

Armand Cabasson

# **Le krav maga thérapeutique**

Armand Cabasson

Le Krav maga  
thérapeutique

© Armand Cabasson, 2021

ISBN numérique : 979-10-262-9496-2

# Librinova”

Courriel : [contact@librinova.com](mailto:contact@librinova.com)

Internet : [www.librinova.com](http://www.librinova.com)

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l’auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

## **Le krav maga thérapeutique**

### **Utilité du krav maga pour renforcer la prise en charge d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)**

#### **Résumé :**

Le krav maga est un art martial de self-défense. Cet article étudie comment celui-ci peut venir consolider la prise en charge par Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) d'une personne présentant un TSPT consécutif à une agression. À la fin du protocole standardisé de prise en charge, il peut être pertinent de rajouter trois séances de « krav maga thérapeutique ».

Le krav maga, employé dans un but thérapeutique, utilise les techniques d'activation comportementale et d'exposition émotionnelle. Il va aussi aider au traitement de la mémoire traumatique à partir de stimulations sensorielles et corporelles (voie ascendante ou *bottom-up processing*). Il va permettre au sujet d'achever les gestes de défense et de fuite entamés lors de l'agression. Il permet de construire une « répétition gagnante » qui aurait permis de vaincre l'agresseur et de fuir, afin que ce nouveau souvenir (celui des séances de krav maga thérapeutique) puisse entrer en compétition avec le souvenir du trauma. Enfin, cette approche vise à aider le patient à modifier favorablement ses représentations mentales de lui-même (sentiment d'efficacité personnelle, restauration narcissique).

Le krav maga thérapeutique permet ainsi au défenseur (le patient) de construire une solution à plusieurs niveaux : corporel, comportemental, émotionnel et cognitif. Il vise à enrayer le cycle des répétitions traumatiques (souvenirs, flash-back, cauchemars...) par un réaménagement de la façon dont le cerveau du sujet va traiter les stimuli sollicitant la mémoire traumatique.

#### **L'auteur :**

Armand Cabasson est médecin psychiatre. Depuis plus de 25 ans, il intervient auprès de personnes ayant été touchées par la violence. Il pratique les arts martiaux depuis plusieurs années.

## **1) L'enjeu : la souffrance des personnes ayant été agressées, le cas du TSPT**

Le traumatisme psychique est un choc psychologique violent dépassant les capacités d'adaptation du sujet (Birmes et al., 2017).

Les conséquences psychologiques après une agression sont fréquentes. Parmi ces conséquences, le TSPT (Trouble de Stress Post-Traumatique) est l'un des plus caractéristiques. Un TSPT survient chez 9 à 20 % des personnes exposées à un traumatisme (statistiques tirées des travaux signalés par le DSM-5). Ce chiffre peut monter bien plus haut, par exemple à 31 % chez les personnes ayant été directement menacées lors des attentats terroristes de janvier 2015 en France (Vandentorren et al., 2018), et à 54 % chez les personnes directement menacées lors des attentats du 13 novembre 2015 (Santé Publique France, 2016).

Au plan clinique et diagnostique, parmi les symptômes cités par le DSM-5, je vais souligner le syndrome d'intrusion (ou syndrome de répétition) qui est caractéristique du TSPT :

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'évènement traumatique, ceci provoquant un sentiment de détresse
- Rêves répétitifs dont le contenu et/ou l'affect est lié au traumatisme
- Réactions dissociatives (flash-back, reviviscences...)
- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant l'un des aspects du traumatisme
- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes ressemblant à l'un des aspects du traumatisme

(American Psychiatric Association, 2015)

Plusieurs approches thérapeutiques visent à aider les personnes présentant un TSPT. Cependant, une partie seulement des patients pris en charges guérit du TSPT (« guérir » au sens de la disparition des symptômes causant une souffrance). Une autre partie continue à souffrir de symptômes, mais ceux-ci sont moins nombreux et/ou moins fréquents et/ou moins intenses (succès partiel de la prise en charge). Un pourcentage élevé de personnes va malheureusement être confronté à un échec de la prise en charge.

L'une des prises en charge thérapeutiques du TSPT ayant fait la preuve de son efficacité est la Thérapie Cognitivo-Comportementale (grade A : efficacité prouvée) (INSERM, 2004). Cette prise en charge se déroule classiquement sur 20 séances (10 à 20 séances de 60 à 90 minutes, sur un rythme d'une à deux fois par semaine) et suit un protocole précis (Fontaine, 2006 ; Cottraux, 2020).

L'objectif du krav maga thérapeutique est de venir s'ajouter à la fin du protocole classique d'une prise en charge TCC d'un TSPT, ceci dans le but de renforcer l'efficacité de cette prise en charge.

## **2) Qu'est-ce que le krav maga ? Qu'est-ce que le krav maga thérapeutique ?**

### **2.1) Le krav maga**

Le krav maga est un art martial de self-défense.

Trois de ses caractéristiques principales présentent à mes yeux un fort potentiel thérapeutique :

— Son extrême pragmatisme. Son but est de mettre hors de combat un agresseur le plus vite possible, de la manière la plus simple et la plus efficace possible.

— Ses mises en situation réalistes. Les cours mettent en scène des scénarios d'agression dans lesquels l'agresseur utilise parfois des armes factices (couteau, bâton, pistolet...).

— Ses gestes de défense et de riposte ont été élaborés à partir des gestes réflexes que met en œuvre une personne victime d'une agression. L'un des avantages de ce choix est que les élèves peuvent apprendre assez vite cet art martial (puisque'ils ne partent pas « de rien » mais de gestes réflexes qu'ils possèdent déjà et qu'ils vont modifier pour en accroître l'efficacité). Ce point précis sera ré-abordé dans le paragraphe « Achever avec succès les gestes esquissés, les actions inachevées... »

### **2.2) Le krav maga thérapeutique**

J'appelle « krav maga thérapeutique » l'utilisation du krav maga lorsque les deux conditions suivantes sont respectées :

— Le krav maga thérapeutique est mis en œuvre à la fin d'un protocole TCC de prise en charge d'un TSPT. Ce protocole TCC a été mené par un psychothérapeute (médecin psychiatre ou psychologue). Le krav maga thérapeutique va être ajouté et articulé à ce protocole dans le but de renforcer l'efficacité de l'approche classique.

— Le krav maga thérapeutique suit un protocole précis (cf. ci-dessous).

Ces deux conditions sont incontournables.

Au lieu du krav maga, d'autres arts martiaux peuvent être utilisés. Mais les

trois caractéristiques soulignées ci-dessus font que le krav maga convient de manière idéale à cette approche thérapeutique.



### **3) Le protocole du krav maga thérapeutique**

Ce protocole se déroule sur trois séances et une période de consolidation. Il est mené par le psychothérapeute qui a mis en œuvre le suivi thérapeutique.

#### **3.1) La première séance :**

Cette séance a lieu dans le bureau du psychothérapeute.

Celle-ci a pour objectif de préparer la deuxième séance (qui sera la séance de krav maga thérapeutique au sens strict). Les points à aborder sont listés ci-dessous.

##### **— 1) Réaliser une exposition émotionnelle en imagination**

Celle-ci a pour but de préparer la séance suivante. Le sujet commence à se préparer psychologiquement à la reconstitution du début de l'agression avec la construction d'un scénario alternatif, celui de la répétition gagnante. Ce temps de préparation est donc une exposition émotionnelle en imagination. Cette exposition est gérée par le sujet en utilisant les techniques apprises durant son suivi TCC : méditation pleine conscience ou relaxation, ancrage dans le moment présent, défusion, verbalisation...

