration ascendante à elle seule ne peut apporter une résolution pour un trauma, mais si le patient apprend à utiliser la fonction cognitive de « pistage » et à articuler les expériences sensorimotrices tout en minimisant l'attention portée aux émotions, au contenu, et aux processus d'interprétation, l'expérience sensorimotrice peut être traitée. Par ailleurs, il est primordial que les processus cognitifs soient engagés pour soutenir les processus d'autorégulation du patient.

Pour soutenir les processus cognitifs descendants, une relation thérapeutique singulière s'impose. Tout comme dans la relation mère/enfant, le thérapeute doit fournir un « cortex auxiliaire » (Diamond et al., 1963), pour les patients en observant et en articulant leur expérience sensorimotrice jusqu'à ce qu'ils puissent prendre conscience, décrire et pister ces expériences par eux-mêmes. Ce genre de communication relationnelle est un processus de « régulation psychobiologique interactif » qui ressemble à « l'accordage » de la mère et à son interaction avec les états physiologiques et émotionnels de son enfant (Schoore, 1994). Schoore avance que le thérapeute doit créer un environnement facilitant l'épanouissement des structures du patient qui sont immatures en termes de régulation d'affect (Schoore, in press-b, p.17).

En définissant l'auto-régulation, Schoore (in press-b) dissocie les forces interactives et noninteractives, décrivant l'autorégulation comme étant à la fois « la régulation interactive dans des contextes interconnectés au travers la psychologie à deux » et « l'autorégulation dans des contextes autonomes à travers la psychologie individuelle » (p. 13-14). Quand l'autorégulation est entièrement développée, les patients peuvent observer, articuler, et plus tard intégrer les réactions sensorimotrices par eux-mêmes, et également s'autoréguler au travers des relations. Sans ce que Schoore désigne « la capacité à alterner entre ces modes de régulation dualistes » (p. 14), les réactions sensorimotrices d'activation et de réponses défensives risquent de devenir hyperactives ou hypoactives, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, laissant ainsi des personnes ayant vécu un trauma à la merci de leur corps.

4.1. Les Réponses de Défense Physiques

Les situations de danger suscitent tant des défenses au niveau psychologique que physique, l'objectif étant d'évaluer et de réduire le stress et de maximiser le potentiel de survie (Nijenhuis & Van der Hart, 1999). Pour notre propos, nous nous bornerons à nous centrer sur les défenses physiques, plutôt que psychologiques (telles que la projection, le déplacement, la rationalisation ou la minimisation), tout en concédant que ces deux types représentent des réponses aux situations traumatogènes. Les défenses physiques représentent un exemple de schémas d'actions relativement figées, que nous avons mentionnées dans le chapitre précédent. Leur fonctionnement optimal est indispensable pour le bon fonctionnement des niveaux d'intégration supérieurs.

Les défenses physiques peuvent précéder les réactions cognitives et émotionnelles dans le cas de situations entraînant des traumatismes aigus.

Hobson écrit :

Les processus ascendants dominant lorsqu'il y a urgence, lorsqu'il est avantageux de court-circuiter le cortex et d'activer un schéma moteur qui est généré directement par le tronc cérébral. Si l'on voit une voiture arriver rapidement dans notre direction, nous détournons immédiatement notre propre voiture ; nous réagissons automatiquement, et seulement ultérieurement

(même si ce n'est qu'une milliseconde plus tard) nous réalisons alors qu'un danger est imminent et éprouvons de la peur (1994, p. 139). Cependant, lors d'un trauma plus prolongé dans le temps, des réponses physiques volontaires qui sont coordonnées au niveau cognitif – telles que l'idée de frapper ou de chercher le téléphone – peuvent également se présenter.

Les défenses physiques peuvent être passives ou actives (Levine, 1997 ; Nijenhuis and Van der Hart, 1999). Les défenses actives se manifestent au travers d'une diversité de pulsions physiques et de mouvements en fonction de la nature du danger, et leur intensité d'activité varie. Elles se manifestent ainsi par exemple par une fuite/combat et une multitude d'autres réactions possibles comme celle d'engager les réflexes de re-équilibre, de quitter une branche qui tombe, de lever un bras pour bloquer un coup, d'appuyer sur les freins pour éviter un accident, de se dégager de la main d'un agresseur, et ainsi de suite. Par ailleurs, la réponse d'orientation (regarder autour de soi et s'adapter à son environnement) est amplifiée et l'attention de l'organisme est dirigée vers le danger. Les sens deviennent hypersensibles pour mieux sentir, entendre, voir et palper le danger (Levine, 1997 ; Van Olst, 1972) pour préparer l'évaluation et l'action qui suit (Hobson, 1994).

Pour les animaux, les réponses de défense actives engendrent un « figement » passif lorsque les réponses actives peuvent compromettre le potentiel de survie (Nijenhuis and Van der Hart, 1999). Pour les hommes également, lorsque les réponses de défense actives sont impossibles ou déconseillées, elles peuvent être remplacées par des défenses passives comme la soumission, l'obéissance automatique, et le figement (Nijenhuis and Van der Hart, 1999). Nijenhuis et Van der Hart, 1999 écrivent :

... l'application de stratégies de résolution de problèmes et de « coping » (tentative de s'échapper, combat ou affirmation de soi) serait inévitablement frustrant et inefficace pour un enfant subissant des maltraitances sexuelles ou pour un enfant témoin de violences. Dans certaines situations, les défenses actives au niveau moteur peuvent amplifier le danger et par conséquent s'avérer moins adaptées que des réponses passives et des stratégies cognitives de « coping »... (p. 50).

Par ailleurs, les défenses passives peuvent être la meilleure option lorsque les réponses actives ne sont pas adaptées, ou lorsque la victime est incapable de dépasser un attaquant.

Alors que Levine (1997) avance que les défenses de type « hyperactivation » et les défenses actives précèdent les défenses passives et l'immobilité, Nijenhuis (e.p., Nijenhuis, Vanderlinden & Spinhoven, 1998) et Porges (1995, 1997) notent que les états de figements ne sont pas toujours précédés par des défenses actives ou par des activations. Dans certains cas, tels que ceux ci-dessus mentionnés, un individu pourrait automatiquement engager des défenses passives sans essayer de répondre par des réponses actives au préalable. Il faut également noter que les défenses passives par elles-mêmes sont utilisées au stade de l'enfance, avant le développement de la réponse fuite/combat.

Pour les réponses de type « défense », la réponse qui est ordinairement une orientation active, impliquant une utilisation efficiente des sens, des mécanismes de recherche et de capacités d'évaluation, peut devenir approximative et inefficace. La fonction cognitive orientée sur la résolution de problèmes peut devenir diminuée et confuse, entraînant ainsi une dégradation des fonctions cognitives ou une « dégradation psychique » (Solomon, Laror and McFarlane, 1996, p. 106), une extinction des sensations, et le ralentissement des réponses musculaires (Levine, 1997). Les muscles peuvent être extrêmement tendus mais immobilisés ou flaccides. Les patients peuvent expliquer que, dans cet état, il leur est difficile de bouger, et peuvent même se sentir paralysés.

Fréquemment, l'exécution complète des mouvements physiques de défense n'a pas lieu au moment du trauma. Comme expliqué ci-dessus, une victime peut répondre par un figement instantané au lieu de réagir par l'action : un conducteur peut ne pas avoir le temps d'exécuter l'impulsion de détourner sa voiture, ou une personne pourrait se sentir submergée lorsqu'elle tente de combattre un agresseur. A terme, les mouvements de défense physique inefficaces de ce genre contribuent aux symptômes traumatiques. Herman (1992) observe : Lorsque ni la résistance, ni la fuite ne sont possibles, le système de défense humain devient submergé et désorganisé. Chaque élément de la réponse ordinaire au danger, ayant perdu son utilité, tend à persister dans un état altéré et disproportionné bien longtemps après la disparition de l'état de danger (p. 34).

Les personnes traumatisées peuvent présenter une tendance à être hyperactives, dans la défense passive, ou bien dans un mode d'alternance entre ces deux états. Lorsque les défenses deviennent hyperactives, elles se manifestent selon un mode défensif habituel (hétéroagressivité, hypervigilance, activité motrice excessive, accès de colère incontrôlables, ...). Les défenses passives courantes peuvent se manifester à travers des schémas chroniques de soumission, d'impuissance, d'incapacité à définir ses limites, des sentiments d'incapacité, d'obéissance automatique, et de répétition du rôle de la victime. La personne peut sembler être sans vie et sans expression, et peut être incapable de se défendre ou de s'orienter face à un danger, ou encore d'être à même de demander de l'aide.

Les mouvements de défenses physiques qui ont été interrompus, ou qui sont inefficaces, peuvent entraver l'intégration sensorimotrice, tout comme la suppression répétitive d'une émotion précise interrompt la capacité d'intégration globale des émotions. Les réponses sensorimotrices qui n'ont pas

abouti peuvent devenir habituelles, et entraver les processus normaux d'interaction entre les processus d'intégration descendants et ascendants, contribuant ainsi à la formation des symptômes.

