

L'ART-THÉRAPIE SOMATIQUE : RATIONNEL D'INTERVENTION ET MÉTHODES POUR AIDER À GUÉRIR LA DOULEUR CHRONIQUE LIÉE AUX ÉTATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

SOMATIC ART THERAPY : RATIONAL AND METHODS FOR THE TREATMENT OF CHRONIC PAIN ASSOCIATED WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Johanne Hamel¹

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

INTRODUCTION

L'approche « art-thérapie somatique » exposée ici découle d'une expérience en art-thérapie de plus de 25 ans. Le terme « *art-thérapie somatique* » rassemble les interventions et outils thérapeutiques développés particulièrement depuis 1995 dans la suite d'un intérêt de l'auteur pour appliquer l'art-thérapie au traitement de la douleur et des maladies. Ces outils ont été expérimentés principalement dans le contexte d'un atelier intensif de six jours sur le thème de l'« Art comme médecine », dispensé depuis 1993, et en pratique privée, en sessions individuelles d'art-thérapie. L'approche de l'art-thérapie somatique permet de saisir efficacement la signification psychologique associée aux douleurs physiques, de parvenir à les diminuer et même parfois, à les enrayer définitivement. C'est donc avec enthousiasme que l'auteur présente ici cette nouvelle avenue de développement en art-thérapie.

DÉFINITION DE L'ART-THÉRAPIE SOMATIQUE

L'approche « art-thérapie somatique » (Hamel, 2007) exposée ici est inspirée d'une approche humaniste de l'art-thérapie d'influence gestaltiste et jungienne, plus spécifiquement l'approche par le processus.

Rinfret (2000) définit le *soma* de la façon suivante, en le distinguant du *corps* :

Corps réfère à cette réalité physique de l'humain telle qu'elle est perçue par une personne extérieure, alors que le mot *soma* représente cette même réalité physique telle qu'elle est vécue de l'intérieur de la personne. (Rinfret, 2000, p. 44)

Le *soma* correspond donc à la réalité intérieure ressentie subjectivement, appréhendée phénoménologiquement. La définition de *l'art-thérapie somatique* est la suivante : méthode qui propose l'accès au *soma* par la représentation en deux ou trois dimensions (dessin, peinture,

1. Adresse de correspondance : Unité d'enseignement et de recherche en sciences du développement humain et social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Téléphone : (819) 822-1217. Courriel : Johanne.Hamel@uqat.ca

argile...) de la sensation physique ressentie subjectivement. Cet accès facilite la prise de conscience d'états émotifs intenses logés dans la sensation, en permet la catharsis et facilite la communication de ces expériences.

Cette méthode a beaucoup d'affinités avec la méthode du *Somatic experiencing* de Levine (1997) qui utilise le ressenti (*felt sense*) pour accéder à une mémoire traumatique, en se concentrant volontairement sur les subtilités de la sensation somatique. Cela rejoint exactement la méthode de l'art-thérapie somatique, car dessiner la sensation physique demande de s'y attarder dans ses moindres manifestations proprioceptives. Par le dessin, le patient accède à la mémoire procédurale somatique, un terme proposé par Scaer (2001) pour désigner la mémoire traumatique emmagasinée dans le système limbique, lui-même impliqué dans la perpétuité de certaines réactions traumatiques.

Les limites de l'art-thérapie somatique

L'art-thérapie somatique fonctionne à court terme (quelques rencontres) lorsque l'on travaille sur des douleurs spécifiques, situées dans des régions corporelles délimitées. Quant les douleurs sont diffuses, comme dans la fibromyalgie ou la fatigue chronique, il faut alors penser davantage à un cheminement art-psychothérapeutique à long terme en plus d'autres types d'interventions telles que des changements sur le plan de l'alimentation, des exercices physiques réguliers, etc.

Dans certains cas de douleurs chroniques, l'intervention en est une qui demande du long terme¹. Pour ce qui est des maladies, nous aurions besoin d'encore plus de recherches pour mieux saisir quel pourrait être l'apport de l'art-thérapie somatique dans leur traitement, outre l'intervention sur les sensations douloureuses comme telles.