##### **— 2) Choisir le point de divergence**

J'appelle « point de divergence » le moment où le scénario de la reconstitution du début de l'agression (durant la 2<sup>e</sup> séance de krav maga thérapeutique, à venir) va diverger d'avec la réalité. Le psychothérapeute et le sujet réfléchissent ensemble au choix de ce point de divergence. Il existe quatre possibilités :

##### **— Partir du point de répétition**

Assez souvent, le syndrome de répétition a tendance à se répéter à partir d'un moment précis de l'agression : le premier contact physique avec l'agresseur, le premier coup (qui détruit l'espoir de pouvoir encore échapper à l'attaque), le bruit d'un vêtement qui est déchiré, la voix de l'agresseur qui donne un ordre ou menace... Je vais appeler ce moment « point de répétition ».

Dans ce cas de figure, chaque répétition a tendance à renforcer ce point de répétition et ce mécanisme auto-aggravant entraîne un véritable cercle vicieux,

d'où l'intérêt de construire un point de divergence à partir de ce moment précis.

Néanmoins, il se peut qu'il n'y ait pas de point de répétition : certains sujets ont plutôt un syndrome de répétition qui semble être déclenché par « tout et n'importe quoi » ou même sans raison apparente.

Il se peut aussi que le point de répétition soit trop éprouvant pour le sujet (pur moment d'horreur), auquel cas on peut se reporter aux autres propositions ci-dessous.

#### — **Partir d'un *hot spot***

Un « *hot spot* » (un « point brûlant ») correspond au souvenir détaillé d'un moment précis, associé à un pic de détresse émotionnelle, durant un événement traumatique (Grey et al., 2008).

Un *hot spot* peut être un point de répétition, mais il peut également exister des *hot spots* qui ne sont pas des points de répétition.

#### — **Choisir un moment « plus tolérable » du début de l'agression**

Si les deux options ci-dessus ne peuvent pas être mises en œuvre, le sujet peut choisir un moment du début de l'agression qui soit plus tolérable pour lui du point de vue émotionnel.

Dans ce cas de figure, il est cependant souhaitable que le sujet choisisse un moment précis du début de l'agression (et non pas un moment vague reconstitué de manière approximative, une supposition...).

#### — **Déléguer le choix de ce moment à l'instructeur de krav maga**

L'instructeur est compétent pour pouvoir déterminer le moment opportun pour lancer la séquence défense-riposte-fuite.

Ici aussi, le moment choisi doit correspondre à un souvenir précis du sujet.

#### — **3) Conclusion de cette première séance**

Le sujet et le psychothérapeute doivent être convaincus que le sujet est prêt à passer à l'étape suivante, sinon il faut prévoir une nouvelle séance de préparation.

### **3.2) La deuxième séance : le krav maga thérapeutique au sens strict**

#### **— 1) La situation de départ**

Cette séance a lieu dans un club d'arts martiaux, avec un instructeur de krav maga, lors d'une séance privée. Quatre personnes vont y participer.

#### **— Le sujet**

Durant cette séance, je l'appellerai « le défenseur » (terme classiquement utilisé dans les arts martiaux) et non pas « le patient » (et encore moins « la victime »).

#### **— L'instructeur de krav maga**

Il a été formé à cet art martial et au fait de l'enseigner (il applique donc un processus pédagogique).

Afin d'éviter toute confusion, précisons une évidence : j'emploie le terme de « krav maga thérapeutique » mais l'instructeur n'est bien sûr pas en place d'être thérapeute (puisque'il n'a pas été formé pour devenir psychothérapeute). Ses compétences sont celles d'être instructeur de krav maga, et celles-ci sont indispensables.

Il est impératif qu'il ait lu cet article, que celui-ci ait du sens pour lui, qu'il soit d'accord avec cette démarche et qu'il ait pu discuter au préalable avec le psychothérapeute et le défenseur.

#### **— Le partenaire**

C'est lui qui va jouer le rôle de l'agresseur.

#### **— La personne-ressource**

Cette personne de confiance a été choisie par le sujet. Il peut s'agir d'un proche (parent, compagnon, ami...) ou du psychothérapeute. Si, durant la séance, le sujet est submergé par l'émotion, il pourra s'isoler un moment avec le soutien de sa personne-ressource.

Bien entendu, toutes les personnes présentes sont au courant du contexte, elles savent que le défenseur a été victime d'une agression, et qu'il vient pour participer à une séance de krav maga thérapeutique. Mais ces intervenants n'ont pas à « tout » savoir de cette agression, ils peuvent seulement en connaître les grandes lignes.

## — 2) Le début

Le défenseur débute par une séance de méditation pleine conscience ou de relaxation.

## — 3) Le scénario de répétition gagnante

Le jeu de rôle est un puissant outil thérapeutique (Teasdale et al., 1993 ; Young et al., 2017 ; Korrelboom et al., 2019 ; Cottraux, 2020). Ce temps thérapeutique peut être assimilé à un jeu de rôle *in vivo*.

L'instructeur de krav maga analyse la situation de départ et aide le défenseur à construire une défense-riposte suivie d'une fuite réussie. Il est essentiel que cette riposte soit efficace et réaliste (d'où l'importance qu'elle soit élaborée avec l'aide d'un véritable instructeur, et non pas juste d'un pratiquant d'arts martiaux).

Le défenseur n'a pas besoin d'avoir déjà pratiqué les arts martiaux. C'est le propre des arts martiaux de self-défense que de savoir enseigner des gestes simples et efficaces aux personnes novices dans ce domaine.

Une fois que l'instructeur a construit la séquence défense-riposte-fuite, le défenseur va répéter celle-ci, encore et encore, face au partenaire qui joue l'agresseur.

L'objectif est clair : que le défenseur maîtrise de mieux en mieux cette séquence qui constitue le scénario gagnant. C'est un véritable scénario alternatif à ce qu'a été l'agression. Plus les répétitions s'enchaînent, plus ce scénario se grave dans la mémoire du défenseur. Celles-ci se succèdent avec des variantes. Parfois, le défenseur va prêter une plus grande attention à son vécu corporel et aux gestes (sensations proprioceptives, perceptions kinesthésiques...), parfois il se focalisera plutôt sur le visuel, puis la fois suivante sur les sons (le choc des coups, le bruit du corps de l'agresseur qui tombe au sol, le pas de course de la fuite réussie...)...

Répéter le scénario gagnant en se focalisant sur le sensoriel et les gestes est particulièrement important (cf. le paragraphe « Traiter la mémoire traumatique par la voie ascendante »).

Il est également essentiel de jouer complètement le scénario de répétition gagnante en incluant toujours la fuite réussie (au lieu de s'arrêter, par exemple, au moment où l'agresseur tombe après avoir été frappé). La fuite réussie fait partie intégrante du scénario gagnant (cf. le paragraphe « Achever avec succès les gestes esquissés, les actions inachevées... »).

Durant ces répétitions, il est possible de se rapprocher de plus en plus du début de la scène traumatique (avant de la faire diverger). On suit une logique subjective et sensorielle (et non pas objective, de reconstitution). Le but est de traiter la mémoire traumatique (cf. le paragraphe « Traiter la mémoire traumatique par la voie ascendante »). C'est donc le sujet qui va se baser sur les éléments saillants (pour lui) dans ses souvenirs de l'agression.

