

CONGRES EMERGENCES : HYPNOSE ET DEPRESSION

-SAINT MALO- Septembre 2010

LES REGLES D'OR DE LA PSYCHOTHERAPIE DU TRAUMA REASSOCIATIVE

Gérald Brassine Psychothérapeute, initiateur de l'Institut M.H. Erickson de Belgique

Quelques règles d'or qui découlent de l'expérience de la clinique des psychotraumas les plus lourds :

En Bref:

- Stop aux reviviscences !
- Mode Hypnotique Conversationnel.
- Zero Douleur. Et, pour ce faire, directivité clairement assumée.
- Utilisation Paradoxe des Défenses hypnotiques : « Protections dissociatives »
- Co-crédation Métaphorique et responsabilisation du patient pour le travail afin d'assurer une transformation Douce et Amusante des Mémoires Mentales, Corporelles et Cognitives,

L'établissement d'une solide alliance thérapeutique pour travailler les psychotraumas les plus virulents est indispensable !

Une longue pratique avec des cas de survivants de tortures et des survivants de l'horreur nous contraint au respect d'un certain nombre d'obligations si on veut aider ces personnes à retrouver une qualité de vie le plus rapidement possible.

Le respect de ces obligations permet une clinique douce et efficace de la grande majorité des cas considérés comme lourds par d'aucuns : les abus sexuels répétés, les viols pratiqués dans la violence la plus sauvage, les poly-traumas infligés dans l'enfance, les tortures, etc. Cette clinique des cas dits « polytraumatiques » a permis le développement de règles adaptées. Lorsque celles-ci sont appliquées dans des cas de traumatismes plus habituels (exposition unique à un accident, braquage, fait de guerre, viol...), elles permettent une résolution rapide du syndrome. Ces règles accélèrent également le traitement des situations traumatiques de vie comme : avoir vécu des années d'enfance face à des parents violents, suivies par des années de violences conjugales, par exemple.

Ce type de situations mérite toute l'attention d'un thérapeute spécialisé dans les traumatismes qui dispose d'une bonne connaissance pratique de l'usage des **états modifiés de conscience**. En effet, il est urgent de constater que, fréquemment, les psychothérapies qui ne font appel qu'à l'expression verbale aggravent petit à petit et parfois brutalement l'état de la personne, par victimisation secondaire involontaire. Celle-ci passe généralement inaperçue, puisque, comme on le constate, les personnes victimes d'état de stress post-traumatique (ESPT) sont devenues maîtres dans l'art de dissimuler la douleur vécue lors des remémorations. Ces tentatives de ne pas souffrir peuvent être volontaires (par des efforts conscients de ne rien dévoiler) ou inconscientes (par l'apparition de mécanismes dissociatifs de protection réactivés pour "protéger" le patient). L'augmentation de douleurs d'origine psychosomatique n'est qu'un exemple des mécanismes hypnotiques qui accompagnent des symptômes habituellement très pénibles.

- 1.** La première règle est sans doute la plus importante : il s'agit à tout prix d'**éviter la revivification**.

Une idée répandue est qu'il faut faire revivre une scène traumatique. Or, l'état de conscience modifié qu'implique toute reviviscence accentue la symptomatologie et la souffrance du patient. Dès lors, nous pensons au contraire que la scène traumatique et ses résurgences actuelles (p.e. l'effroi, la terreur, les flashbacks, les douleurs psychosomatiques, les angoisses, les cauchemars, les sensations de présences d'odeurs, de goûts, etc....) ont tout intérêt à être « filtrées », re-traitées dans un confort quasi permanent

garanti par la vigilance de l'hypnothérapeute. Cette conceptualisation implique que toute revivification douloureuse devrait être idéalement exclue ! Cette règle: éviter la revivification est essentielle. Cet article propose différents moyens concrets pour y parvenir.