DOULEUR AIGUË, DOULEUR CHRONIQUE : DISTINCTIONS

Il existe différents types de douleurs. La douleur aiguë est définie comme une douleur brève, qui dure moins de six mois et qui constitue une réaction prévisible à une blessure ou à une maladie. Son intensité est également du domaine du prévisible (Camic, 1999). Quant à la douleur chronique, l'Association internationale pour l'étude de la douleur la définit comme « une sensation déplaisante et une expérience émotionnelle associées à un dommage physique actuel ou potentiel, ou décrit en termes d'un tel dommage... excédant un critère de six mois » (IASP, 1979, cité dans Camic, 1999, p. 43). Il peut s'agir aussi d'une douleur qui dure depuis peu, mais dont l'intensité dépasse ce à quoi l'on s'attend généralement

1. Voir, par exemple, dans Hamel (2007), le chapitre 10 sur le cas de dyspareunie acquise.

pour telle blessure ou telle maladie. La douleur chronique peut être continue ou intermittente.

Des chercheurs ont trouvé qu'il n'y avait aucune explication médicale adéquate dans la plupart des cas de douleur chronique; selon les études, les pourcentages rapportés varient grandement et peuvent aller jusqu'à 85 % des cas où l'on ne peut expliquer la douleur d'un point de vue médical (Seyo *et al.*, 1991, cité dans Grant & Threlfo, 2002).

LA DOULEUR CHRONIQUE DANS LES ÉTATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

La douleur chronique est l'un des fréquents problèmes de santé associés aux états de stress post-traumatiques (ÉSPT). En effet, il semble de plus en plus clair que des antécédents d'abus physiques ou sexuels, ou de tout autre trauma, constituent un facteur de risque de somatisation et de troubles douloureux tels que la fibromyalgie, la douleur pelvienne, le syndrome de l'intestin irritable, etc. (Verrier, 2003).

La pratique clinique et la recherche suggèrent donc que la douleur chronique et les ÉSPT sont comorbides à un taux très élevé et ils peuvent même interagir de façon à influencer négativement le cours de l'un ou de l'autre. Cependant, relativement peu de recherches ont été menées sur ce sujet à ce jour (Otis, Keane, & Kerns, 2003). De même, peu de traitements spécifiques de la sensation de douleur elle-même semblent exister dans le cadre du travail sur l'ÉSPT. Mais définissons plus précisément d'abord ce qu'est l'état de stress post-traumatique.

DÉFINITION DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ÉSPT)

Le DSM IV définit ainsi l'état de stress post-traumatique :

Une victime a été exposée à un événement traumatique au cours duquel elle a vécu, été témoin ou été confrontée à un ou des événements qui ont *impliqué la mort ou une menace de mort*, ou de blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui et elle a réagi par de la *peur intense, un sentiment d'impuissance ou de l'horreur*. (APA, 1996, p. 503)

Trois types de symptômes spécifiques doivent être présents pour que le diagnostic d'ÉSPT soit posé. On doit constater des symptômes de *reviviscence du traumatisme* (souvenirs envahissants, cauchemars, etc.), la tendance à *l'évitement* de toute pensée, sentiment ou conversation associée au traumatisme, ainsi qu'à toute activité, endroit ou gens le rappelant et finalement, une *activation neuro-végétative* (difficultés

d'endormissement ou sommeil interrompu, irritabilité, difficultés de concentration, hyper-vigilance, etc.).

On peut développer un état de stress post-traumatique à la suite d'événements traumatisants tels que l'exposition à la violence (comme le combat militaire, un vol de banque, un acte terroriste, des abus sexuels ou physiques...), un accident d'auto, une opération médicale, un désordre de la nature (ouragan, tsunami...), pour n'en citer que quelques-uns, ou avoir été témoin de tels incidents. Cependant, ce ne sont pas toutes les victimes ou tous les témoins de tels incidents qui développent un ÉSPT : 25 à 35 % des victimes sont susceptibles de développer un ÉSPT. Dans la population générale, 7 à 10 % des personnes souffrent d'un ÉSPT (Brillon, 2005).

