

Corps, trauma et **régula**



© Magali Berdaguer – Equation en vert.

tion des émotions



La théorie polyvagale apporte un nouvel éclairage dans la compréhension du stress et du trauma. Elle propose une aide clinique dans le monitoring et la régulation de l'état émotionnel du patient.

La théorie polyvagale, développée par Porges (Porges, 2021, 2022 ; Porges et Dana, 2022) dans les années 1990 représente aujourd'hui une révolution dans la compréhension du stress, du trauma et de leurs traitements. Nous développerons ici les grandes lignes de cette théorie et décrirons la manière dont elle peut être appliquée à la prise en charge du traumatisme psychique, à travers l'exemple du *Lifespan Integration* (Intégration du cycle de la vie, ICV) de Peggy Pace (Pace, 2014). Nous proposerons un kit de repères pour la clinique « corps et trauma », qui structure des stratégies aidantes dans les situations difficiles face à une réactivation traumatique chez un patient.

Il est utile d'avoir en tête que, lorsqu'un patient souffrant d'un Trouble de stress post-traumatique (TSPT) se remémore l'événement traumatique, son activation cérébrale s'apparente davantage à la

Joanna SMITH

Psychologue clinicienne.

réaction du cerveau face au danger qu'à celle obtenue lors d'un simple souvenir. La « mémoire traumatique » définit ainsi une activation cérébrale visant à faire face au danger, déclenchée par la remémoration de tout ou partie d'un événement traumatique.

De ce fait, lors d'une prise en charge, le risque principal avec une personne souffrant de psycho-traumatisme est de la « retraumatiser » en activant trop intensément ou involontairement cette mémoire traumatique (Smith, 2021b). Ceci arrive lorsque le patient est amené à réexpérimenter de manière trop intense le vécu émotionnel traumatique, par exemple au cours d'un entretien, quand le sujet raconte l'événement traumatique de manière trop intense en le revivant, ou encore à certains moments du suivi où le comportement d'un soignant ou de l'institution réactive violemment la mémoire traumatique (soins intrusifs, propos maladroits...). Il s'agit alors d'une « répétition traumatique ».

Afin d'évaluer et limiter les risques de retraumatisation, et de mieux situer où en est le patient, la notion de « fenêtre de tolérance » est très éclairante.

LA FENÊTRE DE TOLÉRANCE

Développée par Siegel (Siegel, 1999) et Ogden et Pain (Ogden et al., 2006), cette notion aide à se représenter les trois états principaux face au stress :

– À l'intérieur de la fenêtre de tolérance, le patient est dans un état émotionnel d'intensité tolérable, dans lequel il pourrait supporter de rester. Cet état le rend disponible pour apprendre, être curieux, ouvert, engagé dans la relation.

– Lors de la perception d'un danger, le système sympathique, notamment, s'active, afin de répondre à la situation, par la fuite ou le combat. Si le danger est intense, le patient peut « sortir » de la fenêtre de tolérance par le haut : il a chaud, ressent du stress ou de l'anxiété, « abrégait » (se décharger d'un affect par une réaction extérieure), est bouleversé et en détresse intense. Il peut présenter les mêmes symptômes au cours d'un entretien où il évoque ou se remémore un événement traumatique.

– Si le danger persiste et prend une dimension vitale, le figement reste la seule stratégie de survie éventuelle. Sortant de la fenêtre par le bas, le patient s'anesthésie, s'immobilise, ne ressent plus d'émotions, n'a plus d'envie, développe

un état sub-dépressif ou dépressif, des sentiments de vide, d'ennui, de fatigue. Là encore, de tels vécus peuvent être ressentis à nouveau par les patients lors de l'activation de leur mémoire traumatique (Lanius, 2014).

Souvent, comme nous sommes une espèce grégaire et que nos systèmes nerveux communiquent entre eux, le soignant ressent ces différents états à travers ses propres sensations : tension plus ou moins importante quand le patient sort de sa fenêtre de tolérance par le haut, ennui, tristesse ou fatigue lorsqu'il sort de sa fenêtre de tolérance par le bas, ou sentiment d'engagement, de plaisir relationnel et d'efficacité lorsqu'il est au cœur de sa fenêtre de tolérance.