Par exemple, le défenseur peut décider de mettre des vêtements similaires à ceux qu'il portait au moment de l'agression (auquel cas il va retrouver le sensoriel tactile du contact avec ces tissus et un visuel précis). Ou bien il peut demander au partenaire de mettre des vêtements similaires à ceux que portait l'agresseur (souvenir visuel). De même, il peut demander à répéter la scène avec une luminosité particulière (exemple : pénombre évoquant celle d'un parking ou d'une ruelle la nuit), il peut utiliser un parfum pour retrouver une odeur précise... Les sons sont parfois eux aussi très importants, et il peut être pertinent de les reconstituer (exemples : le défenseur se souvient que l'agression a commencé par un bruit de pas courant dans son dos, ou bien il écoutait une chanson particulière sur son MP3 quand l'attaque est survenue)...

Ces éléments sensoriels sont extrêmement importants. Dans *À la recherche du temps perdu : Du côté de chez Swann*, Proust raconte avec brio comment le narrateur, en goûtant une madeleine, se souvient tout à coup avec une exquise précision d'un souvenir d'enfance. Ce passage de « la madeleine de Proust » est devenu mythique. Il incarne à merveille ce concept du lien stimulus sensoriel-souvenir.

Si l'émotion devient trop intense durant la séance, le sujet a appris durant son suivi par TCC comment réagir. Il pourra par exemple s'isoler un moment (éventuellement avec la personne-ressource) et pratiquer un temps de méditation pleine conscience ou de relaxation.

Durant cette répétition de la séquence défense-riposte-fuite, il peut arriver que

le défenseur exprime des émotions violentes à l'égard de l'agresseur : révolte, haine, rage, dégoût, désir de le faire souffrir, de le tuer, de le piétiner... Ces réactions sont tout à fait normales. Elles doivent être accueillies avec bienveillance par le défenseur et les autres participants. C'est d'ailleurs un point positif que le défenseur puisse les ressentir, voire les exprimer, puisque ces émotions sont elles aussi liées à la mémoire traumatique et doivent donc être traitées.

Par contre, le scénario de répétition gagnante ne les mettra jamais en actes. Par exemple, si le défenseur s'empare du couteau (ici factice) de l'agresseur, il ne poignardera pas celui-ci. En effet, il est normal de ressentir un désir de mort à l'égard de quelqu'un qui vous a fait souffrir, en revanche il est illégal de le réaliser. Il est très important que le scénario de répétition gagnante se construise dans le respect de la loi sur la légitime défense. Outre la question du débat moral (je mettrai cette question de côté, elle est personnelle à chacun), c'est aussi une question d'efficacité thérapeutique. En effet, le but est que, dans la mémoire du défenseur, le souvenir du krav maga thérapeutique vienne se substituer au souvenir du trauma. Il est donc essentiel que ce scénario n'inclue pas de contradictions internes susceptibles d'entraver sa remémoration. Par exemple, si le scénario de répétition gagnante incluait la mort de l'agresseur, sa remémoration pourrait parfois être entravée par le code moral du défenseur.

Lorsque le défenseur commence à bien maîtriser les gestes de cette séquence défense-riposte-fuite, il peut (s'il le souhaite) demander à la personne-ressource de filmer cette partie de la séance sur son portable (le temps de quelques répétitions de la séquence gagnante). Il s'agit seulement d'une option, et tous les participants doivent bien sûr donner leur accord. Concernant l'intérêt d'être filmé : cf. le paragraphe « La période de consolidation ».

#### — 4) Les risques

Deux risques sont à souligner :

##### — Une remémoration du trauma

En réalité, il ne s'agit pas d'un risque à proprement parler, puisque le travail par exposition émotionnelle a précisément pour but d'amener le sujet à se confronter à ses émotions éprouvantes, ceci pour deux raisons thérapeutiques.

La première : pouvoir traiter et intégrer ces émotions éprouvantes.

La seconde raison se base sur le concept d'apprentissage dépendant de l'état (Cottraux, 2020). Les apprentissages sont dépendants de l'état du sujet lorsque celui-ci les intègre, et ceci est particulièrement vrai pour l'état émotionnel. Puisque l'un des objectifs du krav maga thérapeutique est de remplacer la « répétition du trauma » par « la répétition du scénario gagnant » (cf. le paragraphe « Mettre en actes une répétition gagnante »), il est important que l'apprentissage du scénario gagnant se fasse initialement dans un état émotionnel relativement proche de celui vécu lors de l'agression. Bien entendu, ces émotions doivent rester gérables par le sujet, le but n'est absolument pas de lui faire ressentir à nouveau un état de détresse émotionnelle intense (ce serait contraire à l'éthique et anti-thérapeutique). Mais l'état émotionnel au début de la séance doit être congruent avec celui ressenti lors de l'agression (peur, colère, honte, dégoût, sentiment d'impuissance...). En revanche, tandis que les répétitions défense-riposte-fuite s'enchaînent, l'état émotionnel du défenseur va se modifier de manière favorable (courage et combativité, sentiment d'efficacité et de puissance, triomphe, soulagement...). Ces modifications du vécu émotionnel vont s'associer avec le souvenir de cette séance de krav maga thérapeutique.

Il arrive aussi que le sujet ait l'impression de n'avoir absolument rien ressenti durant l'agression (anesthésie émotionnelle dissociative). Ceci n'entrave pas l'efficacité potentielle du krav maga thérapeutique puisque cette approche se base sur plusieurs mécanismes d'action.

### **— Que le défenseur blesse accidentellement l'« agresseur »**

Du fait de l'intensité de la réactivation émotionnelle, le défenseur peut parfois mal contrôler l'intensité de ses coups et risquer de blesser l'« agresseur ». C'est l'instructeur de krav maga qui va aider à prévenir ce risque : port de protections si nécessaire (protège-dents, coquille de protection génitale...), maîtrise du tempo de l'apprentissage des gestes de riposte du défenseur... Les instructeurs d'arts martiaux sont formés pour prévenir ce genre d'accident.

### **— 5) La fin de la séance**

C'est le défenseur qui décidera du moment où il souhaite arrêter, en se basant sur son ressenti. Les critères à prendre en compte sont :

— La séance doit s'arrêter sur un moment où le sujet est dans un état émotionnel d'intensité relativement basse.

Néanmoins, si la séance doit s'arrêter (pour quelque raison que ce soit) alors que le défenseur se trouve dans un état de tension émotionnelle élevée, celui-ci prendra longuement le temps de pratiquer une séance de méditation pleine conscience ou de relaxation, afin de revenir à un état émotionnel plus apaisé. Par exemple, le fait de se focaliser sur la respiration permettra d'utiliser celle-ci comme un point d'ancrage dans le moment présent.

— S'il sent qu'il a intégré les gestes et le sensoriel de cette répétition gagnante.

— Si cette séquence de gestes lui est familière, s'il peut l'accomplir avec fluidité et avec un sentiment d'efficacité.

— S'il sent que le souvenir de ce moment de krav maga thérapeutique a marqué sa mémoire.

— S'il a réussi à gérer des moments parfois intenses d'exposition émotionnelle.

— S'il ressent des sentiments de maîtrise, de triomphe, de soulagement...

Cette liste n'est pas exhaustive, et il n'est pas non plus nécessaire que tous ces critères soient présents pour décider d'arrêter.

Vient alors le temps de la sortie du « jeu de rôle ». Il est important de bien marquer ce retour dans le moment présent et la vie quotidienne, en remerciant les participants, en exprimant d'éventuelles remarques...

Ensuite, le défenseur finit par une séance de méditation pleine conscience ou de relaxation. Ici, une méditation pleine conscience de type « scan corporel » peut être particulièrement utile. Cette méditation amène le sujet à focaliser son attention sur ses sensations corporelles. Cette pratique aide à traiter et à intégrer la mémoire traumatique (cf. le paragraphe « Traiter la mémoire traumatique par la voie ascendante »).