LES PROCESSUS DISSOCIATIFS DANS LES ÉTATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Pour Levine (1997), van der Kolk (1996) et Scaer (2001), la dissociation est au cœur de l'ÉSPT et en explique la chronicité. J'aborderai ici les perspectives théoriques de Levine (1997) sur la dissociation somatique et son modèle SIBAM, celles de van der Kolk (1996) sur la mémoire somatique et celles de Scaer (2001) sur la mémoire procédurale. Ces concepts sont importants pour mettre en lumière en quoi l'art-thérapie somatique peut être efficace dans le traitement de la douleur chronique dans le contexte des ÉSPT.

Les théories de Levine : la dissociation somatique

L'approche de *l'experiencing somatique* de Levine (1997) a été utilisée avec succès pour traiter la douleur chronique et entre autres, la douleur myofasciale. La douleur myofasciale se reconnaît par des zones sensibles dans les muscles avec des points douloureux très spécifiques. Elle survient souvent à la suite d'un choc physique comme un accident d'automobile.

Levine et Scaer utilisent le ressenti pour accéder à la réponse traumatique. Scaer définit ce ressenti comme « la somme totale de toutes les sensations provenant de tous les organes sensoriels, à la fois conscientes et subliminales, à n'importe quel moment donné »¹ (Scaer, 2001, p. 170). Ce ressenti devient accessible si on se concentre volontairement sur les subtilités de la sensation somatique, tout comme en art-thérapie somatique.

Levine pense que quand les gens sont incapables de se défendre lors d'un trauma ou de prévenir un accident, les actions défensives inachevées deviennent bloquées et emmagasinées en tant qu'énergie non déchargée

1. Traduction libre de l'auteur.

dans le système nerveux. Pour Levine, le trauma est essentiellement une action interrompue que l'organisme a besoin de compléter.

Il a développé un modèle très utile: le modèle SIBAM de la dissociation. SIBAM est un acronyme pour : Sensation, Image, Comportement (Behavior), Émotion (Affect) et Signification (Meaning). Levine postule que ces éléments sont dissociés lors d'expériences traumatiques, donnant lieu à différentes formes de dissociation alors que d'autres éléments sont associés, donnant lieu à des formes différentes de reviviscence (*flashbacks*). Par exemple, lors d'attaque de panique et d'anxiété, il y a association de l'affect (panique, anxiété) avec la sensation (sensations physiques dérangeantes) et dissociation avec l'image, le comportement et la signification : il est difficile ou impossible d'identifier ce que la personne a entendu ou vu qui a pu provoquer l'anxiété (image), ce qu'elle a besoin de faire pour réduire l'anxiété (comportement), de même qu'il est difficile de comprendre d'où cette peur provient réellement (signification) (Rothschild, 2000).

Le modèle SIBAM permet d'identifier les éléments qui sont associés et ceux qui sont dissociés, pour ensuite aider à la réintégration graduelle dans la conscience des éléments oubliés. L'image étant un de ceux-ci, nous pouvons l'utiliser en art-thérapie somatique pour aider à retrouver les éléments manquants, car selon notre expérience clinique comme selon les constatations de Levine (1997), de Scaer (2001) et de Rothschild (2000), *l'attention portée à un des éléments du modèle donne accès aux autres.*

Les théories de van der Kolk : la mémoire somatique et les limites du verbal

Bessel van der Kolk (1994) explique comment le trauma désorganise le système hormonal de gestion du stress, de même que l'ensemble du système nerveux et empêche l'intégration des mémoires traumatiques dans le conscient. Il explique les processus physiologiques complexes par lesquels les mémoires traumatiques restent marquées dans les régions non verbales, inconscientes, subcorticales du cerveau (l'amygdale, le thalamus, l'hypothalamus, soit ce que les art-thérapeutes désignent comme le cerveau droit), là où elles ne sont pas accessibles aux lobes frontaux, c'est-à-dire aux parties du cerveau qui comprennent, pensent, raisonnent (ce que les art-thérapeutes identifient comme le cerveau gauche). Carey (2006) rapporte que van der Kolk explique comment les neuro-images par *scan* ont montré que quand les gens se souviennent d'un événement traumatique, le cortex frontal gauche arrête de fonctionner – en particulier l'aire de Broca, le centre du discours et du langage. Par contraste, les zones de l'hémisphère droit associées aux états émotifs et à l'éveil autonome, dont l'amygdale, s'activent. Donc, quand les gens se rappellent d'événements traumatiques, le lobe frontal devient

dysfonctionnel et en conséquence, ils ont de la difficulté à penser et à parler.