À titre d'expérimentation, il est simple de prendre quelques instants pour se situer soi-même, en ce moment même, par rapport à sa fenêtre de tolérance : y êtes-vous ? Si oui, bien au centre, intéressé, stimulé, disponible ? Ou un peu stressé, préoccupé par d'autres choses à résoudre, un peu tendu par la lecture d'un article portant sur le thème du trauma ? Vous êtes alors en haut de la fenêtre mais toujours dedans. Ou encore, vous vous sentez un peu engourdi, fatigué, un peu vide ou un peu déprimé ? Dans ce cas, vous êtes toujours dans la fenêtre mais plutôt en bas. Tous ces états sont probablement tolérables et vous permettent de poursuivre la lecture de cet article.

Néanmoins, si vous n'êtes pas au cœur de votre fenêtre de tolérance, que pouvez-vous faire, ici et maintenant, pour vous réguler ? Quelles stratégies utiliseriez-vous lors d'une situation clinique afin d'être plus confortable et plus disponible ?

Lors du travail avec du matériel traumatique, le risque de sortie de la fenêtre de tolérance est important : il est donc utile de monitorer l'état émotionnel du patient et de repérer où il se trouve, tout en évaluant le sien propre, afin d'anticiper et de ramener la personne dans le présent dès que nécessaire. Dans cette perspective, sensibiliser le patient à ses ressentis et à ses états de tension permet qu'il nous aide à identifier les moments difficiles au cours des séances.

STRESS ET THÉORIE POLYVAGALE

La théorie polyvagale (Porges 2021, 2022 ; Porges et Dana, 2022) rend compte de la manière dont les réponses de stress sont activées à travers le corps. Sortant de la dichotomie classique stress (système

sympathique) /récupération (système parasympathique), elle décrit trois types d'activations, qui correspondent aux trois zones de la fenêtre de tolérance :

– le système sympathique, qui active les réponses de fuite ou de combat ;

– le système parasympathique, lui-même divisé en deux branches du nerf vague :

- le nerf vague ventral, à l'origine des comportements d'engagement social (la personne est disponible pour rencontrer autrui, s'intéresser au monde qui l'entoure, et apprendre) ;

- le nerf vague dorsal, qui sous-tend les réactions de figement.

La théorie polyvagale pose donc l'hypothèse selon laquelle le système parasympathique dispose de deux manières d'intervenir dans la régulation du stress.

Là encore, il peut être utile de communiquer auprès des patients à ce sujet, afin qu'ils puissent mieux appréhender la nature de leurs réactions et comprendre à quoi elles correspondent, en particulier lorsqu'ils ont une propension au figement. Cela peut également aider les patients que leurs proches (parents, conjoints...) aient connaissance de ces mécanismes lorsqu'ils sont invalidants, afin qu'ils se sentent moins impuissants au quotidien. Une courte vidéo de 9 minutes portant sur la théorie polyvagale, très explicative, est par exemple disponible sur Youtube (1).

LA MÉMOIRE TRAUMATIQUE

Ces dernières décennies, les recherches en neurosciences ont permis de mieux comprendre le fonctionnement du cerveau atteint de Trouble de stress post-traumatique (TSPT) (pour une synthèse scientifique accessible également au grand public, voir Van der Kolk, 2015). Comme nous l'avons évoqué, l'activation cérébrale lors de la remémoration d'un événement traumatique est similaire à celle d'un cerveau exposé à un danger réel, non pas à celle d'un cerveau en train de se remémorer. Entre autres, l'amygdale est activée, indiquant la détection d'un danger, et on observe une perturbation dans l'activation de zones cérébrales impliquées dans la datation des événements (cortex préfrontal dorso-latéral et hippocampe), correspondant à la sensation subjective des patients d'un événement ressenti comme encore menaçant et encore bien présent.

Soutenu par la théorie polyvagale, le *Lifespan Integration* (Intégration du cycle de la vie, ICV) est une intervention psychothérapeutique qui vise à relancer la « sensation

du temps qui a passé », autrement dit les processus de datation d'un événement traumatique.