### **3.3) La troisième séance : verbalisation, feedback, préparation de la période**



## **de consolidation, conclusion**

Cette séance a lieu dans le bureau du psychothérapeute.

Durant ce temps, le sujet peut verbaliser à propos de la séance de krav maga thérapeutique proprement dite : ses émotions, ses réactions, ses commentaires, son vécu après coup... Cette mise en mots aide à traiter la mémoire traumatique par un encodage dans la mémoire déclarative. La verbalisation portant sur la séance de krav maga thérapeutique est plus aisée que la verbalisation du trauma (mais, bien sûr, l'un n'empêche pas l'autre).

Le sujet va également avoir la possibilité de formuler un feed-back, exprimant ce qui lui a plu, déplu, ce qu'il pense de ce qui a été mis en œuvre, ce avec quoi il n'est pas d'accord... Le feed-back permet à la fois au sujet d'exprimer son ressenti (ressenti auquel le thérapeute pourra répondre si cela lui paraît pertinent) et au psychothérapeute d'alimenter sa réflexion sur d'éventuelles améliorations à apporter à cette approche thérapeutique.

Ensuite, le thérapeute expose au sujet les différentes possibilités permettant de consolider ce traitement de la mémoire traumatique (cf. le paragraphe suivant).

Enfin, le suivi s'achève par la conclusion, qui est laissée à la pertinence clinique du psychothérapeute, en co-construction avec le sujet.

### **3.4) La période de consolidation**

« Et maintenant ? », telle est l'une des questions classiques que se posent les sujets lorsque leur thérapie se termine.

En ce qui concerne le krav maga thérapeutique, il est proposé au sujet de continuer à développer la stratégie mise en œuvre, à savoir : la consolidation du traitement de la mémoire traumatique et le renforcement de l'intégration du scénario de répétition gagnante. Le but est de renforcer « l'aiguillage » avec le remplacement progressif du syndrome de répétition traumatique par le scénario de répétition gagnante (cf. le paragraphe « Mettre en actes une répétition gagnante »).

#### **— 1) Actions pour consolider cette action thérapeutique**

- Pratiquer de nouvelles séances de krav maga thérapeutique.
- Répéter chez soi la séquence défense-riposte-fuite de la répétition gagnante

(exécution motrice réelle).

Ces répétitions peuvent se dérouler selon diverses modalités : répétition en vitesse réelle, répétition lente, répétition seul ou bien avec un partenaire jouant le rôle de l'agresseur...

— Répéter la séquence défense-riposte-fuite en vitesse très lente « en taï-chi » (exécution motrice réelle au ralenti).

Ce type de répétition est particulièrement intéressant en focalisant son attention sur les sensations corporelles. On peut également la réaliser les yeux fermés, de manière à se focaliser encore plus sur ces sensations.

— Revoir la vidéo de la séance de krav maga thérapeutique.

— Rejouer mentalement (par visualisation) la séance de krav maga thérapeutique en utilisant l'imagerie mentale.

L'imagerie mentale est une technique simple à mettre en œuvre et qui a fait la preuve de son efficacité. Il s'agit d'une technique d'exposition émotionnelle en imagination. Le lecteur intéressé pourra se reporter à des ouvrages de référence (par exemple : Ceschi et al., 2018).

Dans le cadre du krav maga thérapeutique, certains points sont à souligner.

Durant les séances d'imagerie mentale, il est important de prêter une grande attention au sensoriel : voir la scène, entendre les pas et le son des chocs des gestes de défense, sentir dans son corps les gestes que l'on fait et les impacts de riposte pour se défendre, entendre les pas de course de sa fuite réussie...

Les visualisations peuvent se faire en focalisation interne (le sujet visualise la scène à partir de son propre corps, donc il ne se voit pas lui-même) ou bien en focalisation externe (il voit de l'extérieur, donc il se voit affrontant l'agresseur (le partenaire jouant le rôle de l'agresseur)). La visualisation en focalisation interne est recommandée, puisque c'est celle qui se rapproche le plus des souvenirs de la mémoire traumatique qui vont progressivement se réarticuler avec le scénario de répétition gagnante (combinaison de la technique d'imagerie mentale avec celle de la rescénarisation (ou *rescripting*), qui est expliquée plus loin dans cet article). Néanmoins, la visualisation en focalisation externe est elle aussi pertinente.

— Rejouer mentalement la séance de krav maga thérapeutique en associant l'imagerie mentale et l'exécution motrice réelle de la séquence défense-riposte-fuite du scénario gagnant.

- S'inscrire à des cours d'arts martiaux de self-défense.
- Autres actions : la liste ci-dessus n'est pas exhaustive, elle sera appelée à s'enrichir.

## **— 2) Quand utiliser ces actions de consolidation ?**

Ce sera quand le sujet le souhaite ou en éprouve le besoin. Mais ces actions peuvent aussi être mises en œuvre lorsque survient une remémoration du trauma (après un cauchemar, l'irruption d'un souvenir...) ou bien lors des périodes susceptibles de raviver les souvenirs du trauma (date « anniversaire » de l'agression, obligation de repasser près du lieu de l'agression...). L'objectif thérapeutique est toujours le même : « l'aiguillage », le point de divergence : articuler les stimuli (qui jusqu'à présent réactivaient la mémoire traumatique) avec le souvenir de la deuxième séance de krav maga thérapeutique, pour que ces stimuli ne conduisent plus sans cesse automatiquement à la remémoration de l'agression.

#### **4) Les indications**

Le krav maga thérapeutique peut être proposé à des personnes ayant été victimes d'une agression.

Tout particulièrement, cette approche s'adresse aux personnes présentant un TSPT avec syndrome de répétition : flash-back intrusifs de moments de l'agression (irruption de souvenirs traumatiques, voire réactualisation du trauma avec la conviction de revivre celui-ci), cauchemars dont les scénarios sont en lien avec l'agression...

## **5) Les 4 mécanismes d'action du krav maga thérapeutique**

### **5.1) Lutter contre l'évitement : activation comportementale et exposition émotionnelle *in vivo***

Ce que le sujet évite, ce sont des pensées en lien avec le traumatisme, des émotions douloureuses, des souvenirs éprouvants, des situations, des lieux...

L'évitement demeure l'un des mécanismes majeurs de maintien des troubles psychologique. Parmi les objectifs que se fixent les TCC, la lutte contre l'évitement constitue un élément-clé (Schoendorff et al., 2011 ; Harris, 2017 ; Cottraux, 2020).

Pour aider le sujet à lutter contre l'évitement, deux outils thérapeutiques sont particulièrement efficaces : l'activation comportementale et l'exposition émotionnelle.

#### **— 1) L'activation comportementale**

L'activation comportementale consiste à aider le sujet à mettre en œuvre de nouveaux comportements. Dans les prises en charge TCC, il s'agit souvent de l'une des premières interventions thérapeutiques mises en œuvre (Bennett-Levy et al., 2021). Ce type d'approche est potentiellement extrêmement efficace pour susciter des changements thérapeutiques réels et durables (Teasdale et al., 1993 ; Teasdale, 1997). De ce fait, cette approche incarne le cœur de l'un des courants des TCC de 3<sup>e</sup> génération : la thérapie d'acceptation et d'engagement (abrégée par l'acronyme « ACT ») (Harris, 2017).

Le krav maga thérapeutique prône une activation comportementale en proposant au sujet de modifier son comportement dans le cadre d'un « jeu de rôle », avec la mise en scène du début de l'agression.