Pour van der Kolk (1994, 1996), c'est le corps qui contrôle notre réponse aux traumatismes plutôt que notre esprit, et cela demande que les thérapeutes s'adressent également au corps pour le traitement des traumatismes. L'importance qu'il accorde au corps découle de sa croyance en une mémoire somatique : la mémoire du trauma dans les processus contrôlés par l'amygdale. Le thérapeute doit donc porter attention aux sentiments, aux sensations et aux impulsions physiques intérieures pour aider le patient à s'approprier de nouveau à ses ressentis et à pouvoir se fier à son expérience intérieure (van der Kolk, 1994, cité dans Sykes Wylie, 2004).

Les théories de Scaer : la mémoire procédurale

Scaer (2001) croit que la douleur myofasciale provient de la « mémoire procédurale » des patterns de tension musculaire régionale au moment d'un impact (lors d'un accident) ou d'un trauma menaçant la vie de l'individu.

Dans notre programme de douleur chronique, nous voyons invariablement que la posture inconsciente des patients reflète non seulement leur douleur, mais aussi l'événement traumatique qui a produit la douleur. Les patterns posturaux asymétriques, retenus par la mémoire procédurale, reflètent presque toujours la tentative du corps de s'éloigner de la blessure ou de la menace qui a causé la blessure¹. (Scaer, 2001, p. 106)

Scaer a travaillé avec de nombreuses victimes d'accidents d'automobile et a étudié les douleurs non explicables et les nombreux symptômes du coup de fouet cervical (*whiplash*). Il considère le syndrome du *whiplash* comme « ne provenant d'aucune blessure structurelle à la colonne vertébrale, à la mâchoire ou au cerveau, mais plutôt comme le résultat d'un trauma »² (Scaer, 2001, p. 33).

Pour Scaer, les symptômes de l'ÉSPT s'expliquent par une boucle de feedback neurologique auto-répétitive, processus qui est prédisposé par la réponse figée (« *freeze response* »). Les déclencheurs de ce processus sont liés aux mémoires du trauma, qui, elles-mêmes, sont liées aux organes sensoriels impliqués dans l'expérience traumatique; toute stimulation pertinente amène des boucles répétitives dans les symptômes somatiques représentatifs de l'expérience sensorielle intense au moment du trauma. Par exemple, la distribution spécifique des muscles impliqués dans la douleur myofasciale sera celle des muscles contractés en réponse

1. Traduction libre de l'auteur.

2. Traduction libre de l'auteur.

au changement de vitesse lors de l'accident; ceux-ci se contractent à nouveau lorsque survient une mémoire liée au trauma.

Il est possible en art-thérapie somatique, par la représentation picturale de la sensation physique dans la partie du corps perturbée, d'accéder directement à la mémoire procédurale et au sentiment intense de menace qui peut alors se libérer. Cette libération permet un relâchement de la tension liée à la mémoire procédurale somatique : le corps peut enfin se relaxer.

LES NEUROSCIENCES ET L'ART-THÉRAPIE

Les théories précédentes sur la dissociation et les succès que ces thérapeutes ont remportés dans le traitement des traumatismes peuvent être examinés et compris dans le contexte des découvertes récentes en neurosciences.

