

Introduction au réflexe de sursaut¹

Michel Heller

Je vais brièvement présenter le réflexe de sursaut comme méthode d'intervention en Psychologie biodynamique. Les techniques d'intervention psychocorporelles sur le réflexe de sursaut ont surtout été développées par Trygve Braatøy et Aadel Bülow-Hansen, à l'hôpital psychiatrique d'Oslo. Ce travail combine psychothérapie, exploration de la respiration et massage. Un exemple plus récent de cette approche est le développement de ces techniques par Gerda Boyesen et ses collègues dans le cadre de la Psychologie biodynamique.

I. Réflexe de sursaut

« Souvent répétée, cette réaction de peur momentanée peut persister et ainsi créer un déséquilibre léger, mais continu dans le tonus musculaire à travers votre corps, et ce déséquilibre peut devenir une habitude imperceptible qui échappera à votre conscience. »
(<http://www.canstat.ca/startle-french.html>)

Le réflexe de sursaut est déclenché par un événement soudain et inattendu. Il associe un schème sensori-moteur inné au sentiment de peur, qui est ensuite suivi par une décharge émotionnelle spontanée. Lorsque de telles situations se répètent, certains aspects de cette réaction deviennent chroniques, en s'associant parfois au système psychophysiologique du stress. Le réflexe de sursaut dans sa forme la plus pure s'observe chez le bébé, lorsqu'il est surpris par un son trop fort. Il a d'abord la forme du *réflexe de Moro* : lorsqu'il est allongé sur le dos, les genoux se replient vers le thorax et les mains semblent chercher à s'agripper. Le réflexe de sursaut classique apparaît vers 24 semaines. Sa particularité est l'extrême rapidité (moins d'une demi-seconde) du raccourcissement de tous les muscles extenseurs du corps, une mise en boule posturale qui protège la face du corps et une rétention de l'air dans le thorax. Ce réflexe persiste toute la vie, mais s'associe progressivement à d'autres éléments sensori-moteurs. Sa dynamique se différenciera et prendra des formes différentes chez chacun.

Une façon simple de voir si des éléments du réflexe de sursaut sont mobilisés de façon chronique est d'utiliser la méthode suivante :

1. Le patient est allongé sur le dos, la paume des mains face au matelas.
2. Le thérapeute détecte les lieux où le corps ne touche pas le matelas (nuque, épaules, poignets, reins, genoux, etc.).

¹ Ce texte commente une série de photos. Certaines ont été prêtées par Ebba Boyesen pour cette réunion. © Michel Heller. Il s'agit là d'une version corrigée de ma conférence du 17.05.2012 publiée dans Les Actes du 14^e Colloque de Psychologie Biodynamique. Montpellier: Les Editions Biodynamiques, pages 117-120. Quelques coquilles ont été corrigées en Avril 2013. Copyright Michel Heller 2012. Vous pouvez consulter les illustrations sur "Le reflex de sursaut (PP)", sur le site <http://www.aqualide.com/fj/publication/textes.asp>.

si elles sont trop fortes, trop faibles, trop courtes ou/et trop longues².

Si certaines parties du corps semblent avoir une courbure due à un rétrécissement de muscles extenseurs, il peut alors être utile d'enquêter pour savoir si ce rétrécissement est dû à une peur ou des causes d'un tout autre ordre. S'il s'agit bien d'une série de raccourcissements liés à la peur, le thérapeute peut essayer de voir ce qui se passe s'il essaye de détendre ces tensions musculaires et de créer un espace pour une plus grande diversité de dynamiques respiratoires. Il peut, par exemple, demander au patient ce qu'il ressent quand il fait bouger les endroits tendus. L'intention par défaut est de réveiller des dynamiques psychophysiologiques inhibées par le réflexe de sursaut chronique, et de faire en sorte que cette mobilisation automatique se dissolve. Cette démarche soutient souvent l'émergence de dynamiques psychophysiologiques, affectives notamment, que le patient ne se connaît pas. Dans la mesure où ces patients ont souvent peur d'être surpris, il importe d'entreprendre un processus de ce type en douceur. Il va de soi que ces recommandations générales doivent nécessairement être adaptées aux particularités de chacun.

II Travailler la respiration

Les personnes qui sont phagocytées par un réflexe de sursaut ont non seulement un raccourcissement des muscles extenseurs, mais aussi le thorax coincé sur l'inspire, et un diaphragme rigide. Il est donc utile d'aider :

1. Une expiration douce du thorax
2. Provoquer des bâillements qui détendent le diaphragme
3. Laisser se développer la respiration du ventre.
4. Laisser la respiration soutenir le besoin de s'étirer.

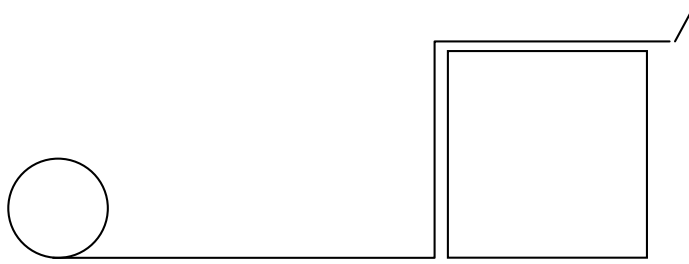
Bref mobiliser une réaction respiratoire qui détend sans faire fondre, et tonifie en même temps.