LE LIFESPAN INTEGRATION

Le *Lifespan Integration* a été développé en 2002 par Peggy Pace, une psychothérapeute américaine (Pace, 2014; Smith, 2017). Face à une patiente émotionnellement « bloquée » dans un événement traumatique infantile, elle a l'idée de lui demander si elle peut se remémorer un événement datant de l'année suivante, puis de celle d'après, et ainsi de suite jusqu'à son âge actuel. À la suite de cette procédure, la patiente semble bien mieux orientée dans le présent. Peggy Pace élabore progressivement ce nouvel outil, la « Ligne du temps ». Il s'agit d'une liste constituée d'événements chronologiques issus de l'histoire autobiographique du patient, pour l'aider à intégrer la sensation de temps qui a passé qui manque tant dans la mémoire traumatique. Peggy Pace met notamment en place une procédure permettant de traiter le TSPT avec le *Lifespan Integration*. Son protocole a récemment été testé selon un dispositif randomisé double aveugle et a obtenu des résultats très positifs, en une séance unique de traitement (Rajan et al., 2020). Le fait qu'une seule séance, certes longue (1 h 30 à 2 heures environ) suffise, réduit considérablement les risques d'abandon en cours de suivi observés dans d'autres modalités de prise en charge. C'est un atout très intéressant du *Lifespan Integration* dans ce contexte.

La logique de la Ligne du temps a également été appliquée avec de très bons résultats cliniques empiriques, faisant encore l'objet d'études :

- sur des souvenirs d'enfance, d'adolescence ou de l'âge adulte perturbants mais non traumatiques ;
- sur des relations non résolues ;
- ou même sur des événements de la période préverbale incluant les 1 000 premiers jours de vie, dont des modalités thérapeutiques sont de plus en plus en développement (Smith, 2021a), permettant ainsi d'améliorer la régulation des émotions et de développer un attachement sécurisé acquis (Rejil et al., 2020).

Lors du déroulement de la Ligne du temps au cours des séances, on observe une activation plus ou moins importante du système nerveux autonome, avec des réponses de stress pouvant aller de l'hypersensibilisation à l'hypoactivation. Afin de

Kit repères « corps et trauma »

Deux axes semblent pertinents à retenir pour la pratique clinique auprès de patients présentant une symptomatologie traumatique ou ayant tendance à se déréguler émotionnellement de façon importante.

• **Monitorer l'état émotionnel du patient :**

– Cela peut se faire en utilisant la notion de fenêtre de tolérance pour situer où se trouve le patient au fil de la séance, mais également pour repérer notre propre niveau d'activation, puisque les systèmes nerveux communiquent entre eux : cette surveillance peut nous donner des informations en termes de « contre-transfert » sur l'état physiologique du patient et nous aider à nous réguler au fil de la séance.

– Ce monitoring constant nous aide à anticiper les sorties de fenêtre de tolérance (abréaction ou figement) qui sont éprouvantes pour le patient et difficiles à réguler pour le thérapeute. L'objectif premier reste d'éviter à tout prix la retraumatisation du patient, qui revient à lui faire expérimenter une séance éprouvante au point où il aurait le sentiment de vivre le traumatisme une nouvelle fois.

• **Réguler l'état émotionnel du patient :**

– Un patient qui « monte » dans sa fenêtre de tolérance, donc qui commence à être tendu, stressé, bouleversé, agressif... peut être régulé par l'engagement social : c'est l'effet classique des interventions d'écoute active ou de psychothérapie verbale, qui peut être parfois renforcé par le fait de prendre les mains, regarder dans les yeux, ou d'autres manières psychocorporelles d'offrir du réconfort (selon les populations cliniques, enfants, ados, adultes ou personnes âgées, différentes interventions seront adaptées).

– Au début d'un stade de figement, le patient exprime souvent qu'il a froid, des frissons, qu'il ressent de l'ennui, du vide, un état sub-dépressif, de la déréalisation/dépersonnalisation ou de l'anesthésie (corporelle ou émotionnelle). Encore faut-il, pour qu'il nous le dise, que nous observions son corps et pensions à lui poser la question ! La plupart du temps, l'engourdissement du patient l'empêche de remarquer spontanément son état et de nous le signaler si nous n'attirons pas activement son attention dessus. Dans ce cas, des propositions de mise en mouvement peuvent l'aider car elles favorisent l'ancrage dans le présent (le passé traumatique est terminé) et l'activation du système sympathique. Il peut s'agir de marcher, exercer une pression contre un mur, malaxer un torchon, pousser sur ses accoudoirs, s'étirer, s'échanger une petite boule de papier... En complément, une activation de l'engagement sociale peut bien sûr être aidante : proposer au patient qui nous a quittés des yeux de nous regarder à nouveau, si possible lui communiquer notre soutien, lui rappeler qu'il est en sécurité aujourd'hui par rapport à l'événement traumatique évoqué (si une telle évocation en entretien a été le déclencheur du début de figement)...