#### **— 2) L'exposition émotionnelle**

À l'issue du protocole classique des TCC, le sujet a appris des techniques de gestion émotionnelle, dont la relaxation et la méditation pleine conscience. Cet acquis est indispensable avant de pouvoir mettre en œuvre la deuxième séance de krav maga thérapeutique.

La méditation pleine conscience peut se définir par « la conscience qui vient

d'une attention systématique, délibérée et non jugeante, à ce qui — au moment présent — est au plus proche dans votre expérience (...). » (Kabat-Zinn, 2016). Le sujet est amené à prêter attention à ses émotions, ses sensations corporelles et ses pensées (même si certaines sont désagréables, douloureuses, négatives, voire effrayantes), au moment présent, à les considérer avec curiosité et à les accueillir avec bienveillance. Le lecteur pourra en apprendre plus sur cette pratique en consultant des ouvrages de référence (dont par exemple : André, 2011 ; Kabat-Zinn, 2015 ; Kabat-Zinn, 2016 ; Segal et al., 2016 ; Segal et al., 2019).

La méditation pleine conscience s'est révélée être d'une telle efficacité thérapeutique qu'elle a été intégrée à quasiment tous les courants de TCC de 3<sup>e</sup> génération. Elle constitue même le cœur de l'un de ces courants : les thérapies MB (MBSR pour la gestion du stress, MBCT pour la problématique de la dépression...). Dans le cas des TSPT, la méditation pleine conscience a fait la preuve de son efficacité (ceci, lorsque la pleine conscience est associée à une prise en charge plus globale de type TCC) (Boyd et al., 2018).

L'une des raisons de cette efficacité thérapeutique est que la méditation pleine conscience prône l'exposition émotionnelle permanente et aide le pratiquant à gérer au mieux cette exposition.

Le krav maga thérapeutique crée une situation d'exposition émotionnelle *in vivo*, situation que le sujet va affronter et dépasser. Par « *in vivo* » on désigne ici ce qui se joue dans la vie quotidienne, par opposition au travail qui s'effectue dans le bureau du psychothérapeute. L'utilisation de la relaxation ou bien de la méditation pleine conscience est un pré-requis indispensable pour que le sujet puisse faire face à cette exposition émotionnelle.

Puisque le krav maga thérapeutique amène le sujet à affronter dans la réalité une situation hautement anxiogène, cette approche entre donc dans le cadre des expositions émotionnelles de type *flooding in vivo* (immersion).

## **5.2) Traiter la mémoire traumatique par la voie ascendante (*bottom-up processing*)**

### **— 1) Mémoire traumatique et dissociation traumatique**

Les concepts de mémoire traumatique et de dissociation traumatique étant vastes et complexes, il est impossible de les exposer ici en détail. Le paragraphe

ci-dessous en donne une explication très résumée. Les lecteurs souhaitant en apprendre plus pourront se référer aux ouvrages de référence (dont, par exemple : Salmona, 2012 ; Ogden et al., 2015 ; Boon et al., 2017 ; Canini et al., 2017 ; Steele et al., 2018 ; Fisher, 2019 ; Tarquinio et al., 2019 ; Kédia et al., 2019).

En résumant, on peut dire que, lorsqu'une personne est victime d'une agression, il arrive que sa capacité à gérer les événements de vie soit submergée par cette situation extrême. Le sujet ne va pas pouvoir traiter psychiquement l'évènement, gérer et intégrer les différents stimuli (visuels, auditifs, corporels...). Le traumatisme (d'une part du fait de l'intensité émotionnelle qu'il génère, d'autre part du fait de sa nature complètement « *autre* » (c'est-à-dire radicalement différente du vécu du sujet jusqu'à présent)) n'est pas intégré et articulé avec les autres souvenirs biographiques du sujet. Il y a alors dissociation traumatique : des traces mnésiques ne sont pas traitées et intégrées dans la mémoire déclarative du sujet. (La mémoire déclarative (explicite, consciente) inclut la mémoire autobiographique et la mémoire sémantique, le sujet peut la verbaliser.) De façon schématique, on peut donc dire que la mémoire traumatique (au sens de l'ensemble des traces mnésiques en lien avec le trauma) est une mémoire fragmentée. Des « fragments du trauma » restent éparpillés dans différentes zones du cerveau (des zones néocorticales non articulées entre elles).

Par ailleurs, cette non-intégration empêche *de facto* la mémoire traumatique de s'articuler avec la conscience de soi (puisque cette dernière se construit, entre autres, à partir des mémoires autobiographiques et sémantiques). Le sujet se trouve alors dissocié, ayant à la fois des souvenirs se rattachant à lui-même (conscience de soi) et des fragments mnésiques et des souvenirs « *autres* » (comme appartenant à « une autre vie », « une autre part de soi », « une autre personne », « une autre réalité »...).

Ceci expliquerait les propos exprimés par des patients évoquant des souvenirs (en lien avec l'agression) « qui ne leur appartiennent pas », l'impression (sur le moment) que l'agression n'était pas réelle et ressemblait plutôt à un film (déréalisation) ou bien qu'elle arrivait à quelqu'un d'autre qu'eux (dépersonnalisation) (Lebigot, 2011 ; Canini et al., 2017 ; Boon et al., 2017).

Pour résumer ce paragraphe, on peut dire que l'évènement traumatique altère le traitement de l'information et l'encodage du souvenir traumatique. Cette désorganisation cognitive entraîne une rupture de l'unité psychique du sujet. Ces

deux phénomènes aboutissent à la genèse d'une mémoire traumatique fragmentée et à la dissociation traumatique.

## — 2) Traiter les fragments de la mémoire traumatique

La théorie de la dissociation traumatique propose une explication causale au syndrome de répétition du TSPT.

Selon un premier mécanisme causal, le cerveau des sujets tente continuellement de traiter les différents « fragments du trauma » (ces traces mnésiques) ce qui réactive les flash-back, les cauchemars en lien avec le traumatisme... Sans cesse, les processus psychiques « découvrent » l'un de ces fragments (comme on découvre la pièce égarée d'un puzzle) et tentent de l'intégrer (d'assembler cette pièce avec le puzzle de la mémoire autobiographique). Cette tentative réactualise le souvenir du trauma, mais malheureusement sans parvenir à traiter ce fragment (sans parvenir à assembler cette pièce du puzzle au reste du motif). Ici, la répétition est donc due à une recherche de solution qui échoue.

Un second mécanisme est le suivant : un stimulus similaire à un stimulus en lien avec l'agression vient réactiver un fragment traumatique. Comme ce fragment n'a pas pu être intégré dans la mémoire déclarative du sujet, il réactive le souvenir du trauma, ou bien il fait revivre le trauma au sujet (reviviscence au sens littéral), ou encore il plonge le sujet dans un état de détresse intense qui paraît inexplicable (car impensable au sens littéral)... Par exemple, citons le cas de militaires français pour lesquels le feu d'artifice du 14 juillet est un supplice, car le vacarme des détonations rappelle les rafales et les explosions des combats qui ont généré leur trauma. Dans ce second mécanisme, le fragment traumatique évoque une « *trigger zone* » (« zone gâchette ») dont la stimulation déclenche aussitôt le syndrome de répétition traumatique.

De manière plus précise, on peut dire que ces « fragments » sont des fragments mnésico-sensoriels.

Il peut s'agir de « souvenirs de stimuli sensoriels » imprimés tels quels dans certaines zones de la mémoire. Exemples : la sensation du poignet serré par la main de l'agresseur, la difficulté à respirer à cause de la main de l'agresseur plaquée sur la bouche, le souvenir visuel des environs qui tournoient (vertige), le goût du sang dans la bouche, l'odeur du déodorant de l'agresseur...