4.2. Modèle de la Modulation de l'Activation

II . Figure 1 : Modèle de la Modulation de l'Activation : La Zone d'Activation Optimale

Activation Elevée

A Zone d'Activation Optimale

C

T Capacité

I d'Activation

V « Fenêtre

A de tolérance »

T

I

O

N

Activation Basse

Il est fort courant de retrouver un seuil de tolérance assez bas chez les personnes ayant subi des traumatismes (Van der Kolk, 1987). Les lignes supérieures et inférieures du diagramme cidessus représentent les contours des limites pour une activation optimale chez l'individu, limites que Wilbarger and Wilbarger (1997) désignent « la zone d'activation optimale ».

Lorsque l'activation demeure dans cette zone, l'individu peut contenir et expérimenter (et non pas se dissocier de) les affects, sensations, perceptions sensorielles et les pensées qui se présentent dans cette zone, et peut ainsi assimiler l'information de manière adéquate. Dans cette zone, la modulation peut se présenter spontanément et naturellement. Cette zone optimale est similaire à la « fenêtre de tolérance » de Siegel, à l'intérieur de laquelle « des activations émotionnelles d'intensité variables peuvent être assimilées sans compromettre le bon fonctionnement du système » (1999, p. 253).

Lors d'un trauma, dans un premier temps, l'activation a tendance à dépasser les limites supérieures de la zone optimale, ce qui a pour conséquence d'attirer l'attention de l'individu sur un danger imminent (Van der Kolk, Van der Hart, and Marmar, 1996). Lorsqu'il y a une réaction efficace et vigoureuse de type « fuite ou combat », cette hyperactivation devient utile pour l'activité physique (Levine, 1997) dans ce qu'elle permet la défense ainsi que la restauration de l'équilibre de l'organisme. Dans un scénario idéal de résolution d'activation,

les niveaux retournent dans les paramètres de la zone optimale. Toutefois, ce retour à l'état de départ n'a pas toujours lieu, ce qui contribue de manière significative aux problèmes d'hyperactivation que l'on retrouve souvent chez les personnes ayant subi des traumatismes.

Concernant l'énergie dissipée suite à l'hyperactivation, Levine (1997) écrit que les symptômes traumatiques « ... proviennent de résidus d'énergie qui n'ont pas été résolus et évacués... » et l'individu exposé au trauma doit « décharger toute l'énergie mobilisée pour négocier avec le danger sans quoi (la personne) deviendra une victime... » (p. 19-20). Bien que nous convenions que la décharge d'énergie soit un élément dans la thérapie d'un trauma, de même que l'expression d'une émotion peut également être utilisée comme un des éléments d'un travail thérapeutique sur un trauma, nous contestons le modèle centré sur la décharge.

Nous soutenons que les symptômes traumatiques proviennent de réactions non-assimilées sur les trois niveaux de traitement d'informations, et que ces réactions doivent être intégrées à travers la restauration de l'équilibre et de la synergie entre les niveaux descendants et ascendants de traitement d'information. Plutôt que de « compléter la réponse de figement » en déchargeant l'énergie (Levine, 1997, p. 111), notre intention immédiate est d'apprendre au patient à moduler les processus sensorimoteurs, qui impliquent parfois de stimuler l'activation si le patient est hypoactif.

L'état d'hyperactivation implique « une activité surélevée du système sympathique (qui) peut entraîner une hausse des processus de consommation d'énergie et se manifester au niveau du rythme cardiaque et de la respiration par une sensation de « battements » dans la tête (Siegel, 1999, p. 254). A terme, une telle hyperactivation pourrait déréguler les processus

d'intégration cognitifs et affectifs au fur et à mesure que l'individu devient désorganisé par l'accélération des battements cardiaques et des émotions, ce qui pourrait être accompagné de souvenirs intrusifs. Comme Van der Kolk, Van der Hart, et al. (1996) l'expliquent, « Cette hyperactivation crée un cycle vicieux : la redécouverte des souvenirs contextuels augmente l'accès aux souvenirs traumatiques et aux intrusions involontaires, ce qui peut amplifier l'activation » (Van der Kolk, Van der Hart, et al., 1996, p. 305). Les « souvenirs contextuels » (ang. state-dependent-memories) de ce genre peuvent augmenter la tendance des patients à « interpréter les stimuli actuels comme des rappels du trauma » (p. 305), perpétuant ainsi le schéma de l'hyperactivation. Van der Kolk souligne que l'activation est aisément suscitée chez les personnes ayant vécu des traumatismes, ce qui les rend « ...incapables de se fier à leurs sensations corporelles quant à d'éventuels avertissements par rapport aux dangers ainsi qu'aux décisions adaptées qu'il leur faudrait prendre » (p. 421), ce qui

compromet l'efficacité de leurs réponses défensives. A l'inverse dans le Modèle de la Modulation de l'Activation, « ... une activité excessive au niveau du système parasympathique peut augmenter les processus de conservation d'énergie, se manifestant à travers des symptômes tels que la baisse du rythme cardiaque et de la respiration, ainsi qu'une sensation d'engourdissement et « d'extinction » de l'esprit » (Siegel, 1999, p. 254). Une telle hypoactivation peut prendre la forme d'un engourdissement, d'une désensibilisation, d'un ralentissement des réponses musculaires et d'une perte de tonus musculaire, surtout au niveau facial (Porges, 1995). Dans cette situation, les processus cognitivo-émotionnels sont également déséquilibrés, non pas par l'hyperactivation ci-dessus mentionnée, mais par l'hypoactivation. L'hyperactivation et l'hypoactivation entraînent tous deux la dissociation. Dans le cas de l'hyperactivation, la dissociation a lieu du fait de l'intensité et de l'accélération du rythme des sensations et des émotions qui submergent les processus d'intégration cognitive, rendant la personne ainsi incapable d'incarner pleinement une expérience à un instant précis. Dans le cas de l'hypoactivation, la dissociation se manifeste sous la forme d'une réduction de la capacité de l'individu à expérimenter ou à ressentir des expériences importantes, d'une incapacité à judicieusement évaluer les situations dangereuses ou à penser de façon lucide, et d'un manque de motivation. Le corps, ou une part de celui-ci, peut devenir engourdi, et la victime peut expérimenter une sensation de « quitter » son corps. D'autres symptômes chroniques et débilitants peuvent inclure « la constriction émotionnelle, l'isolement social, le désengagement des obligations familiales, le désinvestissement, et une sensation de nonappartenance » (Van der Kolk, 1987, p. 3) ainsi que « ... la dépression ... et un manque de motivation, tels que des réactions somatiques ou bien des états dissociatifs » (Van der Kolk, McFarlane, and Van der Hart, 1996, p. 422). Comme nous pouvons le voir, ces symptômes avoisinent les défenses passives, dans lesquelles une personne ne se défend pas activement contre un danger.

III. Figure 2 : Le Modèle de la Modulation de l'Activation : La Réponse Bi-phasique au Trauma

Hyperactivation

A Zone d'Activation Optimale

C

T

I

V

A

T

I

O

N Figement / Engourdissement

La personne ayant vécu un trauma peut se situer tant au-dessus qu'au-dessous des paramètres de la zone optimale d'activation, ou encore vaciller entre ces deux états de façon incontrôlée (Van der Kolk, 1987, p. 2). Cette alternation bi-phasique entre l'hyperactivation, l'engourdissement et le figement (Van der Kolk, p. 3) – les lignes inférieures et supérieures dans le Modèle de La Modulation de l'Activation représentées par la Figure 2 – peut devenir la norme durant la période post-traumatique.

Lorsque l'activation d'une personne se situe en-deça de l'une des deux extrémités de la continuité, des niveaux d'intégration aux niveaux supérieurs vont être désactivés, et l'intégration holistique sera remplacée par des actions réflexives ascendantes. Comme Siegel (1999) le souligne, les états internes dépassant la « zone de tolérance » sont « caractérisés soit par la rigidité, soit par l'imprévisibilité. Ces états sont inflexibles ou chaotiques, et de ce fait incapables de s'adapter à l'environnement interne ou externe » (p. 255). Siegel précise encore « Dans les états d'esprit qui opèrent au-delà de la fenêtre de tolérance, les processus régis par le système préfrontal (assimilation cognitive) assurant la souplesse des réponses est temporairement désarmé. Les modes d'intégration supérieurs (cognitif) ont été remplacés par un mode inférieur de réponse sensorimoteur de type réflexif (p. 254-255).