– Il peut également être très aidant d'amener le patient à se remémorer la fin de l'événement traumatique, ou quelque chose qui s'est passé juste après/peu de temps après, ou encore, si l'événement remonte à plusieurs années, à se remémorer le premier souvenir qu'il peut avoir datant d'après l'événement, même s'il est arrivé plusieurs mois plus tard. En effet, comme la mémoire traumatique n'a, en quelque sorte, « pas la notion du temps qui a passé », les patients ne racontent généralement pas comment l'événement traumatique s'est terminé et comment les choses se sont passées dans les jours ou semaines qui ont suivi. Or, cette évocation est souvent très aidante.

ne pas « retraumatiser » le patient, il est capital d'anticiper ces sorties de la fenêtre de tolérance et de monitorer l'intensité de son état émotionnel. Pour ce faire, la théorie polyvagale est très utile.

En cas d'activation sympathique dominante (sortie de la fenêtre de tolérance par le haut, par exemple si le patient commence à abrégir, être débordé d'angoisse, de colère ou de chagrin), nous allons relancer autant que possible l'engagement relationnel avec le thérapeute et l'ancrage dans le présent : nous pouvons proposer au patient de nous regarder régulièrement plutôt que « décrocher » le regard, comme c'est souvent le cas dans les moments de revécus traumatiques, le soutenir, l'appeler par son prénom, lui dire que c'est fini et que nous sommes là avec lui, qu'il n'est

plus seul... , tout en poursuivant la lecture rapide de sa chronologie, qui contribue à lui donner la sensation du temps passé et donc à l'apaiser.

En cas d'hypoactivation (nerf vague dorsal), nous pouvons nous appuyer sur l'activation du système sympathique et aussi, si possible, sur le système d'engagement social (nerf vague ventral). Par exemple, nous pouvons suggérer au patient qui se sent anesthésié, vide, dans l'ennui ou encore déréalisé, de se mettre debout, de marcher, de pousser contre un mur, de s'étirer, de sauter sur place... toutes propositions qui vont permettre d'augmenter l'activation du système sympathique. Il est aussi possible d'utiliser, en complément, les stratégies d'engagement social citées ci-dessus.

Ces stratégies favorisent le maintien du patient dans sa fenêtre de tolérance, ce qui est indispensable afin de ne pas le retraumatiser et de permettre à son système nerveux de faire l'expérience que le souvenir traumatique n'est plus une menace au présent et qu'il ne s'agit « que » d'un souvenir.

Au cours des séances de *Lifespan Integration*, la répétition de la Ligne du temps est donc utilisée pour « relancer » la sensation du temps écoulé, pendant que le thérapeute monitorise l'état émotionnel du patient et lui propose, si besoin et en complément, de brefs exercices corporels favorisant la régulation de son système nerveux.

CLARA : « DÉPASSER CET ACCIDENT »

Depuis son accident de ski, 5 ans auparavant, Clara, 25 ans, n'a plus osé reprendre ce loisir, qu'elle aimait tant. Elle fait parfois des cauchemars de l'accident et évite d'y penser. Elle consulte pour traiter ce traumatisme, car elle aimerait beaucoup refaire du ski mais elle n'y parvient pas seule, l'idée de chausser à nouveau des skis ou même de retourner à la montagne l'hiver suscitant de trop fortes angoisses.

Clara dresse une liste d'événements commençant juste après l'accident de ski et allant jusqu'à aujourd'hui, dans l'ordre chronologique, formulés chacun en quelques mots. D'emblée je remarque que cette liste débute plusieurs semaines après l'événement, et qu'il semble manquer certains faits juste après.

Nous commençons les répétitions de la Ligne du temps et Clara, très stressée en début de séance, se calme peu à peu. Elle s'active à nouveau lorsqu'il s'agit de me raconter l'accident dans ses grandes lignes : je lui rappelle que je suis là avec elle, que cet événement est terminé depuis plusieurs années et que nous allons le montrer à son système

nerveux. Comme elle s'est mise à baisser les yeux lors de son récit, je lui propose de me regarder si elle le peut, ce qu'elle fait. Clara s'apaise, ce qui se maintient au cours des répétitions suivantes de la Ligne du temps.