2. La seconde règle est la notion "d'hypnose conversationnelle".

Dans les formations à l'hypnose dite Ericksonienne que j'ai suivies à partir de 1980 (entre autres durant une année passée au MRI de Palo Alto aux USA et en Arizona), j'ai reçu le type de formation à l'époque très répandue : un enseignement éricksonien largement influencé par l'hypnose « classique ». J'ai moi même contribué à donner celui-ci au sein de l'Institut Erickson de Belgique dont je suis l'initiateur (1984) ainsi qu'à l'IMENF pendant de longues années. C'est en 1985 que j'eus le plaisir inattendu de rencontrer Kay Thompson (amie, étudiante et collaboratrice de M. Erickson pendant **trente ans!**) lors d'un congrès à Rome. A ma grande surprise, alors que nous étions sur les escaliers de l'amphithéâtre et que je lui posai quelques questions sur l'hypnose, elle éveillait automatiquement une entrée en hypnose sans aucun artifice, sans induction ni ton de voix dit « d'hypnotiseur ». Ce véritable choc soulignait donc ce que ma formation ne m'avait pas appris...me donnant l'envie d'y parvenir également. Ce type d'hypnose me rappela immédiatement les cassettes audio et vidéo d'Erickson (datant d'avant sa seconde crise de polio). Devrait-on appeler ce type d'hypnose, "hypnose active"? Debout, sur les marches, je réalisais parfaitement cet état modifié de conscience qui me permettait de poser mes questions et surtout d'entendre ses réponses à un niveau différent, niveau auquel je pouvais y réfléchir avec cette compréhension spécifique que nous offre l'état modifié de conscience. Par la suite, Kay Thompson, très généreusement, m'invita chez elle. Là-bas, j'ai pu m'habituer à « aller en hypnose debout » ; dans l'action. Il m'était possible de peler les pommes de terre ou de pousser le "caddie" dans une grande surface de Pittsburgh tout en m'entretenant avec elle de propos en rapport avec l'hypnose et la psychothérapie.

J'eus plus tard l'occasion de rencontrer un contemporain et ami de M. Erickson qui lui aussi établissait ce type de relation hypnotique active, participante et conversationnelle.

Comment appeler ce type d'hypnose?

- Cette **hypnose** est **active**, similairement à celle décrite par M.H. Erickson comme constitutive de l'hypnose profonde. Elle est active au sens où le patient reste actif durant toute la procédure qui le concerne, il y apprend et réalise qu'il peut maîtriser son système nerveux autonome.
- Elle est **conversationnelle** parce que l'hypnothérapeute invite et enseigne au patient à parler, à décrire son état, à essayer certaines propositions qui ont pour but de lui faire corriger, maîtriser, reprendre du pouvoir sur ses émotions, sur sensations (d'angoisse, de douleurs psychosomatiques etc.).
- Elle est donc "**participante**" au sens où c'est le patient qui essaye les propositions offertes par l'hypnothérapeute et est invité à utiliser ses propres idées pour maîtriser et contrôler ses symptômes et les contenus anciens encore douloureux.

Donc le patient est invité à parler à tout instant (ce qui approfondit par ailleurs sa transe) ; **une conversation**, au sens commun du terme, s'établit entre patient et thérapeute.

Il est donc important de s'entendre sur le vocabulaire utilisé à propos de l'**hypnose conversationnelle**. Ces dernières vingt dernières années, la notion d'hypnose conversationnelle a glissé vers une définition de celle-ci comme étant un état modifié de conscience qui se ferait sans annoncer qu'il y a tentative d'induction hypnotique. Ce type d'hypnose est souvent décrit comme le résultat d'un monologue (et parfois même d'un soliloque) de l'hypnothérapeute, via l'usage de métaphores ou via ce "ton endormant d'hypnotiseur" originaire de "l'hypnose classique". Certains vont encore beaucoup plus loin en parlant d'« hypnose sans hypnose » ; le non sens de la chose semble passer inaperçu aux yeux de beaucoup.

Cette dérive du sens du mot hypnose "conversationnelle" est peut-être à attribuer au célèbre cas de

Milton H. Erickson : “L’homme au plant de tomate”. En effet, dans cette histoire, Erickson se voit invité avec insistance par la famille au chevet d’un homme souffrant de fortes douleurs dues à un cancer. Les anesthésiants utilisés n’ont plus d’efficacité, et le patient affiche une hostilité aux « pys » et refuse ce type d’aide. Forcé par les exigences du contexte, Erickson se présente comme étant un ami de la famille et discute avec lui de la croissance d’un plant de tomate (l’homme est jardinier). De manière indirecte et sans déclaration explicite d’hypnose, il utilise cette technique dite “interpersonal technique” traduite par le vocable de “saupoudrage”. Cet exemple a été retranscrit dans beaucoup de livres à propos d’Erickson. L’on ne trouve pourtant que l’un ou l’autre cas pour lesquels Erickson, forcé par la nécessité, a dû déroger à son principe déontologique habituel: inviter la personne à être active et donc impliquée volontairement dans le processus hypnotique. Dans la majorité des cas, Erickson échange avec un patient activement impliqué dans le développement des phénomènes hypnotiques et consciemment instruit du fait de la situation hypnotique dans laquelle il se trouve. Milton Erickson invite la personne à constater les processus et phénomènes hypnotiques, à s’en émerveiller et à s’en emparer pour son bénéfice propre.