Il peut aussi s'agir de fragments mnésiques incomplets : souvenir « troué » par un *blackout* (partie manquante d'un souvenir, comme si un laps de temps avait disparu, « trou de mémoire »), effet « stroboscopique » (les fragments sont entrecoupés de « coupures » si bien que le déroulé du souvenir ressemble à un film saccadé et tronqué), fragments mnésiques incomplets au plan sensoriel (souvenirs visuels sans sons, cris sans images, sensations « fantomatiques » car n'étant pas articulées à un visuel ou aux pensées du sujet...).

Les fragments mnésiques peuvent aussi être « aberrants », car le choc psychique du traumatisme a entraîné une distorsion cognitive déformant la perception et le traitement mnésique de l'évènement. Exemples : souvenir du lieu de l'agression comme d'une salle aux dimensions gigantesques dont les issues de secours sont prodigieusement loin, souvenir de bouger au ralenti, impression d'être petit et faible face à un agresseur surpuissant...

Citons aussi les souvenirs perçus « de l'extérieur » dus à la dissociation traumatique. Exemples : le sujet s'est vu lui-même allongé sur le sol avec l'agresseur le frappant, impression que l'agression arrivait à quelqu'un d'autre (même si le sujet « sait » que ce n'est pas quelqu'un autre mais lui-même)...

Tant que ces fragments mnésiques subsisteront tels quels (dissociés et non verbaux, c'est-à-dire que le sujet ne peut pas les mettre en mots, ou alors seulement de manière incomplète et approximative), ils réactiveront continuellement le syndrome de répétition.

Traiter ces fragments constitue donc un but thérapeutique. « Traiter » signifie ici : permettre au système cognitif du sujet d'intégrer enfin ces fragments, ceci en réorganisant le réseau neuronal (celui qui encode ce souvenir fragmenté) grâce à la création de connexions synaptiques articulant les différentes zones cérébrales concernées. D'où la question suivante : comment le cerveau traite-t-il les informations ?

### — 3) Le traitement de l'information : voie descendante (*top-down processing*) et voie ascendante (*bottom-up processing*)

Le traitement cognitif désigne (entre autres) les fonctions d'assignation de sens, de raisonnement, de résolution de problème, de prise de décisions et de planification. La théorie cognitive postule que le fonctionnement cognitif (donc le niveau supérieur, cortical) domine le fonctionnement des niveaux inférieurs.

Selon cette conception, certaines zones corticales supérieures (dont le cortex préfrontal médian) (zones corticales qui, en schématisant, participent au processus de la pensée) seraient donc le centre de contrôle des autres zones du cerveau (système limbique, amygdale cérébrale, hippocampe, insula, thalamus...). Puisque les différentes zones du cerveau interagissent continuellement ensemble, il existe donc un équilibre dynamique entre l'activité par voie descendante (*top-down processing*) et celle par voie ascendante (*bottom-up processing*), et cet équilibre serait régulé par le cortex, donc par la voie descendante.

Cependant, dans un certain nombre de troubles, et justement dans le TSPT, l'intensité des émotions et des perceptions corporelles (par exemple lors du syndrome de répétition) entrave la capacité de domination de l'activité corticale (donc le traitement descendant) (Patel et al., 2012 ; Ogden et al., 2015).

Plus précisément, les sujets présentant un TSPT ressentent régulièrement des émotions, des sensations corporelles et des perceptions sensorielles qui réactivent la mémoire traumatique, d'où l'irruption intrusive de souvenirs au niveau cognitif (les pensées). Dans ces moments-là, l'activité ascendante (*bottom-up*) s'impose à l'activité descendante (*top-down*).

La majorité des psychothérapies privilégient la voie descendante, que ce soit de manière exclusive (psychanalyse, thérapie narrative, thérapie cognitive « pure »...), ou bien « seulement » de manière prépondérante. On peut dire que les TCC de 3<sup>e</sup> génération se distinguent par le fait que, en plus des actions thérapeutiques sollicitant la voie descendante, elles incluent aussi des actions thérapeutiques se basant sur la voie ascendante. Par exemple, elles intègrent la méditation pleine conscience. Bien que celle-ci soit un processus cognitif descendant, elle amène à focaliser son attention sur les perceptions corporelles (sensorielles, musculaires, kinesthésiques...), donc sur les informations émanant de la voie ascendante.

Pour ce qui est de traiter les fragments mnésico-sensoriels traumatiques, le krav maga thérapeutique va se baser (mais pas exclusivement) sur la sollicitation de la voie ascendante. C'est l'une des raisons pour lesquelles la deuxième séance prend pour point de départ les mouvements du sujet et ses perceptions sensorielles et corporelles.

### **5.3) Achever avec succès les gestes esquissés, les actions inachevées...**

Lors d'une agression, il est fréquent que le sujet agressé débute des actions mais se retrouve dans l'incapacité de les mener à terme. Il peut commencer un geste de riposte sans parvenir à l'achever, ou bien il peut le réaliser mais sans réussir à y mettre toute sa force physique (frappe « atone »). De même, le sujet peut penser à des gestes qu'il veut mettre en œuvre, mais sans pouvoir les réaliser. Il peut s'agir de gestes empêchés directement par l'agresseur (qui utilise sa force physique, ou menace), ou bien alors d'un empêchement lié à la sidération du sujet (le *freeze* : cf. ci-dessous).

Dans une situation aussi radicalement extrême qu'une agression, trois types de réactions surviennent : se battre, fuir, geler sur place (la sidération). Les Anglo-Saxons parlent du trio *fight, flight or freeze*. Il s'agit de réflexes de survie archaïques. Avec un entraînement spécifique, un sujet peut progressivement apprendre à réagir autrement (par exemple : un pompier apprend progressivement à ne plus fuir le feu mais à le combattre...). Lors de la sidération, le sujet se retrouve incapable de réagir (il peut même cesser de bouger). Ce réflexe est sous-tendu par la notion que se laisser faire augmente nos chances de survie (par exemple : si l'agresseur a une arme, se battre avec lui pourrait entraîner la mort). Cette réalité du fonctionnement psychique continue de donner lieu à de nombreuses polémiques, certains agresseurs prétextant que leur victime était consentante puisqu'elle ne s'est pas débattue, alors que celle-ci était en réalité sous l'effet de la sidération.

Quelles que soient les raisons causales de ces gestes empêchés, la réalisation complète de ceux-ci est susceptible d'avoir une action thérapeutique (Herman, 1992 ; Ogden et al., 2015).

Parmi les arguments susceptibles d'expliquer cette efficacité thérapeutique, deux sont à souligner.

Le premier est que le cerveau a conservé en mémoire ces ordres non exécutés. Au moment de l'agression, le sujet a *pensé* vouloir frapper l'agresseur et fuir, puis il s'est trouvé empêché de le faire, mais cet ordre non exécuté reste gravé dans son esprit. Par analogie, on retrouve une situation similaire en informatique, lorsque l'on veut lancer une application qui « plante », et que l'ordinateur continue à tenter d'exécuter cet ordre et bloque le système (même si l'on veut maintenant annuler cet ordre).

Le second est que le sujet demeure marqué par cet échec (son incapacité à se

défendre dans la situation extrême de l'agression). Ce sentiment d'échec et d'inefficacité peut se généraliser et altérer grandement la vision que le sujet a de lui-même. Seligman développe cette problématique dans son concept de l'impuissance apprise (Seligman, 1975). Concernant ce second argument, celui-ci sera abordé dans le paragraphe suivant (cf. « Mettre en actes une répétition gagnante »).