Le travail de Stephen Porges (1995, 1997), décrit la relation hiérarchique entre les différents niveaux du système nerveux autonome, et a des implications importantes dans la régulation des réponses d'activation et de défense. Il conclut que l'hypoactivation (ci-dessus décrite) est engendrée par une branche spécifique du système nerveux parasympathique, « le complexe dorsal vagal », qui incite l'organisme à conserver l'énergie en réduisant le rythme cardiaque et la respiration de manière drastique. L'autre branche du système nerveux parasympathique, « le complexe ventral vagal », que Porges nomme le système d'engagement social, représente le système vagal « intelligent » dans la mesure où il régule à la fois le dorsal vagal et le système sympathique. Ce système « intelligent » est bien plus souple que les deux autres niveaux du système nerveux autonome, qui, sans régulation, tendent à entraîner des hyperactivations et des hypoactivations. Le système d'engagement apporte une immense

flexibilité aux êtres humains quant à leurs réponses à leur environnement (1995, 1997). A titre d'exemple, lors de l'engagement social, l'interaction et la conversation peuvent aisément alterner entre de forts affects et l'animation, puis, soudain, une écoute calme et réflexive. Cette branche « intelligente » du système nerveux parasympathique régule le sympathique et « fige » (dorsal vagal parasympathique) les réponses au trauma permettant ainsi à l'être humain un ajustement fin de son activation à telle ou telle situation. Ce mécanisme sophistiqué de « freinage » du système d'engagement social facilite la régulation de l'activation et est apparenté à « la régulation psychobiologique interactive » de Schore. Dans le cas d'une modulation efficace, le système d'engagement social régule les processus du système nerveux autonome qui sont plus extrêmes. Sous le stress du trauma, un individu pourrait commencer par une utilisation du système d'engagement social pour moduler. Toutefois, si cette tentative s'avérait inefficace, le système d'engagement social et la régulation des interactions se fermentaient. Durant cette période, la capacité de la personne à se réguler à travers les relations sera compromise, et les systèmes sensorimoteurs et émotionnels plus primitifs prendront le dessus. Le bon fonctionnement de la direction cognitive sera également diminué. Comme nous le verrons ci-dessous, dans la Psychothérapie Sensorimotrice le système d'engagement social est activé lorsque l'interaction thérapeute/patient régule et module l'activation de manière efficace. Une fois ce rôle effectivement rempli par le thérapeute (ou en d'autres termes, une fois qu'il devient un « cortex auxiliaire » pour le patient), le patient peut acquérir la capacité à s'autoréguler en observant et en « pistant » ses réactions sensorimotrices. Autrement dit, la capacité du thérapeute à réguler les activations excessives du patient à travers son interaction avec lui crée un environnement dans lequel le patient peut accéder à sa propre capacité à réguler l'activation (Schore, in press-b) sans avoir nécessairement besoin d'une interaction relationnelle. Ce processus aide le patient à faire la transition entre des états de figement et/ou d'hyperactivation, et des états de participation entière du système d'engagement social.

4.3. La Psychothérapie Sensorimotrice : Fondements et Discussion Clinique

Les deux axes principaux de la Psychothérapie Sensorimotrice sont : 1) réguler les états affectifs et sensorimoteurs à travers la relation thérapeutique, et 2) apprendre au patient à s'autoréguler en contactant, « pistant » et articulant les processus sensorimoteurs indépendamment. Nous soutenons que le premier axe permet la restauration et le développement du système d'engagement social du patient par le biais de la régulation interactive, alors que le deuxième axe permet que l'assimilation des réactions sensorimotrices se déroule indépendamment. Le deuxième ne peut avoir lieu sans le premier. Comme Schore le souligne, la régulation interactive des états du patient avec l'aide du thérapeute lui permet de verbaliser son expérience affective (et sensorimotrice) » (Schore, in press-b, p. 20). La régulation interactive permet de créer les conditions nécessaires pour que le patient puisse contacter, décrire et ensuite réguler son expérience interne en toute sécurité.

Le thérapeute doit cultiver chez son patient une conscience fine quant à ses propres sensations corporelles, en premier lieu à travers la relation thérapeutique au fur et à mesure que le thérapeute observe et contacte les états sensorimoteurs, et en deuxième lieu au fur et à mesure que le patient remarque ces sensations corporelles internes sans l'injonction du thérapeute.

Les sensations corporelles internes sont une multitude de sensations physiques qui sont constamment créées par le corps au travers des changements biochimiques et le mouvement de muscles, ligaments, d'organes, fluides, de la respiration, ... Ces sensations ont un caractère physique avéré, comme : « moite », « contracté », « engourdi », « électrique », « les picotements », « vibrations », et une multitude d'autres sensations bien entendu. Toutefois lorsqu'il est demandé aux patients de décrire leurs sensations, ils le font souvent à l'aide de mots comme « la panique », « la terreur », qui font référence à des états émotionnels plus qu'à une sensation à proprement parler. Lorsque cela se présente, il est demandé aux patients de décrire leur expérience de cette émotion au niveau physique : à titre d'exemple, la panique peut être ressentie dans le corps comme un battement cardiaque rapide, un tremblement et une respiration superficielle. La colère peut être expérimentée comme une tension au niveau des mâchoires, une impulsion à frapper accompagnée par une sensation de lourdeur et d'immobilité au niveau des bras. De manière similaire, une croyance concernant soi-même, comme « je suis mauvais » peut être expérimentée comme un effondrement tout au long de la colonne vertébrale, une envie de baisser la tête, et une tension au niveau du fessier.

En cultivant une telle conscience et la capacité à décrire leur ressenti, les patients apprennent à distinguer et à décrire les différentes qualités de sensations, ainsi que leurs nuances. Le fait de développer un vocabulaire précis quant aux sensations aide les patients à élargir leur champ de perception ainsi que leur traitement des informations concernant leurs sensations physiques de la même manière que l'accès à une diversité de mots descripteurs d'émotions soutient les mécanismes de perception et aide le traitement des émotions.

Au fur et à mesure que les patients décrivent les expériences et les symptômes traumatiques, le thérapeute observe leur niveau d'activation, à l'affût pour une éventuelle hyper ou hypoactivation.

Le thérapeute a pour rôle de « maintenir » l'activation du patient entre les limites du Modèle de la Modulation de l'Activation, accédant ainsi à suffisamment de données concernant le trauma pour commencer à le traiter, mais sans aller jusqu'à ce que les patients deviennent dissociés au point de compromettre le bon traitement des informations. Lorsque l'activation atteint soit la limite supérieure, soit la limite inférieure, il est demandé aux patients de temporairement ignorer leurs sentiments et pensées et de parvenir à suivre le développement des sensations physiques et les mouvements en détail jusqu'à ce que ces sensations se stabilisent par elles-mêmes et que les mouvements se complètent. Ainsi, le thérapeute sert de « cortex auxiliaire », modulant de manière interactive le niveau d'activation du patient, l'empêchant ainsi de déborder outre-mesure au-delà de la zone optimale d'activation, zone dans laquelle il est difficile de traiter les informations sans favoriser la dissociation. En même temps, le patient développe progressivement la capacité à s'autoréguler, indépendamment de sa relation avec le thérapeute. Cela empêche qu'il soit submergé par les informations qui émergent en lui.

Lorsqu'un patient commence à paniquer au moment où il décrit un événement traumatique relevant du passé, le thérapeute lui demande de mettre de côté ses souvenirs et de simplement ressentir la panique en tant que sensation corporelle. Lorsque le patient rapporte soudain qu'il ressent un tremblement au niveau de ses mains et une accélération de son rythme cardiaque, le thérapeute lui demande de pister ces sensations alors même qu'elles changent ou bien passent « en séquence ». Comme Levine le souligne, « une fois que l'on en prend conscience, les sensations internes sont presque tout le temps transformées en autre chose » (Levine, 1997, p. 82). Le tremblement change et, au lieu d'être uniquement ressenti au niveau des bras, qui commencent à trembler intensément, se met à diminuer et à s'adoucir graduellement ; les battements cardiaques retournent également à leur rythme habituel. Il faudra attendre que cette expérience sensorimotrice se stabilise avant qu'une information supplémentaire puisse être décrite, et avant que le traitement des émotions et des cognitions puisse être inclus dans le processus.

Le thérapeute doit apprendre à observer très précisément l'organisation de l'expérience sensorimotrice du patient séquence par séquence en temps réel, se centrant à la fois sur les changements subtiles (par exemple les changements au niveau de la couleur de la peau, la dilatation des narines ou des pupilles, les tensions subtiles ou les tremblements) ainsi que sur les changements plus manifestes (par exemple un effondrement au niveau de la colonne vertébrale, un changement au niveau du cou, un mouvement du bras, ou un quelconque mouvement musculaire évident). Ces expériences sensorimotrices restent souvent en dehors du champ de conscience du patient jusqu'à ce que le thérapeute les attire à sa conscience à travers une phrase de « contact » simple, telle que « il semblerait que votre bras devient tendu », ou « votre poing se serre », ou « il y a un léger tremblement au niveau de votre jambe ». Tout thérapeute sait contacter et reconnaître les changements au niveau des états émotionnels (« vous semblez avoir peur ») pour soutenir la prise de conscience des patients et le traitement des émotions ; la procédure est similaire pour les réactions sensorimotrices. La « pleine conscience » est la clé pour l'amélioration de la capacité des patients à mieux prendre conscience de leurs réactions sensorimotrices et pour augmenter leur capacité à s'autoréguler. La « pleine conscience » est un état de conscience dans lequel la conscience de l'individu est dirigée vers l'ici et le maintenant de son expérience interne, avec l'intention de simplement observer plutôt que de changer son expérience. Aussi, nous pouvons dire que la pleine conscience engage les facultés cognitives du patient pour soutenir le traitement sensorimoteur, plutôt que de permettre aux processus ascendants liés au trauma d'aller en escalade et de contrôler le traitement des informations. Pour enseigner la « pleine conscience », le thérapeute pose des questions qui exigent des réponses réflexives, comme « que sens-tu dans ton corps ? Où sens-tu une tension ? Que ressens-tu dans tes jambes maintenant ? Que se passe-t-il dans le reste de ton corps lorsque tu serres le poing ? » Des questions telles que celles-ci forcent le patient à sortir d'un état de dissociation et de fixations sur le futur où le passé, et l'aident à expérimenter le présent à travers le corps. De telles questions encouragent également le patient à se sortir de l'expérience traumatique et à décrire son expérience du point de vue d'un ego « observateur », un ego qui « a » une expérience dans le corps, au lieu de simplement se résumer à « être » l'expérience corporelle. Pour les personnes ayant vécu des traumas, le fait d'expérimenter pleinement leurs sensations pourrait s'avérer inconfortable, voire même effrayant, dans la mesure où les expériences physiques intenses peuvent évoquer des sentiments de perte de contrôle ou de faiblesse et d'impuissance. Toutefois, les individus ayant vécu des traumas sont souvent dans la dissociation par rapport à leurs sensations corporelles, et expérimentent souvent un engourdissement, voire un état d'anesthésie, quant à leur corps. Nous soutenons qu'une défaillance au niveau des réponses actives de défense accompagnées de l'incapacité à

moduler l'activation peut être une cause de telles expériences désarmantes, et la détresse peut au moins être partiellement tempérée en aidant les patients à expérimenter une séquence de réponse active de défense. Ultérieurement, les patients pourront accéder aux sensations sans avoir recours à la dissociation, et sans sentiment d'inconfort.