En ce sens, nous sommes donc loin d’une hypnose conversationnelle dans laquelle seul l’hypnothérapeute s’exprime, dans laquelle le patient est invité à être passif ! En effet, il est difficile de comprendre ce que l’hypnose profonde utile en psychothérapie n’est certainement pas : proche d’un sommeil caractérisé par une apathie, et un manque de réponse. L’hypnose profonde, comme l’a défini MH. Erickson, est bien un état actif dans lequel le patient peut faire tout ce qu’il ferait dans l’état de veille habituel, et ce, en respectant ses besoins les plus infimes. Le mode conversationnel réclame donc au contraire l’effort explicitement demandé (hors et dans l’état modifié de conscience) au patient de parler, de communiquer, de s’opposer ou d’acquiescer aux propositions faites par l’opérateur.

Le mode conversationnel n’est en aucun cas une situation de manipulation dans laquelle, tout en parlant, l’inducteur cherche à créer un état hypnotique, sans déclaration explicite d’hypnose...mais bien tout le contraire ! Ici, rien n’est fait à son insu. Au contraire, une collaboration est instaurée entre patient et thérapeute. Cet aspect de l’hypnose est très clairement défini de la même manière par Kay Thompson dans ses écrits.

3. Des deux premiers points, il découle la possibilité d’appliquer et de respecter ce qu’il convient d’appeler : la règle d’or : **zéro douleur**.

Cette règle induit la possibilité d’un travail efficace d’une part, et étonnamment rapide d’autre part, des cas extrêmement lourds ou douloureux. Le thérapeute et le patient devraient pouvoir pratiquer les transformations des souvenirs douloureux et de ses corollaires symptomatiques actuels dans une situation de non douleur, et de préférence, même dans l’amusement !

Dès lors, une « **guidance à la fois respectueuse et ferme** (protectrice, pour parer au risque de revivification) du patient » devrait être faite dans un état modifié de conscience conversationnel constant, afin que le thérapeute soit à tout instant informé des progrès que le patient est en train de faire sur les « plaques sensibles de ses mémoires traumatiques » ; et ce, dans un état de confort maximum. Plus efficaces encore sont les moments d’amusement ou de plaisir durant lesquels le patient intervient activement dans cette procédure conjointe de transformation des incidents et souvenirs traumatiques.

Des allers et retours constants vers la situation confort de départ (longuement préparée et développée hypnotiquement avec le patient au préalable), permettront un ressourcement si le confort s’est érodé durant la désensibilisation. Cette situation sert de “lieu” d’entraînement et d’apprentissage des différents phénomènes hypnotiques pour retraiter les douleurs passées-toujours-présentes (y compris les douleurs somatiques actuelles).

Cette compétence ressource, cette activité d’intense d’apprentissage du plaisir et des sensations qu’elle génère sera un des moyens utilisés tant pour re-visiter et transformer l’horreur que pour s’en extraire.

La directivité et la créativité du thérapeute sont essentielles dans les phases de désensibilisation progressive. Par exemple, un des éléments de la scène traumatique, même minime, peut-être amené isolément dans le lieu de sécurité (p.e. seul le couteau de l’agresseur sera amené sur la plage du lieu de

vacances favori, parmi les serviettes de plage, les autres vacanciers, etc.). Progressivement, d'autres éléments du souvenir seront amenés dans cet endroit, puis l'agresseur préalablement réduit et habillé (en nain de jardin par exemple) sera amené sur la plage. Le patient aura été au préalable invité à s'anesthésier et à se dissocier ; par exemple en voyant la plage depuis un tapis volant duquel il aura une vue plongeante à distance. Tous les moyens créatifs ainsi que les compétences hypnotiques disponibles seront mis à contribution, à tout instant, pour assurer un confort permanent pendant le travail . Au plus cette règle sera respectée, au plus le travail se fera rapidement...