Ledoux (2005) considère que le même système cérébral est en cause dans l'anxiété généralisée, l'anxiété spécifique (c.-à-d. les phobies), les ÉSPT et les paniques. Pour lui, tous ces troubles supposent l'activation d'une même réponse sous-jacente d'anxiété. Il est maintenant considéré comme très plausible que le conditionnement de la peur contribue significativement aux troubles de l'anxiété, entre autres à cause des découvertes sur les différents types de mémoire. Ces découvertes impliquent que lors d'une situation traumatique, deux types de souvenirs se forment : des souvenirs explicites conscients, par le système neurologique impliquant l'hippocampe et les aires corticales associées et des souvenirs implicites, par les mécanismes de conditionnement de la peur impliquant l'amygdale. Nous ne pouvons pas avoir accès aux souvenirs implicites, sauf à certaines conditions en psychothérapie.

Comme ces systèmes fonctionnent de façon parallèle, retrouver les souvenirs auxquels se rattachent les émotions n'est pas nécessairement suffisant pour assurer que le cortex contrôle la réponse de l'amygdale. Il semble qu'il faille réexpérimenter la situation traumatique et en compléter les gestes de défense pour que la réintégration en mémoire explicite des souvenirs et des émotions qui leur sont liés puisse se faire (Van der Kolk, 1994; Scaer, 2001). Ces souvenirs et peurs implicites peuvent devenir une source d'anxiété intense qui dure toute la vie, tant que la réintégration avec les mémoires explicites n'a pas eu lieu. On peut facilement faire un lien ici avec les phobies, les paniques, l'anxiété généralisée autant qu'avec les ÉSPT.

D'après notre expérience en art-thérapie et selon Lusebrink et Alto (2004), il semblerait que l'art-thérapie, par la stimulation des aires

somatosensorielles et/ou visuelles en même temps que la stimulation des aires motrices, permette de tracer un chemin vers les mémoires implicites en les réveillant. Le fait de pouvoir stimuler les deux en même temps est propre à l'art-thérapie et cela nous semble être son apport spécifique : car dessiner ou peindre implique nécessairement à la fois une stimulation visuelle et un mouvement moteur. Dans un premier temps, le dessin permet de saisir quel chemin implicite s'est tracé dans le cerveau, car ce chemin apparaît très facilement quand la main trace quelque chose sur le papier. Ensuite, des mémoires explicites sont également ramenées à la conscience. Toutes ces informations sont alors présentes en mémoire de travail (c.-à-d. le conscient) et permettent une réintégration des expériences oubliées. Ceci fait, on peut procéder à l'établissement de nouveaux chemins neuronaux en demandant de représenter sur papier une autre issue, ou de dessiner un lieu sécuritaire dans l'intervention en ÉSPT par exemple. En d'autres mots, il y a formation d'une nouvelle mémoire consciente déclarative à long terme. Ceci est extrêmement important lorsqu'il y a ÉSPT alors que l'on peut penser que la dissociation amenée par le choc émotionnel cause la plupart des symptômes. La réintégration des mémoires implicite et explicite semble avoir des effets contraires aux effets de la dissociation. Et il semble bien que ce soit le fait de stimuler en même temps les aires somatosensorielles et motrices du cerveau qui permette ce processus en art-thérapie.

Pour Ledoux (2005), tous les types de thérapies, verbales, comportementales, par les arts créatifs ou autres, visent à tracer de nouveaux circuits neuronaux dans le cerveau; probablement que toutes les thérapies visent la réintégration des deux types de mémoire. Ce sont simplement les chemins pour y parvenir qui sont différents : du néo-cortex à la mémoire implicite (thérapie d'insight), par un déconditionnement des chemins neuronaux implicites (thérapies d'extinction) ou par le chemin des systèmes de perception sensorielle à la mémoire implicite puis au cortex frontal (thérapies par les arts créatifs dont l'art-thérapie). Et toutes visent à donner au cortex préfrontal plus de pouvoir sur l'amygdale, pour parvenir à l'apaiser lorsque nécessaire.

LES MÉTHODES D'INTERVENTION EN ART-THÉRAPIE SOMATIQUE

Il y a plusieurs méthodes utilisées en art-thérapie somatique; la plupart découlent de « l'approche par le processus » appliquée à un symptôme physique (Hamel, 2007). Nous expliquerons brièvement cette approche ainsi qu'une variante : « la guérison à pleines mains ».