Exemple d'exercice utile

Demander à la personne de rester ainsi pendant une dizaine de minutes :

La personne est confortablement allongée, les mollets posés sur une chaise, un tabouret ou un lit. Aux hanches et aux genoux l'angle est très exactement de 90⁰.

² Il y a par exemple toujours un petit creux sous le genou, mais si l'arche de ce creux monte jusqu'au milieu des cuisses elle est allongée plus que normale.



Certaines personnes ne supportent pas l'immobilité. Il faut alors leur trouver une relaxation active, ce qui existe.

Lorsque les tensions musculaires qui restreignent la respiration fondent, la quantité d'oxygène qui s'associe aux molécules de fer dans le sang augmente. L'organisme crée alors plus d'énergie métabolique. La personne qui vit ce processus se retrouve souvent avec plus d'énergie que d'habitude. Cette énergie nourrit tout : les besoins, les désirs, les défenses, les angoisses, etc. Le patient doit alors apprendre à vivre avec plus d'énergie de façon constructive. Ce processus permet à la personne d'accepter que tout processus requière une construction, l'apprentissage d'un savoir-faire. Les erreurs et les faux pas sont inévitables. Contrairement à ce qu'avait cru Wilhelm Reich à une époque de sa vie, la dissolution des défenses psychocorporelles ne garantit pas l'émergence d'un processus de guérison spontanée.

Détaillons ce processus. Dans un *exercice sportif*, il y a augmentation de la consommation métabolique d'oxygène, mais l'énergie ainsi créée est tout de suite dépensée. Il n'y a donc pas forcément accommodation qui permet à une personne d'apprendre à vivre avec plus d'énergie. Ceci se voit bien lorsqu'un sportif arrête de faire du sport, car son organisme augmente alors souvent considérablement son poids, parfois de façon difficilement réversible.

Dans le travail respiratoire sur le réflexe de sursaut, ce qui nous intéresse est surtout la capacité qu'a l'organisme de stocker plus d'énergie, d'avoir plus d'énergie disponible. L'expression immédiate de ce qui émerge est peut-être utile dans un premier temps, mais c'est autre chose qui est recherché sur le long terme.

Toutes ces raisons mènent à la conclusion que la dissolution du réflexe de sursaut exige un cadre sécurisant.

Dans la mesure où le stress est avant tout induit par une agression répétée de l'environnement, la restauration de la confiance envers un entourage est la priorité de toutes les approches psychothérapeutiques. À l'intérieur de cette priorité, il devient utile d'utiliser des modes d'interventions (cognitifs, comportementaux, émotionnels, corporels, etc.) que la personne peut intégrer. Dans certains cas, l'exercice respiratoire s'impose. Dans d'autres cas, il faut les éviter, mais observer la respiration. Dès que la personne bâille, soupire, s'étire, respire mieux avec le ventre, nous savons que nous sommes sur la bonne voie. Ainsi une bonne connaissance de la respiration est utile même lorsqu'un thérapeute utilise des méthodes verbales.

III. Conclusion

Dès que l'on touche à des réactions qui mobilisent toutes les dimensions de l'organisme, il faut tenir compte des faits suivants :

1. Les réactions de l'organisme sont déjà incroyablement complexes.
2. Elles sont toutes calibrées par le contexte.
3. La variabilité entre individus et d'un individu d'un moment à l'autre est énorme. C'est notamment vrai pour une personne stressée, qui peut passer d'un PTSD à un comportement habituel en un quart de seconde.

Ceci implique :

1. Aucun style d'intervention n'est adéquat pour toutes les personnes qui ont un même diagnostic. Ceci est même vrai pour les antidépresseurs distribués aux patients dépressifs.
2. Le thérapeute doit avoir la finesse, le tact et une érudition en techniques d'intervention (psychique, corporelle, comportementale et affective) qui lui permet de s'adapter à chaque cas. Dans le cas de gens traumatisés, elles ont déjà subi assez de chocs produits par leur environnement. Ce n'est pas au thérapeute d'en rajouter un autre en voulant à tout prix imposer une stratégie donnée à un patient qui a besoin d'autre chose. Sans quoi la thérapie peut devenir un processus de retraumatisation.

Le travail sur le réflexe de sursaut est donc indiqué dans les cas suivants :

1. Il y a des indices manifestes et nets qu'un réflexe de sursaut est chroniquement mobilisé chez une personne.
2. Les raisons pour lesquelles une personne s'est construit ce type de système de défense ne sont plus d'actualité.

La façon d'aborder le réflexe de sursaut peut-être plus ou moins direct, plus ou moins explicite selon les cas. Il est par exemple possible qu'il faille attendre le bon moment, le moment où une personne peut intégrer de façon constructive une prise de conscience des peurs inutiles qu'un organisme s'inflige.

Références :

- Boyesen, G. (1985). *Entre psyché & soma*. Paris: Payot.
- Braatøy, T. (1954). *Fundamentals of psychoanalytic technique*. New York: Wiley.
- Heller, M. (2008). *Psychothérapies corporelles. Fondements et méthodes*. Louvain: de Boeck.
- Heller, M.C. (2012). *Body Psychotherapy: history, concepts & methods*. New York: W.W. Norton.