Pour illustrer les points ci-dessus mentionnés, considérons trois séances avec Mary, une femme d'une quarantaine d'années qui travaillait dans le monde des affaires avec succès. Elle avait subi un trauma qui constituait à la fois un trauma relationnel et un choc traumatique lorsqu'elle avait été violée de façon répétée par son oncle entre l'âge de quatre et dix ans. Bien qu'elle souffrait d'attaques de panique, et d'une dépression, et de ce qu'elle décrivait comme l'expérience de « ne pas avoir de limites », elle n'avait pas de souvenir clair du trauma jusqu'au jour où, récemment, elle avait eu une altercation avec un supérieur. Cette expérience avait provoqué des « flashbacks » suivis d'insomnie et de symptômes de dérégulation comme l'hyperactivation, des tremblements incontrôlables, des saignements vaginaux sans précédent et un figement au niveau corporel qui dura au-delà d'une heure. Mary expliquait qu'elle avait tenté de lutter contre son oncle durant les viols au début, mais, dans un deuxième temps, elle avait fini par se soumettre et « regardait le plafond ».

Tandis que Mary racontait cette histoire, elle parlait rapidement sans prendre les pauses qui auraient pu permettre une interaction avec le thérapeute. Son système d'engagement social était fortement diminué ; tout était comme si elle se parlait toute seule, incapable d'investir la relation pour réguler son activation. Mary semblait de plus en plus isolée et seule lorsque qu'elle parlait. De temps en temps, elle passait par des moments de panique et d'hyperactivation, pendant qu'elle se verbalisait des autocritiques quant au fait qu'elle avait permis ces viols, disant : « Pourquoi me suis-je changée devant lui ? Pourquoi ne pas avoir mis ma maman au courant à l'époque ? » Elle se condamnait pour avoir été incapable de se défendre, interprétant la dissociation et le figement dont elle avait fait preuve comme une faiblesse personnelle, réponse extrêmement courante chez les personnes qui survivent à un trauma (Nijenhuis & Van der Hart, 1999, p. 54).

Cette première séance avec Mary illustre un point très important : la première étape en thérapie concerne souvent un travail du thérapeute visant à aider le patient à réguler son activation. Cela a lieu au départ à travers la régulation interactive au sein même de la relation thérapeutique, ce qui crée les conditions dans lesquelles le patient peut apprendre à s'autoréguler. Bien évidemment, une relation saine entre le thérapeute et son patient est indispensable pour que la régulation interactive puisse avoir lieu. Dans le cas de Mary, le thérapeute facilita la régulation interactive en pistant les changements qui se présentaient ainsi que les mouvements corporels, en parlant afin de prendre contact, en démontrant son habileté à comprendre la détresse de Mary et à tolérer la description de l'expérience traumatique sans se replier ou sans devenir excessivement hyperactivé lui-même. Graduellement, Mary apprendra à se relâcher dans son corps, ralentir le débit de sa parole, et à entamer une interaction réciproque avec le thérapeute.

Initialement, il fut difficile pour Mary d'avoir une pleine-conscience de ses sensations corporelles dans la mesure où, lorsqu'elle tentait de rentrer en contact avec ses sensations, l'hyperactivation, les tremblements, la panique et la terreur devenaient envahissants. Tout comme la notion de Levine « d'échanger ... une réponse active contre une réponse de détresse » (1997, p. 110), le thérapeute était conscient du fait que si Mary pouvait expérimenter une séquence de défense physique, ces symptômes s'atténueraient. Pour ce faire, il demanda à Mary si elle accepterait de faire l'expérience de pousser avec ses mains sur un coussin qu'il tenait, et de noter ce qui se présenterait alors dans son corps. Mary consentit, et, durant cette action, elle expérimenta de la nausée initialement et une poussée d'angoisse, ce qui n'est pas hors du commun lors d'un premier travail d'activation d'une séquence de défense qui a failli dans le passé. Ensuite, le thérapeute demanda à Mary de temporairement mettre de côté tous les souvenirs afin de simplement se centrer sur son corps et de trouver une manière de pousser qui serait confortable. Le sentiment de maîtrise de Mary augmenta tandis qu'il lui était demandé de guider cette exploration physique en dictant au thérapeute le montant de pression qu'il pouvait exercer en résistant avec le coussin, ainsi que la position qu'il devait adopter, et ainsi de suite. Au fur et à mesure que Mary expérimentait cette défense physique active, le thérapeute suivait son corps, et émettait des phrases telles que : « La pression augmente, » et « Il semblerait que vous êtes en train de vous poser... », ... Il fut également demandé à Mary de bien suivre ses sensations en détail : « Qu'est-ce qui se présente au niveau de votre corps lorsque vous poussez ? Que ressentez-vous au niveau de votre dos et de votre colonne vertébrale ? »

Mary finira par expérimenter une séquence de réponse active de défense complète : soulever les bras, tentant de pousser juste avec ses bras au début, puis augmentant la pression, impliquant les muscles du dos, du pelvis, et des jambes. Le thérapeute continuera à évoquer la

nécessité de suivre les sensations, et Mary commencera à expérimenter des sensations physiques agréables disant tout en poussant, « Ca c'est agréable ! » Un nombre important de patients qui ont vécu des traumatismes sont dans l'incapacité de ressentir le plaisir. Le fait d'expérimenter et de savourer les sensations agréables peut augmenter leur capacité globale à expérimenter le plaisir et également à changer leur relation avec le corps, ce qui, jusqu'alors était vécu comme étant « l'ennemi », la source de sensations désarmantes et de douleur physique. Lorsque les séquences défensives furent entièrement explorées et complétées, Mary fut plus calme et mieux à même de ressentir ses sensations sans devenir hyperactivée – en d'autres termes, elle se situait dorénavant dans la zone optimale d'activation du Modèle de la Modulation de l'Activation.

La Psychothérapie Sensorimotrice vise à opérer à la limite du Modèle de la Modulation de l'Activation, faisant appel à un montant suffisant d'informations concernant le trauma pour permettre le travail, sans pour autant prendre le risque que le patient devienne débordé et dissocié. Pour ce faire, lorsque Mary revenait à sa description de l'événement traumatique (sa décision et non pas celle du thérapeute), il lui était demandé de rester en contact avec ses sensations physiques. Lorsqu'elle décrivait les sévices, sa mâchoire se crispait, son épaule droite et son bras se tendaient, et ses respirations devenaient de plus en plus rapides – tous d'éventuels signes d'une réponse défensive en voie d'émergence spontanée. Ayant émis des phrases « de contact » liées aux observations relatives à ces mouvements physiques telles que : « Votre mâchoire semble se crispier, et votre respiration change, » le thérapeute invitait Mary à suivre ses sensations physiques : « Prenons quelques moments pour ressentir ce qui se présente au niveau de votre corps avant de nous intéresser au contenu ». Mary décrivait alors une tension et notait que sa tête semblait vouloir se diriger vers la gauche, quand soudain, elle se rappela du mur qui était à sa gauche au moment du viol. Au lieu d'interpréter ses affirmations, ou de se pencher sur le contenu du souvenir, le thérapeute lui demanda de permettre ce mouvement du cou et de noter ce qui se présenterait par la suite.

A ce moment précis, au lieu de décrire son passé, Mary commença à porter son attention exclusivement sur son ressenti corporel. Lorsqu'elle notait que sa tête et son cou se dirigeaient vers la gauche, elle ressentait également des impulsions physiques qui semblaient être involontaires, comme si elles se présentaient « par elles-mêmes ». Son corps semblait s'animer tout seul pendant qu'il lui était demandé de suivre ses sensations et ses mouvements. Mary expliqua alors : « mes mains veulent se serrer », suite à quoi le thérapeute l'encouragea à « ressentir l'impulsion et à laisser venir le reste » sans tenter de produire un comportement donné volontairement. Alors que la séquence durant laquelle Mary avait poussé contre le coussin était entièrement délibérée, son poing commença alors à se serrer lentement de manière spontanée.