L'approche par le processus pour aborder un symptôme physique

L'approche par le processus¹ sous-tend tous les principes et toutes les techniques de l'art-thérapie somatique qui explorent en profondeur un symptôme physique et sa signification. Il s'agit essentiellement d'ajouter la pré-image au processus thérapeutique, c.-à-d. d'explorer extensivement la ligne, la forme et la couleur telles que dessinées par le client, au moment où il se centre sur la sensation subjective de ce symptôme. Dessiner ces sensations en lignes, formes ou couleurs permet à ces indices graphiques de révéler leur « message existentiel », pour peu que l'on porte attention sérieusement à l'expérience subjective ainsi révélée. Finalement, l'approche par le processus peut s'utiliser soit lors d'une seule séance d'art-thérapie soit lors d'une intervention à long terme.

La méditation « à pleines mains »

Cette méthode a été enseignée par les art-thérapeutes américaines Rhinehart et Engelhorn (1984); elle ajoute l'application d'une couleur de guérison à la suite de l'exploration d'une sensation somatique par le processus. Il s'agit d'abord de dessiner une tension ou un malaise physique à l'aide de lignes, de formes ou de couleurs qui décrivent au plus près la *sensation somatique* telle que ressentie subjectivement. Il est important d'utiliser un médium sec (idéalement, des pastels à l'huile ou des crayons-feutres) qu'il sera possible de recouvrir par la suite d'un médium liquide. L'étape suivante consiste à « dialoguer » avec le malaise, par l'exploration plus en détail sur le papier des lignes, formes ou couleurs du premier dessin. Il s'agit de les reproduire sur plusieurs feuilles jusqu'à ce que le « sens » ou le « message » en devienne clair, à la façon de l'approche par le processus. Quand la signification psychologique de ce malaise est apparue clairement au client, on peut passer à l'application d'une « couleur de guérison ». La couleur de guérison est personnelle, c.-à-d. que ce doit être une couleur que le client lui-même ressent comme apaisante. Il peut être important de mélanger plusieurs couleurs pour obtenir exactement la bonne nuance. Une fois la couleur de guérison identifiée, il s'agit de l'appliquer sur le dessin de la tension, soit en le recouvrant de peinture à doigt « à pleines mains » ou en le recouvrant de gouache au pinceau, de papier de soie ou de ouate peinte avec la couleur de guérison. Ceci provoque un état méditatif propice à susciter d'autres *insights* sur la signification ou sur la guérison de cette douleur.

HISTOIRE DE CAS

Ma cliente « Louise », un nom fictif, est dans la trentaine. Elle a un bébé de huit mois et elle a emménagé depuis peu avec son conjoint dans

1. Voir entre autres : Duchastel (2006).

L'art-thérapie somatique

un nouvel environnement où elle se sent isolée. Durant son enfance et son adolescence, elle a pris soin de sa mère déprimée en restant souvent seule avec elle à la maison. Elle a perçu son père comme très peu présent. Elle demande une aide en art-thérapie parce qu'elle a constamment de la difficulté à respirer, ce qui interfère avec son rôle de mère et avec ses tâches quotidiennes et parce qu'elle se sent déprimée et isolée. La cliente a été rencontrée de façon hebdomadaire, pour des sessions d'art-thérapie d'une durée d'une heure et sur une période de six mois.

La séance qui est illustrée ici est la quinzième rencontre art-thérapeutique. La cliente veut travailler ici une douleur au dos et dans son épaule. La méthode utilisée est l'approche par le processus appliquée à un symptôme physique.

Après avoir dessiné le contour de son dos et de ses omoplates, elle dessine (Figure 1) la douleur, illustrée ici par les lignes et formes foncées (noires et rouges). Au centre de sa colonne vertébrale se trouve un espace carré qui représente un point sensible. Il est entouré de deux lignes noires qui sont comme des tiges de fer. Les formes ovales noires représentent pour elle des douleurs et de la rigidité et le bleu pâle, des larmes. Comme cet espace carré est ressenti comme le plus souffrant, je l'invite à l'explorer davantage dans le dessin 2 (Figure 2).