Dans ce paragraphe, je vais me focaliser sur le premier argument, en insistant sur le travail aux niveaux corporel, comportemental et émotionnel.

Durant la deuxième séance de krav maga thérapeutique, le début de l'agression est reconstitué. Comme cela a été indiqué précédemment, le point de divergence a été choisi par le sujet avec l'aide du psychothérapeute. Cette fois-ci, le défenseur va apprendre et mettre en actes une séquence de défense et de riposte efficace, puis il va s'enfuir. Cette séquence va donc intégrer la réalisation des actions restées inachevées lors de l'agression (gestes de défense, de contre-attaque, fuite...).

Cette façon de procéder entre donc dans le cadre des techniques thérapeutiques de rescénarisation (réécriture de scénario ou *rescripting*). Chez les personnes présentant un TSPT, la réécriture du scénario de l'agression est par exemple utilisée dans la thérapie par rescénarisation en imagerie (RIM) (ou *Imagery Rehearsal Therapy* (IRT)). La RIM a fait la preuve de son efficacité pour le traitement des cauchemars liés à un TSPT (Krakow et al., 2006 ; Aurora et al. 2010).

Néanmoins, ici, la rescénarisation est mise en actes dans la réalité (ce qui la différencie donc d'une rescénarisation au niveau cognitif, par visualisation). Il s'agit d'une rescénarisation impliquant les niveaux corporel, comportemental et émotionnel (et celle-ci va aussi progressivement agir au niveau cognitif : cf. le paragraphe suivant : « Mettre en actes une répétition gagnante »).

Cette rescénarisation va modifier le scénario d'échec passé pour le remplacer par un scénario défense-riposte-fuite réussi.

Dans le paragraphe 2, j'ai déjà souligné pourquoi le krav maga me paraît convenir de manière idéale pour une séance d'arts martiaux thérapeutiques, même si d'autres arts martiaux peuvent eux aussi être utilisés (karaté, MMA, pencak silat, boxe...).

Concernant le point spécifique du travail sur la réalisation (lors de la séance) des gestes non réalisés (durant l'agression), à nouveau, certaines caractéristiques du krav maga sont très utiles :

— Le krav maga met régulièrement en scène des scénarios réalistes d'agression avec des armes factices (de ce fait, l'instructeur de krav maga sera habitué à ce type de travail et aux contraintes matérielles qui y sont liées).

— Puisque le krav maga a développé un nombre élevé de gestes de défense et de riposte à partir des gestes réflexes, la riposte de krav maga vient parfois s'articuler avec beaucoup de fluidité avec le geste de défense initial mis en œuvre par le sujet lors de l'agression. À ce sujet, citons par exemple : les frappes « paume ouverte » au visage de l'agresseur, le fait de griffer l'assaillant au visage, la défense à 360 degrés (qui est construite sur les gestes réflexes d'utiliser son bras pour parer un coup...).

Je souligne à nouveau un point important : ce « scénario gagnant » doit se construire à partir de la réalité sensorielle et comportementale de l'agression. Par exemple, le sujet pourra dire qu'il se souvient de manière aigüe de la pression douloureuse de la main de l'agresseur sur son poignet saisi, ou bien des gestes d'étranglement qu'il a subis (avec la peur de mourir). Ces moments sensoriels ont tout particulièrement marqué la mémoire du sujet, et constituent des points de départ potentiels pour mettre en œuvre un point de divergence. Ces points de fixation mnésiques sont tellement liés au traumatisme que, lorsque le sujet rencontre des stimuli similaires, le syndrome de répétition s'enclenche. Par exemple : le sensoriel d'une main qui prend le poignet du sujet pour attirer son attention réactive le trauma, une pression sur la gorge en boutonnant un col réactive le vécu de l'étranglement... Durant la séance de krav maga thérapeutique, ces points de fixation vont commencer à s'articuler avec le nouveau scénario. C'est ici que commence à s'élaborer ce que je vais appeler « l'aiguillage » (hypothèse que je développe ci-dessous).

#### **5.4) Mettre en actes une répétition gagnante**

Ce paragraphe est lié au précédent, mais ici l'action thérapeutique se joue à un autre niveau, celui du cognitif.

Lorsque le sujet apprend à mettre en œuvre la séquence défense-riposte-fuite

réussie, ce succès entraîne des réaménagements de ses représentations mentales ancrées émotionnellement (modification cognitive). Il prend conscience de l'efficacité dont il peut être capable, or le sentiment d'efficacité personnelle est un puissant moteur de changement thérapeutique (Bandura et al., 2019). Cette action vient agir contre l'impuissance apprise (Seligman, 1975). Ce changement va soutenir une restauration narcissique, l'élaboration d'une nouvelle image de soi. Ces modifications sont plus favorables et plus conformes à la réalité.

À ce propos, soulignons que l'instructeur de krav maga offre au sujet un modèle à imiter (dans la situation de l'agression). Dans cette technique de l'apprentissage vicariant, le sujet imite une personne modèle (personne modèle pour une situation donnée, et possédant un certain prestige dans ce domaine-là) et il imagine les conséquences positives qu'il obtiendra une fois qu'il aura intégré ces nouveaux comportements copiés sur ce modèle (Bandura, 1986 ; Bandura et al., 2019).

C'est aussi pour le sujet une réappropriation de son corps qui devient (ou redevient) une source de puissance, de fiabilité et de plaisir dans le succès. Le « bras qui a été immobilisé » (durant l'agression) devient « le bras qui réussit à se dégager de la saisie », le « bras paralysé » (du fait de la sidération) devient « le bras qui expédie un coup au visage de l'agresseur », etc. Ces actions de maîtrise (efficacité des gestes) et de plaisir (plaisir des gestes de riposte maîtrisés, bonheur de réussir à sortir victorieux de cette situation) portent eux aussi l'action thérapeutique (Segal et al., 2016, chapitre 11).

Au final, cette répétition gagnante vise à mettre un terme à la répétition traumatique, ceci en se basant sur deux hypothèses.

### — 1) L'hypothèse de la recherche de solutions

Selon cette hypothèse, les répétitions traumatiques sont liées au fait que le cerveau du sujet continue de chercher des solutions pour se sauver de l'agression. En développant ce point de vue, on peut dire que la séance de krav maga thérapeutique permet au sujet de trouver, d'apprendre et d'intégrer une solution.

### — 2) L'hypothèse de l'aiguillage

L'hypothèse de l'aiguillage (un concept que je formule) est en lien avec la création du point de divergence évoqué ci-dessus. Par analogie, je dirais que le krav maga thérapeutique vise à créer un aiguillage en Y (dans la façon dont le cerveau du sujet va gérer la stimulation de sa mémoire traumatique). Lorsque surviendront des stimuli sollicitant la mémoire traumatique, au lieu d'entraîner automatiquement la remémoration du trauma (métaphore du train qui passe à toute vitesse sur son rail unique), ceux-ci entraîneront plutôt une remémoration de la séance de krav maga thérapeutique (création d'un aiguillage, avec renforcement progressif de la voie « remémoration de la séance de krav maga thérapeutique » et abandon progressif de la voie « répétition du trauma »).

Pour résumer ce concept, je dirais que l'on vise à ce que la « répétition krav maga » vienne progressivement remplacer la « répétition trauma ». Cette formulation (simplifiée pour être aisée à mémoriser) correspond littéralement à deux circuits neuronaux dans la mémoire (deux réseaux neuronaux). Ces deux souvenirs vont entrer en compétition et l'un va prendre l'ascendant sur l'autre.