Mary expliqua que son bras voulait « frapper ». La séquence du mouvement de défense était désormais en voie d'émergence indépendamment d'une directive descendante consciente de la part du patient ou du thérapeute. Le thérapeute dit alors : « Ressens cette envie de frapper et remarque ce qui se passe au niveau de ton corps ». Elle reçut alors comme consigne de simplement suivre et permettre les mouvements involontaires et les gestes, plutôt que de les « faire » volontairement. Le traitement sensorimoteur se présentait de manière spontanée grâce à l'attention portée aux sensations corporelles et aux impulsions, ainsi que grâce au fait que les processus cognitifs étaient bridés lorsque les émotions et les souvenirs étaient suspendus en vue de soutenir le traitement de l'information au niveau corporel.

Lorsque le thérapeute dirigeait Mary vers ses sensations et vers les mouvements involontaires, et que son poing se serrait, son avant-bras se crispait également, et son bras décollait lentement à partir de ses genoux sans décision consciente de sa part. C'est alors que Mary expliqua qu'elle commençait à paniquer. Le thérapeute lui demanda de simplement expérimenter les éléments physiques liés à la panique, et elle rapporta une accélération de son rythme cardiaque, ainsi qu'une constriction, au lieu de parler d'une émotion. Cette directive était importante pour bien faire la part des choses entre les émotions entraînées par le trauma et les sensations, de manière à permettre au traitement sensorimoteur de se dérouler sans interférence de la part des processus émotionnels et cognitifs, mais également sans que Mary soit submergée avec des informations supplémentaires qu'elle ne pourrait pas gérer de manière efficace. Petit à petit, la tête de Mary et son cou allèrent en arrière pour se centrer, et son bras droit se mit graduellement à effectuer un mouvement d'ascension et de frappe accompagné d'un tremblement. A l'intérieur, cette expérience de tremblement fût similaire à celle des frissons que l'on peut ressentir lorsque l'on a froid. Après plusieurs minutes de traitement sensorimoteur durant lesquelles Mary et son thérapeute suivirent la progression involontaire et lente des mouvements, le bras de Mary retrouva enfin sa position de repos sur son genou. Mary continua à trembler, et il lui fut dit : « restez avec les tremblements, et les sensations tant que cela reste gérable ».

Pendant tout ce temps, Mary fut confortée dans sa capacité à faire confiance à son corps en permettant aux mouvements de se présenter sans tenter de les diriger ou de les changer de quelque manière que ce soit. Il lui fut également donné comme consigne de s'arrêter à tout moment si elle ressentait trop d'inconfort. Dans la mesure où la constriction liée à « l'exposition » graduelle aux souvenirs traumatiques peut s'avérer extrêmement intense jusqu'au moment où elle s'atténue et disparaît, le patient aura besoin d'aide de la part du thérapeute pour effectuer le traitement sensorimoteur. Il leur est demandé de s'autoréguler – de s'arrêter si l'intensité devient trop importante.

Au cours du processus, les tremblements disparurent, et Mary expliqua qu'elle se sentait soulagée, notant une sensation de picotement tout le long de son corps. Le thérapeute lui demanda de savourer cette sensation corporelle et son sentiment de soulagement et de décrire ces processus physiques en détail. Rapportant qu'elle ressentait un relâchement au niveau de sa musculature, un ralentissement de son rythme cardiaque et une sensation agréable d'alourdissement tout au long de son corps, Mary expliqua qu'elle se sentait en paix pour la première fois depuis plusieurs semaines. En référence à l'abus sexuel, Mary était moins dure avec elle-même, disant qu'elle était en colère que sa mère ait fait l'autruche concernant les comportements de l'oncle, et qu'aucune fille de quatre ans ne devrait avoir à craindre lorsqu'elle se change devant un proche. Bien qu'elle n'ait pas travaillé directement sur ses autocritiques, ses croyances, ou sur les émotions associées à l'expérience traumatique, le traitement sensorimoteur n'en eut pas moins un effet positif à la fois sur les processus émotionnels et cognitifs. Vers la fin de la séance, le thérapeute aida Mary à gérer ses émotions et à aborder un processus de traitement cognitif. Mary eut l'opportunité de librement exprimer sa tristesse et accéda à un nouvel « insight » tout en devenant d'avantage consciente de ses réactions sensorimotrices. Mary expérimenta une nouvelle intégration ainsi qu'une nouvelle réorganisation des niveaux physiques, émotionnels et cognitifs de son expérience du fait que l'approche thérapeutique permettait de traiter ces trois niveaux de façon simultanée.

Lors de la prochaine séance, Mary rapporta que son sommeil était redevenu normal, et qu'elle était beaucoup plus calme en général. Les attaques de panique ayant cessé, elle souhaitait continuer l'exploration des autres traumatismes de son enfance, plus confiante quant à sa capacité à le faire tout en restant maître d'elle-même. La capacité de Mary à interagir avec le thérapeute s'accroissait, de manière à ce qu'elle posait des questions, privilégiait le dialogue plutôt que le monologue comme cela avait été le cas lors de la séance précédente, et commençait à utiliser la relation avec le thérapeute pour se réguler. Lors des séances ultérieures, Mary continua à développer sa capacité à mettre en place des défenses actives et à poser des limites, ce qui conforta sa capacité à s'engager dans des processus de régulation interactifs. Effectivement, ces éléments soulignent combien la capacité à se défendre et à poser des limites concourent à l'instauration d'un sentiment de sécurité dans les relations. Mary fut de plus en plus à même de traiter les informations au niveau émotionnel et cognitif par rapport au trauma et de reprendre certains aspects de la relation avec le thérapeute, tout en retournant fréquemment sur le traitement sensorimoteur lorsque les impulsions physiques et les sensations émergeaient, ou encore lorsqu'elle se sentait hyperactivée ou dissociée.

Au final, Mary fit l'expérience d'une séance de thérapie durant laquelle elle confronta les souvenirs liés au moment où elle s'est dissociée pour la première fois « regardant du plafond ce que (son oncle) faisait à une autre fille », alors qu'une autre partie d'elle-même subissait l'abus. Cependant, aujourd'hui elle a développé la capacité à suivre ses sensations corporelles, et ressent plus de confiance quant à sa capacité à surmonter ces expériences.

Mary écrit :

Au moment de la séance j'avais expérimenté ce qui semblait être une vague de souvenirs anciens qui avaient entraîné une forte activation physique, une terreur émotionnelle et une détresse. En revanche, cette fois j'avais le sentiment que je pouvais m'en sortir, que j'avais déjà visité ce terrain dans le passé et qu'il y avait un processus et des stades qui permettraient d'accéder à une expérience meilleure et plus complète.

Durant cette séance, il fut demandé à Mary de nouveau d'être en contact avec son ressenti corporel, et, au moment où elle commença à se souvenir du trauma, elle nota des réactions physiques qu'elle avait expérimenté en tant que petite fille. Elle se souvint de la dimension physique liée à l'expérience de se soumettre et de se dissocier de son corps (engourdissement, flaccidité musculaire, paralysie) ainsi que l'envie de se défendre (tension dans sa mâchoire et dans ses bras). La conscience de ces sensations devint une force fédératrice, source de résolution pour « le clivage dissociatif ». Mary réalisa ainsi : « Cette désintégration n'est pas réelle ... Je représente deux corps dans un même corps, faisant deux choses différentes ». Le fait d'expérimenter cette rupture au niveau somatique et de traiter la dimension physique de ses composantes (comme l'impulsion de combattre son oncle) lui permit d'être à même

d'expérimenter le chagrin associé à l'abus sans se dissocier de son propre corps. Forte d'une plus grande capacité de traitement au niveau cognitif, ses cognitions négatives furent remplacées par la fierté d'avoir réussi se défendre à travers la dissociation et la soumission, consciente que ces défenses passives avaient été efficaces dans cette situation particulière et que des défenses actives auraient probablement aggravé son trauma à l'époque. A un moment pendant la séance, Mary dira avec fierté : « Rien ne cloche chez moi --- Regardez ce que j'ai fait ! », en référence à sa capacité à utiliser la dissociation comme stratégie de survie lors d'un abus insupportable.

Peu après cette séance, la thérapie de Mary atteint son terme. Six mois plus tard, elle écrit : Je suis consciente du fait qu'il y a eu un changement durable et profond à la fois au niveau de mon corps et de mon intégration. Le changement se voit au niveau de ma capacité à rester présente lors de situations dangereuses, lorsque des souvenirs surviennent et lorsque des sensations se présentent qui, autrefois, auraient été réprimées car trop insupportables ...

Je ressens également une nouvelle intégration au niveau de mes émotions. C'est comme si la partie de moi qui a été victime d'abus n'est plus seule, mais d'autres parties sont mélangées avec elle qui sont plus fortes, plus complètes et plus résistantes. Je ne me sens plus autant dépendante du contact (avec le thérapeute) pour accéder aux souvenirs. C'est comme si je pouvais exister pour moi-même.