À un moment donné, Clara complète son récit : elle s'aperçoit qu'elle a omis de noter des faits survenus dans les suites de l'accident, notamment deux opérations douloureuses de l'épaule subies peu de temps après. Clara constate soudain qu'elle ne ressent plus d'émotions : je l'invite à se mettre debout afin que nous marchions ensemble, pendant que je lui lis la suite de l'histoire jusqu'à aujourd'hui. Les émotions reviennent puis s'apaisent, nous nous rasons. Au fil des répétitions, Clara complète son récit des semaines juste après l'événement : la rééducation, les rendez-vous avec la médecine du travail, puis la reprise du travail et le début du yoga pour développer plus de mobilité en complément des séances de kinésithérapie. Évoquer ces différentes étapes semble l'apaiser, je complète sa Ligne du temps et poursuis les répétitions jusqu'à ce qu'elle se sente complètement calme lors du récit de son accident de ski. La séance a duré 1 h 15.

CONCLUSION

La théorie polyvagale fait l'objet d'un engouement croissant, notamment de la part des cliniciens exerçant dans le domaine du psychotrauma, du fait de l'aide clinique apportée à la régulation des émotions des patients au cours des séances d'accompagnement. L'étude du nerf vague n'en est cependant qu'à ses débuts et bien des éléments théoriques sous-jacents nécessitent d'être mieux compris et démontrés. Quoiqu'il en soit, cette théorie a le mérite de ramener le corps et le système nerveux autonome au cœur de l'observation clinique dans

le soin du traumatisme psychique et des troubles dissociatifs, et de proposer un modèle intéressant et pragmatique d'intervention.

1 – *Trauma and the nervous system : a polyvagal perspective.*
Vidéo sur la théorie polyvagale traduite par Quantum Way :
https://www.youtube.com/watch?v=HVVpa_-pLkE

BIBLIOGRAPHIE

- Lanius, U. F. (2014). *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation : Towards an Embodied Self (1st edition)*. Springer Publishing Company.
- Ogden, P., Pain, C., Minton, K., Siegel, D. J., et Kolk, B. van der. (2006). *Trauma and the Body : A Sensorimotor Approach to Psychotherapy (Illustrated édition)*. W. W. Norton et Company.
- Pace, P. (2014). *Pratiquer l'ICV*. Dunod.
- Porges, S. W. (2021). *La théorie polyvagale*. EDP Sciences.
- Porges, S. W. (2022). *Théorie polyvagale et sentiment de sécurité*. EDP Sciences.
- Porges, S. W., et Dana, D. (2022). *Applications cliniques de la théorie polyvagale*. Satas.
- Rajan, G., Wachter, C., Lee, S., Wändell, P., Philips, B., Wahlström, L., Svedin, C. G., et Carlsson, A. C. (2020). *À one-session treatment of PTSD after single sexual assault trauma. A pilot study of the WONSA MLI project : A randomized controlled trial*. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-22.
- Rejil, S., Smith, J., Dubourg, M., et Untas, A. (2020). *Psychotherapy through lifespan integration : How do therapists describe the feeling of integration?* *European Journal of Trauma et Dissociation*, 4 (3), 100162. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100162>
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind. How Relationships and the Brain interact to Shape Who We Are*. The Guilford Press.
- Smith, J. (2017). *Applications cliniques de l'ICV*. Dunod.
- Smith, J. (2021a). *Le Grand Livre des 1000 premiers jours de vie*. Dunod.
- Smith, J. (2021b). *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. Dunod.
- Van der Kolk, B. (2015). *Le corps n'oublie rien*. Albin Michel.

Résumé : Le corps est central dans le trauma : le corps traumatisé pleure, il se fige, il « abrégait », il agresse. Grâce à l'éclairage de la théorie polyvagale de Porges (2011), l'auteur décrit comment mobiliser le corps afin de contrer les effets du traumatisme psychique (tentatives de fuite, de combat, de figement), notamment à l'aide de brefs exercices psycho-corporels. La thérapie Lifespan Integration, aussi connue sous l'appellation ICV (Intégration du Cycle de la Vie), illustre comment la théorie polyvagale peut être employée afin de favoriser la régulation des émotions dans le cadre de la psychothérapie du trauma.

Mots-clés : Cas clinique – Corps – Prise en charge – Psychothérapie – Régulation des émotions – Relation thérapeutique – Reviviscence – Syndrome post traumatique – Système nerveux périphérique – Thérapie par intégration du cycle de la vie – Tolérance – Traumatisme psychique – Vécu.