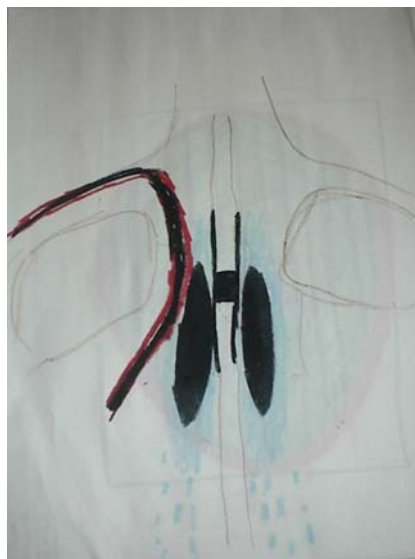


Figure 1. Dessin 1.



Figure 2. Dessin 2.

Elle dessine en plus gros l'espace carré central du premier dessin, comme pour voir ce qu'il y a dedans. Elle y voit une zone grillagée puis ajoute une zone verte zébrée de lignes noires. La zone grillagée du centre est comme une prison. Ce dessin lui fait contacter la peine de se sentir emprisonnée dans sa vie, de ne pas se sentir libre.

Invitée à explorer ce qui est emprisonné sous la grille du centre, elle découvre un personnage qui crie (Figure 3). Il crie tout ce qu'elle retient en elle-même, surtout depuis qu'elle est mère car elle a l'impression qu'elle ne peut plus avoir de désirs et de besoins, ceux de son enfant devant toujours passer en priorité.



Figure 3. Dessin 3.

Il y a donc émergence d'une polarité : d'une part, il y a en elle une personne qui ne se sent pas libre et qui a le goût de crier qu'elle n'est pas contente et d'autre part, il y a une autre partie d'elle qui priorise les besoins de son enfant. Nous travaillerons donc cette polarité lors des prochaines rencontres.

Cette rencontre a amené une diminution immédiate de la douleur. De plus, la cliente a remarqué que la douleur disparaît quand elle exprime ses besoins et/ou ses désaccords à son environnement social.

Commentaires de la thérapeute

Le processus implicite de la douleur dans le dos exprime ici la retenue de l'expression. Une fois la signification de la douleur comprise en session, celle-ci diminue immédiatement. L'intégration du processus implicite (douleur) avec le processus explicite (signification) augmente le pouvoir de la cliente sur son corps : elle remarquera par la suite qu'exprimer ses besoins ou désaccords tend à faire disparaître la douleur lorsqu'elle réapparaît. Cette douleur somatique était aussi reliée à sa difficulté à respirer, que nous avons travaillée directement six fois avant cette quinzième séance. Cette difficulté était elle aussi reliée à son expression trop contenue.

CONCLUSION : DÉVELOPPER LA RECHERCHE EN ART-THÉRAPIE SOMATIQUE

En art-thérapie somatique, beaucoup d'avenues de recherches sont possibles, mais nous nous contenterons d'en mentionner une qui me semble d'un intérêt particulier pour la douleur chronique : l'application du modèle SIBAM à l'art-thérapie. Ce modèle nous semble *a priori* très fructueux, car il rend compte de plusieurs constatations cliniques à l'effet que porter attention à l'un des éléments du modèle donne accès aux autres. Il serait intéressant d'étayer davantage « le pouvoir de l'image » qui donne accès aux éléments dissociés et aide ainsi à réintégrer les mémoires implicites aux mémoires explicites.

Les perceptions de van der Kolk (1998, cité dans Rothschild, 2000) et de van der Kolk appuient également une direction de recherche qui impliquerait le corps :

Utiliser le corps lui-même comme une ressource possible dans le traitement du traumatisme a rarement été exploré. La mémoire somatique a été reconnue comme phénomène (Van der Kolk, 1994) mais peu de stratégies et de théories scientifiquement supportées pour l'identifier et

l'utiliser dans le processus thérapeutique ont émergé¹ (van der Kolk, 1998, cité dans Rothschild, 2000).