4.4 Conclusion

La Psychothérapie Sensorimotrice a été entièrement développée à partir de la clinique, et, bien que, au jour d'aujourd'hui, il n'y ait pas d'enquêtes empiriques à son sujet, de nombreuses expériences relatées par des patients et des thérapeutes soulignent l'efficacité de la méthode. Les professionnels ayant été formés à la Psychothérapie Sensorimotrice rapportent qu'elle réduit symptômes liés au ESPT, tels que les cauchemars, les attaques de panique, les accès de colère et l'hyperactivation, et que la capacité des patients à pister leur ressenti corporel les aide à expérimenter le présent au lieu de vivre comme s'ils subissaient toujours le trauma. De telles réductions de symptômes somatiques si graves, ainsi que l'augmentation de la capacité à pister les sensations corporelles, et à utiliser l'autorégulation interactive, semblent amplifier la capacité des patients à traiter les autres éléments du trauma, tels que l'attachement, la mise en sens, ainsi que les schémas dissociatifs qui étaient jadis entravés par des états somatiques et l'incapacité à utiliser l'autorégulation interactive.

La Psychothérapie Sensorimotrice donne des outils aux patients leur permettant de gérer leurs réactions corporelles. Ils disent fréquemment que le fait d'apprendre à limiter le flux d'informations qu'ils doivent traiter à un moment donné en se centrant sur leurs sensations leur donne un sentiment de sécurité accroissant. Les patients expliquent également que ce sentiment de sécurité est amplifié lorsqu'ils peuvent expérimenter la possibilité de se défendre ou bien de se protéger au niveau physique. Il est important de noter que les patients qui présentent des défenses hyperactives telles que la rage incontrôlable pourront voir leur sécurisation augmenter lorsqu'ils apprendront à sentir le précurseur physique qui se présente avant l'accès de colère, et à ce moment précis avoir recours à la pleine-conscience pour pister les processus. Cette intervention augmente l'autorégulation et empêche que l'activation s'intensifie au point de donner lieu à une décharge qui se manifesterait par de l'agressivité ou d'autres comportements indésirables.

A l'inverse, les thérapeutes qui utilisent la Psychothérapie Sensorimotrice dans leur pratique signalent que certains patients ne sont pas disposés à, ou intéressés par, ce genre de traitement d'informations corporelles comme Mary. De tels patients doivent apprendre lentement, et douloureusement, à expérimenter leurs sensations et être ouverts aux bénéfices d'une telle démarche. Ils doivent graduellement apprendre à partir de leur propre expérience somatique que prendre conscience de ses sensations corporelles et de ses mouvements peut être une expérience sécurisante, voire même agréable. Par ailleurs, les personnes sévèrement désorganisées et dissociées pourraient ne pas être à même de contacter leur ressenti corporel sans aggraver leur dissociation ou désorganisation. Il est important de mesurer les conséquences entraînées par un accès trop brusque à une quantité d'information excessive, trop rapide, et ce particulièrement si cela a lieu avant que les patients aient pu mettre de côté certains éléments du contenu et de leurs états émotionnels. Effectivement, une telle situation pourrait être contre-productive, voire même constituer un facteur d'aggravation de la dissociation et des symptômes ESPT. Aussi, les thérapeutes doivent faire preuve de la capacité à procéder en adéquation avec le rythme singulier et la capacité d'intégration unique de chaque patient. Toutefois, occasionnellement, il se peut qu'un patient reste incapable, ou ne souhaite pas, faire un travail de traitement sensorimoteur, trouvant ainsi les sensations corporelles excessivement envahissantes ou désarmantes, ou sinon trouvant l'approche somatique inintéressante. Dans de telles situations, le traitement sensorimoteur est contreindiqué

et le thérapeute doit trouver d'autres techniques.

Bien que nous nous soyons centrés exclusivement sur le traitement sensorimoteur dans cet article, la Psychothérapie Sensorimotrice complète intègre le traitement sensorimoteur avec le traitement émotionnel et cognitif. Au cours des séances thérapeutiques, le thérapeute doit évaluer moment par moment le niveau de traitement approprié pour obtenir le résultat optimal. Le traitement émotionnel ou cognitif est souvent approprié, et peut effectivement avoir un effet positif sur le traitement sensorimoteur qui suivra.

Il faut noter que, bien que cet article souligne l'importance du traitement sensorimoteur, de nombreuses autres méthodes thérapeutiques et techniques corporelles sont intégrées dans l'approche globale des auteurs de cet article ainsi que de leurs collègues, qui permettent d'aborder la dynamique relationnelle, les schémas psycho-structuraux et la dissociation. Avant tout, il est important de souligner que l'ultime but fédérateur de la Psychothérapie Sensorimotrice est de promouvoir un traitement holistique intégrant les trois niveaux principaux de notre être : le cognitif, l'émotionnel et le sensorimoteur.

4.5. Références

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 traumainduced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (2), 243-260.

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.

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. (in press-a). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*.

Schore, A. (in press-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 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. 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, Netherlands: 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.

BIOGRAPHIE DES DIRECTEURS D'ENSEIGNEMENT DU IPS

Pat Ogden, Ph.D., est la fondatrice et la Directrice de l'Institut de Psychothérapie Sensorimoteur, une école de renommée internationale et spécialisée dans les formations de psychothérapeutes travaillant avec des approches somatiques/cognitives de traitement des traumatismes développementaux et des troubles de l'attachement. Elle est la co-fondatrice de l'Institut Hakomi, a fait partie du département de psychologie somatique et de la psychologie contemplative à Naropa University, de 1985 à 2005, et effectue des conférences internationales. Le Docteur Ogden est formée sur une large variété d'approches somatiques et de psychothérapies et a travaillé avec une diversité de populations dont des détenus, des patients en psychiatrie, ainsi que des personnes ayant subi des traumatismes. En tant que pionnière dans les psychothérapies et dans le traitement des psycho-traumatismes, elle a 34 années d'expériences auprès d'individus ainsi que de groupes. Elle est l'auteure principale du livre innovateur « *Les Traumatismes et Le Corps, une Approche Sensorimotrice de La Psychothérapie* » qui a été publiée en 2006 dans les éditions interpersonnelles de neurobiologie du docteur W.W.Norton (seconde édition).


Kekuni Minton, Ph.D., est un fondateur et formateur de la fondation IPS, ainsi qu'un membre de faculté à l'université de Naropa. Sa thèse de doctorat en psychologie clinique est centrée sur les thérapies relationnelles somatiques et il s'intéresse particulièrement à la méditation et aux traumatismes culturels. Il a été psychothérapeute résident dans le contexte du « Boulder County AIDS Project », et a présenté des conférences internationales variées.

Lana Epstein, M.A., LICSW, exerce en cabinet privé à Lexington, MA, où elle est spécialisée depuis 25 ans dans les traitements individuels et de groupes de personnes ayant traversé des traumatismes dans leur enfance. Elle utilise et enseigne à la fois la Psychothérapie Sensorimotrice et les techniques EMDR dans son travail avec des individus, entrelaçant ces deux méthodes de manière complémentaire.

Ms. Epstein est consultante certifiée EMDRIA et Consultante Certifiée ASCH en Hypnose. Elle est de surcroît formée en thérapie systémique et en TFT. Elle est Consultante et ancienne superviseur du Centre de Trauma à Brooklyn, MA et appartenait au « Conseil de la New England Society » dans l'étude du Trauma et de la Dissociation, durant 6 ans. Elle a enseigné au niveau national et international.

En plus de son cabinet privé, Ms. Epstein est formatrice à l'Institut de Psychothérapie Sensorimotrice, enseignant tous les niveaux du programme de formation, depuis les débutants, jusqu'aux confirmés. Elle a également créé et organisé des ateliers sur la combinaison de la Psychothérapie Sensorimotrice et de l'EMDR.

FORMATEURS AGRÉÉS

 **Christina Dickinson, CAC II**, est fondatrice et formatrice à la fondation IPS. Psychothérapeute certifiée en toxicologie au Colorado, à la thérapie Hakomi et au focusing, elle a été formée à une diversité de techniques, incluant l'EMDR, la méthode Pia Mellody's. Elle dispense des formations à un niveau international sur des sujets concernant le trauma et l'addiction et garde une pratique privée à Boulder, au Colorado.

Janina Fisher, Ph.D., est psychologue clinicienne et formatrice au Centre de Trauma à Boston. Elle est également ancienne Présidente de la « N.E. Society for the treatment of trauma and dissociation », consultante EMDR, membre de l'Institut de psychothérapie Sensorimotrice, et ancienne formatrice à l'école de médecine de Harvard. Le docteur Fisher est l'auteure de nombreux articles sur le traitement des traumatismes et dispense des conférences au niveau national et international. Pour plus de précisions sur le Dr. Fisher, consulter le site www.janinafisher.com.

Joe Gillan, M.A. a obtenu son Master en psychologie transpersonnelle à l'Université de Naropa en 1997, et est consultant en psychiatrie à l'hôpital Good Samaritan à Lafayette, CO. Il travaille à la fois aux urgences psychiatriques et avec les malades chroniques. Monsieur Gillan fait partie de l'équipe du « graduate département of somatic psychology » à l'université de Naropa. Il dirige un groupe pour les personnes atteintes du cancer, et a une pratique privée à Boulder Colorado.