4. Utilisation Paradoxales des “Protections dissociatives”.

Pour David Cheek, l'état modifié de conscience qui survient au moment de l'incident traumatique est sans doute à l'origine de la grande diversité des symptômes des ESPT et de la composante hypnotique de ceux-ci. Amnésies, dissociations diverses, anesthésies, dépersonnalisations, conversions psychosomatiques, sont là pour en témoigner.

Nous proposons que ces **symptômes soient utilisés, développés paradoxalement pour mieux en venir à bout, ainsi que pour désensibiliser les contenus et souvenirs qu'ils ont pour fonction de protéger.** David Cheek disait que si un état hypnotique est à l'origine du trauma, alors un état modifié de conscience ultérieur sera requis pour éradiquer les symptômes qui sont inscrits à ce niveau spécifique de conscience. Les hypnothérapeutes ne peuvent qu'être d'accord avec ce point de vue.

Pas mal d'auteurs expriment le fait que l'incident traumatique actionne un mécanisme de figement qui s'étend dans le temps bien au-delà du moment initiateur du trauma. Les émotions, sensations et cognitions sont fixées et restent vives, elles s'expriment dans les symptômes habituels des personnes souffrant d'ESPT. Le travail du thérapeute sera de « défiger » en douceur et de désensibiliser ces phénomènes hypnotiquement capturés dans le cœur et le corps des patients.

Le traumatisé est expert dans l'usage des défenses, (que j'aime appeler protections) de type hypnotique. Même si celles-ci n'ont été que des « bricolages » de l'inconscient. Elles l'ont protégé tant bien que mal pour sa survie, et continueront à le faire tant que l'incendie des douleurs traumatiques n'aura pas été éteint. Ces protections ont pourtant leur revers ; puisque vivre anesthésié, dissocié, et endurer des maladies psychosomatiques n'a rien d'enviable... sans parler de l'amnésie (qui protège de la douleur du souvenir), dont certains thérapeutes novices continuent de penser qu'il vaut mieux ne pas y toucher. Toute amnésie est la source cachée de symptômes graves dont les maladies psychosomatiques ne sont qu'un exemple de résurgence dissociée. Pourtant, si le thérapeute veille au confort constant du patient durant la procédure de désensibilisation du trauma, les levées d'amnésies se feront sans douleur et élimineront les symptômes qui y étaient liés.

Ce quatrième point est une des innovations importantes de la Psychothérapie du Trauma Réassociative (PTR) que nous avons conçue en regard des règles d'or décrites dans cet article. Celle-ci nécessite davantage d'explications qui dépassent le cadre de cette courte présentation.

5. Enfin, la Co-crédation Métaphorique pour une Transe-Formation Douce des Mémoires Mentales et Corporelles fait référence à l'usage de moyens utiles pour assurer ce confort.

Notre technique, développée depuis le début des années 2000, est d'utiliser, d'amplifier des phénomènes hypnotiques (spontanés ou non) qui ont connu leur origine au moment de l'incident traumatique pour mieux revisiter et corriger en toute sécurité les blessures traumatiques actives. Il s'agit de se servir de tous les outils métaphoriques disponibles, tous les filtres, mises à distances et transformations effectuées grâce aux protections dissociatives qui, entrelacés avec les points et concepts exposés plus haut, rendent compte du côté ludique et créatif mis en œuvre avec un patient pleinement conscient de l'importance de son implication personnelle. Cette co-crédation, fera de cette thérapie de haut vol un vrai jeu d'enfants qui s'amuse à deux !

Bibliographie

Erickson, M.H. (1999). « L'Hypnose profonde et son induction ». De la nature de l'hypnose et de la suggestion. L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose (t.I). (Titre original : The collected papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. Vol I. The nature of hypnosis and suggestion, 1980). Bruxelles: Satas.

Thompson, K. (1979). The case against relaxation. Dans G. Burrows, D.R. Collison and L. Dennerstein (eds).Hypnosis, (pp.41-5).

Brassine, G. (2008). Prévenir, détecter et gérer les abus sexuels subis par les enfants. Toulouse: Dangles. France.