L'art-thérapie somatique ouvre donc des perspectives nouvelles et intéressantes pour le travail sur le corps dans le traitement des ÉSPT et des douleurs chroniques.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV*. Paris : Masson.
- Brillon, P. (2005). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes*. Outremont : Québecor.
- Camic, P. (1999). Expanding treatment possibilities for chronic pain through the expressive arts. In C. Malchiodi (Éd.), *Medical art therapy with adults* (pp. 43). Philadelphie : Jessica Kingsley.
- Carey, L. (2006). *Expressive and creative arts methods for trauma survivors*. London et Philadelphie : Jessica Kingsley Publishers.
- Duchastel, A. (2006). *La voie de l'imaginaire. Le processus en art-thérapie*. Montréal : Québecor.
- Grant, M. et Threlfo, C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of clinical psychology, 58*(12), 1505-1520.
- Hamel, J. (2007). *L'art-thérapie somatique*. Montréal : Québecor.
- Ledoux, J. (2005). *Le cerveau des émotions : les mystérieux fondements de notre vie émotionnelle*. Paris : Odile Jacob.
- Levine, P. (1997). *Waking the tiger*. Berkeley CA : North Atlantic Press.
- Lusebrink, V. B., & Alto, P. (2004). Art therapy and the brain : An attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *Journal of the American Art Therapy Association, 21*(3), 125-135.
- Otis, J. D., Keane, T. M., & Kerns, R. D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 40*(5), 397-406.
- Rhinehart, L. et Engelhorn, P. (1984). The full rainbow-symbol of individuation. *The arts in psychotherapy, 11*, 37-43.
- Rinfret, M. (2000). Intégration des écoutes psychologiques et somatiques. *Revue québécoise de psychologie, 22*, 33-48.
- Rothschild, B. (2000). *Body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York et London : W.W. Norton & Compagny, inc.
- Scaer, R. C. (2001). *The body bears the burden. Trauma, Dissociation, and disease*. Binghamton: The Haworth Medical Press.
- Sykes Wylie, M. (2004). The limits of talk; Bessel van der Kolk wants to transform the treatment of trauma. *Psychotherapy Networker, 28*(1), 30-41.
- van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score. *Review of Psychiatry, 1*, 253-265.
- van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score : Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Éds), *Traumatic stress : The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). New York : Guilford Press.
- Verrier, P. (2003). Docteur, ce n'est pas dans ma tête, j'ai vraiment mal. *Le médecin du Québec, 38*(6), 53-60.

1. Traduction libre de l'auteur.

RÉSUMÉ

L'article présente l'approche de l'art-thérapie somatique, une méthode pour traiter les douleurs chroniques et aiguës, particulièrement dans le contexte des états de stress post-traumatique. L'auteur présente les théories sur la dissociation de Levine (1997), de van der Kolk (1996) et de Scaer (2001) avec lesquelles elle retrace les liens théoriques avec l'art-thérapie somatique. Les neurosciences permettent également de comprendre le rôle particulier de l'art-thérapie somatique dans le traitement des processus neurologiques implicites dans la douleur. Elle présente finalement deux méthodes utilisées en art-thérapie somatique ainsi qu'une brève histoire de cas. Les méthodes présentées sont l'approche par le processus appliquée à un symptôme physique et la « méditation à pleines mains » de Rhinehart et Engelhorn (1984).

MOTS CLÉS

art-thérapie somatique, douleur, état de stress post-traumatique, dissociation, neurosciences

ABSTRACT

This article introduces somatic art therapy, which aims at treating acute and chronic pain, especially in the context of post-traumatic stress disorder. The author presents Levine's (1997), van der Kolk's (1996) and Scaer's (2001) theories of dissociation which are part of the theoretical foundations of somatic art therapy. Recent discoveries in neurosciences are also helpful in understanding the particular role of somatic art therapy for treating implicit neurological processes in pain. The author describes two methods used in somatic art therapy as well as a brief case history. The methods presented are: art therapy process applied to a physical symptom and Rhinehart and Engelhorn's (1984) hands-on meditation method.

KEY WORDS

somatic art therapy, pain, post-traumatic stress disorder, dissociation, neurosciences