Celia Grand, LCSW, BCD est psychothérapeute avec un cabinet privé à Portland, Maine, spécialisée dans le traitement des adultes et des couples. Formée à la fois en EMDR et en Psychosynthèse, et certifiée en psychothérapie Sensorimotrice, elle est facilitatrice en EMDR et consultante. Celia est très connue à travers le Maine et le New Hampshire pour son expertise dans les traumatismes et dans l'utilisation à la fois de l'EMDR et de la psychothérapie Sensorimotrice. Pour plus de précisions concernant Célia Grand, consulter le site www.celiagrand.com.

Andrew Harkin, M.D. est médecin (Université Collège Dublin), et psychothérapeute. Il s'est intéressé à la relation entre le psychisme et le corps depuis de nombreuses années, et a une fascination toute particulière par rapport au rapprochement de la neuroscience et la psychothérapie. Andrew travaille actuellement avec l'Institut de Médecine Psychosociale à Dublin, en Irlande, et enseigne en Angleterre, en Irlande et en Europe, et pratique en cabinet privé à Dublin.

Jaci Hull, MA, LMFT, exerce en qualité de psychothérapeute au sein de son cabinet privé depuis 20 ans, à Boulder, CO. Elle est formatrice certifiée Hakomi, travaille au service du Conseil des Directeurs de l'Institut Hakomi, a travaillé en tant qu'Adjointe à la Faculté Universitaire de Naropa, et elle est co-créatrice de la psychothérapie de Couples Expérimentale avec Rob Fisher. Elle a obtenu son diplôme en psychothérapie contemplative à l'Université de Naropa. Sa formation post-doctorat comporte la systémique, EMDR II, BrainSpotting, Group Leadership, et Somatic Trauma Resolution.

Brigitta Karelis, M.A. détient un Master of Arts en Paedagogik – une discipline qui combine le travail social, l'étude de la vie, la psychologie et la psychologie somatique. Elle a travaillé auprès de jeunes toxicomanes, de réfugiés politiques, de personnes en souffrance psychique, et de patients hospitalisés. Elle travaille à la Faculté de Naropa, est formatrice en Méditation dans la tradition Bouddhique, et pratique en cabinet privé à Boulder, Colorado.

Justine K. Polevoy, MFT est psychothérapeute Somatique licenciée. Elle travaille actuellement en tant que formatrice AU SPI et est le cœur de la faculté pour le programme de Psychologie Somatique à l'Université. Sa pratique en cabinet privé, centrée sur l'incarnation du corps, à Berkeley, Californie, est centrée sur l'accompagnement de personnes afin de les aider à rebondir dans la vie et de soutenir le développement d'une conception de soi qui intègre le ressenti corporel.

Anne Westcott, LICSW, est psychothérapeute avec une expérience de plus de 20 ans, travaillant auprès d'enfants et de familles. Son implication auprès des enfants et des travailleurs sociaux qui ont subi des traumatismes, l'a amenée à explorer de nouvelles approches orientées sur le corps pour soutenir les processus de régulation dans les systèmes familiaux traumatisés. Anne assure un enseignement et des consultations sur le trauma, la dissociation, l'attachement, et la régulation de l'activation et assure la supervision du Centre de Trauma à in Boston MA. Anne a obtenu son diplôme de Master dans le travail social à l'Université de Columbia en 1987.

Michael Broas, LMT est formateur à l'école Massage de Floride de Gainesville, en Floride, où il enseigne les modalités variées des massages et est également une personne ressource pour les étudiants. En 2003, peu de temps après avoir suivi le cursus de thérapie corporelle au SPI il a rejoint notre équipe. Michael a également un cabinet privé à Gainesville, centré sur l'accompagnement des personnes ayant vécu un trauma.



COMITÉ SCIENTIFIQUE DE L'IPS

David Baldwin, Ph.D. | Emilie Conrad | Ron Kurtz | Ruth Lanius, MD, PhD | Reo Leslie, D.Min. | Ian Macnaughton, Ph.D. | Melissa Miller, LCSW | Ellert Nijenhuis, Ph.D. | Clare Pain, M.D. | Allan Schore, Ph.D. | Martha Stark, M.D. | Kathy Steele, MN, CS | Onno van der Hart, Ph.D. | Bessel van der Kolk, M.D.



LIVRE DE PAT ODGEN ET KEKUNI MINTON

Trauma et Corps : Une Approche Sensorimotrice à la Psychothérapie

De Pat Ogden, Kekuni Minton, et Clare Pain

Introduction de Daniel J. Siegel, M.D. et Bessel van der Kolk, M.D.

Le corps, pour une foule de raisons, a été tenu à l'écart des cures orientées vers la parole. Les psychothérapeutes qui ont été formés aux thérapies psycho-dynamiques, en psychiatrie, ou aux thérapies cognitives, sont formés à écouter le langage de leurs patients, ainsi que leurs affects. Ils s'intéressent à leurs associations, à leurs fantasmes, et aux signes de conflits psychiques, d'émoi et aux défenses mises en œuvre.

Bien que la majorité des thérapeutes soient formés à remarquer l'apparence et même les mouvements du corps du patient, le travail avec l'expérience corporelle du client a été exclu des thérapies traditionnelles.

Trauma and the Body est une revue détaillée des recherches dans les domaines de la neuroscience, trauma, dissociation et théorie de l'attachement. Elle souligne l'importance d'intégrer le corps à l'expérience de l'esprit. Le postulat de ce livre est que, en ajoutant des actions orientées sur le corps, à leur répertoire, les thérapeutes pratiquant les thérapies traditionnelles peuvent augmenter la profondeur et l'efficacité de leur travail clinique. L'approche en Psychothérapie Sensorimotrice est une approche construite sur la compréhension psychothérapeutique traditionnelle. Elle inclut le corps comme pièce centrale dans le champ de la conscience thérapeutique, en utilisant les capacités d'observation, ainsi que certaines théories et interventions qui ne sont pas utilisées en thérapie psycho-dynamique. En synthétisant les interventions qui vont « du bas vers le haut », et « du haut allant vers le bas », l'auteure combine le meilleur de chaque courant pour apporter une aide aux patients traumatisés chroniques à trouver des solutions et un sens à leur vie, ainsi qu'à développer une nouvelle conscience de soi intégrant leur ressenti corporel.

Contenu du livre : Traitement de l'Information Hiérarchisée : Cognitif, Emotionnel et Sensorimoteur • Seuil de Tolérance: Moduler l'Activation • Attachement: Le Rôle du Corps dans la Régulation Dyadique • La Réponse d'Orientatation : Rétrécir le Champ de Conscience • Les Sous-Systèmes Défensifs : Mobiliser et Immobiliser les Réponses • Adaptation: Le Rôle des Systèmes d'Action et les Tendances • Le Trauma

Psychologique et le Cerveau: Vers un Modèle de Traitement Neurobiologique • Principes de Traitement: Mettre la Théorie en Pratique • L'expérience organisée : Qualifications pour travailler avec le corps Actuellement • Phase Un du Traitement : Ressources Somatiques pour la Stabilisation • Phase Deux du Traitement de la Mémoire Traumatique : Restauration des « Actes de Triomphe » • Phase Trois du Traitement: Intégration et Succès dans la vie normale.

Pour une commande aux U.S.A.

www.sensorimotorpsychotherapy.org

Revue

"Le travail remarquable de Pat Ogden en Psychothérapie Sensorimotrice est centré non seulement sur les altérations dévastatrices du trauma sur l'esprit, mais également sur le corps et sur le cerveau. En affirmant que le corps a été délaissé dans le cadre de la cure centrée sur la parole, elle offre une revue précise des avancées très récentes en matières de trauma, de neurobiologie, de développement, et des articles en psychodynamique qui suggèrent fortement que les comportements du corps, les affects et les cognitions doivent être pris en compte dans le cadre de la rencontre clinique. Avec des données cliniques extrêmement intéressantes, cette thérapeute douée a fait un travail sur la thérapie centrée sur le somatique qui doit absolument être connu de tous les cliniciens ».

— Allan N. Schore, Ph.D., Dpt. de Psychiatrie et des Sciences Comportementales, UCLA David Geffen, Faculté de Médecine

"Ceci est le livre que la psychotraumatologie a attendu! Les Cliniciens ont enfin une source pratique et théorique permettant de comprendre pleinement le rôle central des schémas fixes sensorimoteurs chez les personnes ayant vécu des traumas . « Le trauma et Le Corps : Une Approche Sensorimotrice à la Psychothérapie » intègre magnifiquement les découvertes de la neuroscience, de la théorie de l'action de Pierre Janet, et de la théorie sur les troubles de l'attachement, pour expliquer en quoi le travail avec le corps des personnes ayant vécu des traumas est essentiel en psychothérapie et comment le faire de façon effective. Ce livre fascinant est écrit dans un langage qui attirera fortement les cliniciens, et fait référence à des contextes théoriques variés. Utilisant le niveau sensorimoteur comme un complément à la psychothérapie traditionnelle avec son emphase sur l'affect et les cognitions, Pat Ogden et ses collègues démontrent de façon majestueuse comment utiliser la fixation physique du patient dans les expériences traumatiques comme une voie essentielle vers le traitement effectif des traumas."

