

Psychotraumatologie Centrée Compétences¹

Par Hélène Dellucci²

Introduction

Un traumatisme psychique est une blessure émotionnelle, qui reste après un événement, le plus souvent adverse³. D'un point de vue neurologique, le monde de la psychotraumatologie s'accorde à dire qu'il s'agit d'un réseau neuronal, qui n'est pas en lien avec des réseaux ressources, et qui, lorsqu'il est déclenché, par une similitude en termes de date (période anniversaire), ou d'un déclencheur d'une autre nature (p.ex : un crissement de pneus, la porte dans le dos, un mot, une ressemblance avec un agresseur), provoque une réaction de survie, comme si, sur le plan cérébral, la personne se retrouvait dans la même situation, au même moment.

En général, il s'agit de personnes qui, lorsqu'elle ne se trouvent pas confrontées à un déclencheur, sont de très bon conseil pour autrui, avec un accès aux ressources bien présent. Au moment où un déclencheur dans l'environnement active ce réseau neuronal qui contient une charge émotionnelle importante, la réaction de survie survenant immédiatement implique l'inhibition des zones préfrontales dont nous aurions besoin pour l'intégration et l'apprentissage. De cette manière tout apprentissage est empêché, et la personne expérimente le plus souvent des sentiments d'incompréhension et d'impuissance face à sa propre réaction irrépessible. La multiplication de ce type d'expérience peut mener à la conviction de sans cesse se retrouver au point de départ, quels que soient les efforts consentis pour changer les choses.

Les traumatismes psychiques faisaient jadis partie des tableaux cliniques les plus difficiles à traiter. Aujourd'hui grâce à des méthodes spécifiques, qui ont fait leurs preuves, les traumatismes psychiques sont parmi les troubles les plus facilement guérissables, pourvu que le professionnel suive les règles que propose la

¹ Ce texte est une synthèse d'un chapitre plus large, à paraître dans : L.Isebaert (Ed): Solution Focused Cognitive Therapy: a practical Handbook.

² Hélène Dellucci est psychologue, praticienne et superviseur EMDR Europe et chargée de cours à l'Université Lorraine. Pour tout contact : helene.dellucci@bluewin.ch

³ La plupart des traumatismes psychiques sont causés par des expériences adverses. Cependant, il existe des événements que l'on appelle « souvenirs-étoile », qui sont en soi des souvenirs positifs, mais qui, de par leur débordement physiologique et la réaction de survie qui s'en suit, laissent une trace contenant une charge émotionnelle telle, que l'inscription dans le réseau neuronal est la même que pour une expérience adverse.

Article paru dans les actes d'un colloque « Vents d'ouest » organisé par Pégase Processus en 2013.

psychotraumatologie. L'efficacité de ce travail et la robustesse des résultats ne manqueront pas de révolutionner la psychopathologie en ce sens, que si la dimension traumatique peut être guérie en premier lieu, les autres symptômes, qu'ils soient d'ordre dépressifs, addictifs, voire appartenant à des tableaux plus lourds encore, perdent de leur consistance.

Structure de Traitement en Psychotraumatologie

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

Le modèle de Bruges en psychotraumatologie

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

La relation non engagée : une question de sécurité

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

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

Article paru dans les actes d'un colloque « Vents d'ouest » organisé par Pégase Processus en 2013.

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

Les seules choses que le psychotraumatologue puisse faire dans l'immédiat, c'est d'explorer les ressources de survie de la personnes, tout en mettant de côté tout contenu traumatique proprement dit, et sur le plan corporel, proposer et faire avec la personne des exercices d'ancrage destinés à calmer le corps, puis d'évaluer le degré de sécurité ressentie par la personne dans l'ici et maintenant.

La relation de recherche : une question d'attachement sécur

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

En psychotraumatologie centrée compétences, après l'enjeu du sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant, vient celui de savoir si un attachement sécur est possible. Et tant que la réponse à cette question est négative, il est utile et nécessaire d'y travailler.

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

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

Lorsque les critères de stabilisation individuels sont suffisants, c'est à dire si la personne est capable de gérer son quotidien, de se calmer soi-même et si elle peut parler des expériences adverses sans être submergée, nous pouvons commencer la phase de désensibilisation. Plus les personnes souffrent de traumatismes complexes, plus il sera important de veiller à suivre le niveau d'intégration possible de la personne, p.ex. face à une peur émergente, il convient de d'abord désensibiliser cette peur, avant tout autre projet (voir Boîte de Vitesses, Dellucci 2010). Dans le même ordre d'idées, nous proposons d'aborder d'abord la dimension relationnelle des blessures, avant la part

Article paru dans les actes d'un colloque « Vents d'ouest » organisé par Pégase Processus en 2013.

individuelle (Dellucci, 2009, 2010). Une relation souffrante ainsi assainie se transformera en ressource d'attachement et facilitera grandement le travail thérapeutique et auto-thérapeutique par la suite.

La relation de consultance : une question d'autonomie

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

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

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

La relation de co-expertise

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

Article paru dans les actes d'un colloque « Vents d'ouest » organisé par Pégase Processus en 2013.

Conclusion : tout traumatisme est complètement guérissable

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

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

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

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

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

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

Avoir rapproché la psychotraumatologie et l'approche centrée compétences nous amène au constat que la psychotraumatologie classique a besoin de l'approche centrée

Article paru dans les actes d'un colloque « Vents d'ouest » organisé par Pégase Processus en 2013.

compétences pour avancer dans de bonnes conditions, surtout pour les personnes souffrant de traumatismes complexes. Autant il nous paraît important d'inviter le monde solutionniste à ne pas faire l'impasse sur les réactions émotionnelles, qui lorsqu'elles se montrent de manière exacerbée et répétitive, méritent une approche spécifique.

Bibliographie

- Brown, D., Schefflin, A.W., & Hammond, C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. Norton, New York.
- Chu, J.A. (1998). *Rebuilding shattered lives: Treating complex post-traumatic and dissociative disorders*. Wiley, New York.
- Courtois, C.A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. Norton, New York.
- Delage, M. (2007). Attachement et Systèmes Familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie Familiale*, 28 (4), pp 391 – 414.
- Dellucci, H. (2009). *EMDR Letters*. Papier présenté à la 10^{ième} Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.
- Dellucci, H. (2010). *EMDR Letters. How ? Why ? When ?* Papier présenté à la 11^{ème} Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne.
- Dellucci, H. (2010). *No matter how slow you go, as long as you don't stop: a 6 gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma*. Poster présenté à la conférence EMDR Europe à Hamburg & EMDR Asie à Bali.
- Dellucci, H. (sous presse). Psychotraumatologie Centrée Compétences. In L.Isebaert (Ed): *Solution Focused Cognitive Therapy: a practical Handbook*.
- Isebaert L., Cabié M.C., (1997). *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Editions Erès, collection Relations.
- Isebaert, L. (2005). *Kurzzeittherapie – Ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. Thieme Verlag.