Cette hypothèse se base sur le modèle Retrieval Competition account of CBT de Brewin (Explication de la compétition dans la récupération en TCC) (Brewin, 2006) et sur le modèle COMET (Competitive Memory Training) de Korrelboom (Entraînement à la compétition de mémoire) (Korrelboom et al., 2009).

En résumant ces deux modèles de la compétition dans la mémoire, on peut dire que deux systèmes (l'ancien et le nouveau) se retrouvent en compétition. Par « système » on désigne une constellation associant des souvenirs, des représentations cognitives (sur soi-même, le monde, l'avenir...), des émotions, des perceptions corporelles et des comportements. Selon ces modèles, c'est le système récupéré le premier dans la mémoire du sujet qui devient prééminent sur l'autre, et ce mécanisme est auto-renforçant (en clair : plus on s'en souvient, plus on s'en souviendra).

## **6) Conclusion**

Cette approche est tout à fait nouvelle, il n'y a donc pas encore de recul sur son efficacité. L'objectif de cette publication est d'ouvrir de nouvelles possibilités thérapeutiques et de lancer une dynamique collective. Le krav maga thérapeutique va donc évoluer avec le temps.

Si une personne est intéressée par cette approche, il lui suffit de faire lire cet article à son psychothérapeute. Celui-ci validera ou pas cette possibilité. Pour passer à l'étape suivante, il est très important que le thérapeute référent des soins valide l'idée de mettre en œuvre cette action thérapeutique. Si tel est le cas, il n'y aura plus qu'à contacter les instructeurs de krav maga (ou d'autres arts martiaux de self-défense) les plus proches, afin de voir si l'un d'eux s'intéresse lui aussi à ce type d'action. Avec le temps, des binômes psychothérapeute-instructeur pourront se constituer.



## Bibliographie

- American Psychiatric Association (2015) *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- André C. (2011) *Méditer, jour après jour*. L'Iconoclaste.
- Aurora R.N., Zak R.S., Auerbach S.H., Casey K.R., Chowduri S., Krippot A., Maganti R.K., Ramar K., Kristo D.A., Bista S.R., Lamm C.I. et Morgenthaler T.I. (2010) *Best practice guide for treatment of nightmare disorder in adults*. J Clin Sleep Med. 2010, 6: 389-401.
- Bandura A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall.
- Bandura A. et al. (2019) *Auto-efficacité : Comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie*. De Boeck Supérieur.
- Bennett-Levy J., Thwaites R., Haarhoff B. et Perry H. (2021) *Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale*. De Boeck Supérieur.
- Birmes P., Yroni A., Camille C., Brunet A., Lamy P., Dupuch L., Very E. et Bourcier A. (2017) *Dissociation et détresse péritraumatiques*. In Canini F., El-Hage W., Garcia R. et al. (2017) *Le Trouble de Stress Post-Traumatique*. LaRéponseDuPsy.
- Boon S., Steele K. et van der Hart O. (2017) *Gérer la dissociation d'origine traumatique*. De Boeck Supérieur.
- Boyd J. E., Lanius R. A. et McKinnon M. C. (2018) *Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder : A review of the treatment literature and neurobiological evidence*. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 2018 Jan, 43(1): 7-25.
- Brewin C. R. (2006) *Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account*. Behaviour Research and Therapy, 44: 765-764.
- Canini F., El-Hage W., Garcia R. et al. (2017) *Le Trouble de Stress Post-Traumatique*. LaRéponseDuPsy.
- Ceschi G. et Pictet A. (2018) *Imagerie mentale et psychothérapie*. Mardaga.
- Cottraux J. (2020) *Les psychothérapies cognitives et comportementales (7<sup>e</sup> édition)*. Elsevier Masson.
- Fisher J. (2019) *Dépasser la dissociation d'origine traumatique : Soi*

*fragmenté et aliénation interne.* De Boeck Supérieur.

— Fontaine O., Fontaine F. et al. (2006) *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive.* Retz.

— Grey N. et Holmes E. A. (2008) « *Hotspots* » in *trauma memories in the treatment of post-traumatic stress disorder: a replication.* Memory, 2008 Oct, 16(7): 788-796. PubMed.gov, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18720224/>

— Harris R. (2017) *Passez à l'ACT : Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement.* De Boeck Supérieur.

— Herman J. (1992) *Trauma and recovery.* Basic Books.

— INSERM (2004). *Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise collective.* <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/146>

— Kabat-Zinn J. (2015) *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness : Programme complet en 8 semaines.* De Boeck Supérieur.

— Kabat-Zinn J. (2016) *Méditations guidées.* De Boeck Supérieur.

— Kédia M., Vanderlinden J., Lopez G., Saillot I. et Brown D. (2019) *Dissociation et mémoire traumatique.* Dunod.

— Korrelboom K., de Jong M., Huijbrechts I. et Daansen P. (2019) *Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with eating disorders: A randomized clinical trial.* Journal of Consulting Clinical Psychology, 77: 974-980.

— Krakow B. et Zadra A. (2006) *Clinical management of chronic nightmares: Imagery rehearsal therapy.* Behav Sleep Med. 2006, 4(1): 45-70.

— Lebigot F. (2011) *Traiter les traumatismes psychiques (2<sup>e</sup> édition).* Dunod.

— Ogden P., Minton K. et Pain C. (2015) *Le trauma et le corps : Une approche sensorimotrice de la psychothérapie.* De Boeck Supérieur.

— Patel R., Spreng R.N., Shin L.M. et Girard T.A. (2012) *Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and beyond: A meta-analysis of functional neuroimaging studies.* Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 36: 2130-2142.

— Salmona M., (2012) *Mémoire traumatique et conduites dissociantes.* In Coutanceau R., Smith J., Lemitre S. et al., *Trauma et résilience.* Dunod.

— Santé Publique France, (2016) Enquête ESPA 13 novembre : Résultats

préliminaires de la phase 1, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/articles/l-enquete-espa-13-novembre#block-225330>

— Schoendorff B., Grand J. et Bolduc M-F. (2011) *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. De Boeck Supérieur.

— Segal Z., Teasdale J. et Williams M. (2016) *Manuel de méditation anti-déprime*. De Boeck Supérieur.

— Segal Z., Williams M. et Teasdale J. (2019) *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression (3<sup>e</sup> édition)*. De Boeck Supérieur.

— Seligman M. E. P. (1975) *Helplessness. On development, depression and death*. Freeman.

— Steele K., Boon S. et van der Hart O. (2018) *Traiter la dissociation d'origine traumatique*. De Boeck Supérieur.

— Tarquinio C., Brennstuhl M-J., Delluci H., Iracane M., Rydberg J. A., Silvestre M., Zimmermann E. et al. (2019) *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Dunod.

— Teasdale J.D. et Barnard P.J. (1993) *Affect, cognition, and change: Remodelling depressive thought*. Erlbaum.

— Teasdale J.D. (1997) *The transformation of meaning: The Interacting Cognitive Subsystems approach*. In Power M. et Brewin C. R., *Meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice*. Wiley.

— Vandentorren S., Pirard P., Sanna A., Aubert L., Motreff Y., Vuillermoz C. et al. (2018) *Étude IMPACTS : Investigation des manifestations traumatiques post-attentats et de la prise en charge thérapeutique et de soutien des personnes impliquées dans les attentats de janvier 2015 en Île-de-France*. Bull. Épidémiol. Hebd. 2018, (38-39): 738-746. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/38-39/2018\\_38-39\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/38-39/2018_38-39_1.html)

— Young J. E., Klosko J. S. et Weishaar M. E. (2017) *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*. De Boeck Supérieur.