— **Onno van der Hart, PhD Professeur de Psychopathologie des Traumas Chroniques, Utrecht University, The Netherlands. Ancien Président de « l'International Society for Traumatic Stress Studies »)**

"Dans leur travail de pionniers, les auteurs Ogden, Minton et Pain décrivent une variété d'approches psychosomatiques pour les individus qui ont subi un trauma qui, en se centrant à la fois sur les manifestations physiques et psychologiques du trauma, aboutissent à une guérison plus intégrative. Les Thérapeutes de toutes orientations trouveront dans ce volume un éventail de méthodes qui élargira leur capacité à offrir la possibilité à leurs patients de mieux incarner leur corps. Je recommande fortement ce travail. "—

Christine A. Courtois, Ph.D., psychologue en pratique privée, Washington, D.C., et auteur de *Healing the Incest Wound: Adult Survivors in Therapy and Recollections of Sexual Abuse: Treatment Principles and Guideline*



RÉPERTOIRE DES PRATICIENS CERTIFIÉS EN "SENSORIMOTOR"

[Cliquez ici pour voir l'annuaire en ligne](#)

Cette liste comporte les thérapeutes qui ont suivi le cursus Niveau I : traitement du trauma, Niveau II : développement, attachement et trauma, ou bien qui sont certifiés en psychothérapie « sensorimotrice ». Le niveau de formation, le diplôme et les domaines d'expertise ont pour objectif de vous aider à trouver un thérapeute ou à constituer une liste réduite de thérapeutes susceptibles de vous convenir ou de convenir à votre patient. Une fois que vous avez sélectionné un thérapeute, assurez-vous en discutant avec ce dernier qu'il ait les capacités à répondre aux besoins et aux attentes que vous pourriez avoir. Enfin, vous pouvez déterminer si vous vous sentez à l'aise avec un thérapeute en particulier.

Quels sont les différents niveaux de la formation SP ?

Niveau I: Formation pour le Traitement des Traumas. Les professionnels qui ont obtenu le niveau I ont eu 100 heures de formation en Psychothérapie Sensorimotrice, formation les aidant à accompagner les patients qui ont vécu des traumas. Ces diplômes/formations enseignent des méthodes simples permettant d'effectuer un travail corporel pour pister, nommer et explorer l'activation liée au trauma dans un cadre thérapeutique sécurisant. Elles permettent également de créer de nouvelles compétences et de restaurer une prise de conscience. Les étudiants apprennent à intervenir de manière efficace, afin d'identifier et de travailler avec les schémas somatiques inadaptés, avec les patterns cognitifs et les processus émotionnels qui font défaut, et avec la fragmentation du soi. Les techniques sont enseignées selon une approche orientée par phase, se centrant d'abord sur la stabilisation puis sur la réduction des symptômes. La Psychothérapie Sensorimotrice peut facilement et réellement être intégrée dans une pratique d'inspiration psychodynamique, cognitive, ou EMDR.

Niveau II: Développement, Attachement et Trauma. Les professionnels qui ont obtenu à la fois le niveau I et le niveau II de la formation Professionnelle SPI, ont accompli 300 heures de formation en Psychothérapie Sensorimotrice. Les praticiens certifiés Niveau II, sont formés à distinguer et à traiter les troubles du développement et de l'attachement.

Les troubles du développement résultent d'une relation d'attachement lacunaire créant des croyances limitant la conception de soi et du monde, alors que le stress post-traumatique découle d'une expérience désorganisatrice qui n'a jamais été intégrée. Lorsqu'ils sont combinés avec un trauma qui n'a pas été intégré, les troubles de l'attachement peuvent créer une panoplie de troubles relationnels à l'âge adulte. Le niveau II du programme IPS est construit à partir du niveau I, soulignant comment les troubles traumatiques, de l'attachement et du développement sont reliés, et comment un traitement adéquat face à cette réalité peut être conceptualisé.

Les Praticiens Avancés et Certifiés: Les Praticiens avancés ont obtenu les 3 niveaux de formation en Psychothérapie Sensorimotrice, avec un total de plus de 440 heures. Ce programme est conçu pour procurer la formation nécessaire à chaque étudiant afin qu'il devienne un expert dans la mise en application des techniques et de la méthodologie de la Psychothérapie Sensorimotrice. Les personnes diplômées de cette phase finale qui ont accompli 180 heures d'évaluation approfondie de leur travail clinique par vidéo et de supervisions avec les formateurs, sont formées à travailler dans les cinq différents niveaux d'intervention utilisés en psychothérapie Sensorimotrice. Leur niveau d'expertise est précisé à travers le titre de "Praticien Certifié SP ».

Formation continue à l'IPS : les diplômés qui poursuivent leur Formation SP après avoir obtenu leurs diplômes en participant aux consultations avec les Formateurs SP dans le but d'apprendre de nouveaux développements en SP, augmentent leurs compétences et intègrent des interventions SP dans leur travail clinique. L'institut IPS recommande aux diplômés de participer à notre programme de formation continue afin d'intégrer de nouvelles compétences dans leurs pratiques cliniques.

NB: l'IPS référence trois niveaux de formation : Niveau I, Niveau II, Niveau III comme ressource. Les praticiens certifiés sont dans l'obligation d'être titulaire d'une licence dans leur discipline professionnelle ou encore d'être étudiants dans des programmes accrédités au moment où ils suivent le programme de formation. Ils sont des professionnels de santé provenant des domaines de la médecine, psychologie, psychiatrie, psychothérapie etc... L'appartenance à la liste SP ne constitue pas l'approbation d'un thérapeute. Ceci témoigne de l'achèvement de leur programme de formation en Psychothérapie Sensorimotrice. En conséquence, l'Institut ne peut être tenu pour responsable des actions et compétences des professionnels de la santé ci-dessus mentionnés.



RESSOURCES EN LIGNE

Global Association for Interpersonal Neurobiology Studies)(GAINS) www.mindgains.org Une organisation professionnelle à but non lucratif qui explore les applications interpersonnelles en neurobiologie pour enrichir le champ de conscience dans notre société et qui nourrit une compassion ? au sein de notre culture moderne.

Institut Hakomi www.hakomiinstitute.com Fondé en 1980 par Ron Kurtz équipe de formation, l'Institut Hakomi propose des formations et des ateliers à travers le monde entier.

Société Internationale pour l'Etude des Traumas et de la Dissociation (ISSTD) www.isst-d.org La Société est une association professionnelle à but non lucratif avec pour objectifs: le partage d'information et un réseau international de cliniciens et de chercheurs procurant une éducation professionnelle et publique; promouvant recherche et théorie sur la dissociation ainsi que la recherche et formation sur l'identification, le traitement et la prévention des troubles dissociatifs.

Société Internationale des Etudes sur le Stress Traumatique (ISTSS) www.istss.org La Société Internationale des études sur le stress traumatique a été fondée en 1985 pour les professionnels afin de partager l'information sur les effets du trauma. L'ISTSS est dédiée à la découverte et la diffusion de nouveaux programmes visant à réduire les sources de stress traumatiques ainsi que leurs conséquences immédiates sur le long terme. L'ISTSS fournit un forum pour le partage de la recherche, des stratégies cliniques, des solutions au niveau politique et fait connaître les recherches scientifiques concernant le trauma aux USA et dans le monde entier.

Ron Kurtz www.ronkurtz.com

Ron Kurtz est à l'origine de la Méthode Hakomi de la Psychothérapie centrée sur le corps et représente une influence éminente en psychothérapie progressive.

Centre de Trauma (Bessel van der Kolk) www.traumacenter.org

Le Centre de Trauma est un programme d'Arbour Health System ; il est le plus important centre de traitement en toxicologie et en santé mentale de l'état de Massachusetts. Le directeur du centre est Bessel van der Kolk, MD, un leader reconnu à l'échelon international dans le domaine du trauma psychologique.

Trauma Pages www.trauma-pages.com

Cette ressource se centre principalement sur le trauma émotionnel et sur le stress traumatique, incluant le PTSD (le syndrome stress post-traumatique), aussi bien au niveau de l'expérience de l'individu concerné qu'à des échelles plus importantes. Le but de ce site prestigieux est de fournir une information aux cliniciens et aux chercheurs dans le domaine du stress traumatique. Pat Ogden, Ph.D. et Kekuni Minton sont co-auteurs de l'article intitulé *Psychothérapie Sensorimotrice: Une Méthode pour intégrer les souvenirs traumatiques*.

Association Américaine pour la Psychothérapie corporelle (USABP) www.usabp.org

l'USABP a été fondée en Juin 1996 par un groupe de 20 cliniciens et formateurs représentant la plupart des disciplines et des modalités dans ce domaine. L'objectif de l'USABP est d'élever le statut des thérapeutes corporels à l'intérieur du corps professionnel de la santé mentale, et de la psychothérapie

à l'intérieur de la société comme un tout, ainsi que d'ouvrir des débats entre les différentes écoles, en créant un langage et une pratique intégrative. Consultez leur site internet pour connaître les avantages proposés aux membres.

www.sensorimotorpsychotherapy.org

www.ietsp.fr

Formation en Anglais traduite en Français par un traducteur professionnel.

Pour plus d'informations sur la formation, contactez : M.MAYER Bernard

IETSP 41, rue Boissière 75116 PARIS FRANCE
Tel/Fax : **+33 (0)1.44.05.05.90**
www.ietsp.fr - mayer@ietsp.fr

SIRET : 498 872 753 00013 RCS PARIS – NAF : 804C - N° Formation : 11754262075