

LES RÈGLES D'OR

DE LA PSYCHOTHERAPIE DU TRAUMA ET REINTEGRATION

Gérald Brassine Mai 2008

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

Stop aux reviviscences ! Mode Hypnotique Conversationnel. Zero Douleur, Utilisation Paradoxe des Défenses et Protections (hypnotiques), Co-création Métaphoriques pour une transe-Formation Douce et Amusante des Mémoires Mentales et Corporelles. ,

TEXTE : L'alliance thérapeutique pour travailler les psycho-traumas les plus virulents est indispensable ! Une longue pratique avec des cas de survivants de tortures, 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 respect de ces constats permet une clinique douce et efficace de la grande majorité des cas qui sont considérés comme lourds par d'aucuns : les abus sexuels répétés, les viols pratiqués dans la violence la plus sauvage, les polytraumas infligés dans l'enfance, les tortures, etc.

Un certain nombre d'idées généralement acceptées sont mises à la critique ;

1. la première et sans doute la plus importante est qu'**il faut faire revivre une scène traumatique**. L'état modifié qu'implique toute reviviscence accentue la symptomatologie et la souffrance du patient.

Bien au contraire, la scène traumatique et ses résurgences actuelles (p.e. les douleurs psychosomatiques, etc...) doivent être « filtrées », re-traitées dans un confort quasi permanent garanti par l'hypno thérapeute, ce qui implique que toute revivication douloureuse devrait être totalement exclue !

Ceci implique : (comme le pratiquait Kay Thompson, amie et étudiante de M Erickson pendant trente ans)

2. qu'une « guidance respectueuse et ferme de la personnalité seconde du patient » soit 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 surtout de **l'état de confort**, mieux encore, **de l'amusement, ou du plaisir** dans lequel le patient intervient activement dans cette procédure conjointe.

Le mode conversationnel n'est pas une situation manipulatoire dans laquelle, tout en parlant, l'inducteur cherche à créer un état hypnotique, sans déclaration explicite d'hypnose, c'est tout le contraire !

Cette acceptation tronquée du terme, étant sans doute à mettre sur le compte d'une erreur de jeunesse d'un certain mouvement Ericksonien pour ne pas parler de l'illusion narcissique en quête de toute puissance (ici) hypnotique. Le mode conversationnel est tout 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. Il s'agit bien d'une conversation au premier sens du terme, comme exposée par M. Erickson dans son article sur la transe profonde.

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, pour a) rendre possible b) un travail efficace et c) étonnement rapide 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 !**

Des allers et retours constants vers la situation de départ qui aura été longuement préparée, développée hypnotiquement avec le patient, servira de point de retour et de ressourcement. Ce lieu ressource, cette activité d'intense plaisir et surtout les sensations qu'elle génère sera un des moyens utilisé tant pour visiter 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 sera 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) sera amené sur la plage , le patient aura été au préalable invité a s'anesthésier et a se dissocier en voyant la plage depuis p.e. un tapis volant depuis lequel il aura une vue plongeante et à distance.

Tous les moyens disponibles seront mis en œuvre, 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. Pour David Cheek l'état modifié de conscience 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. **Ces symptômes peuvent être 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; 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.

Les traumatisés sont experts 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 les ont protégé tant bien que mal pour sa survie, et continueront de le faire tant que l'incendie des douleurs traumatiques n'aura pas été éteint. Ces protections ont leur revers puisque vivre anesthésié, dissocié, et endurer des maladies psychosomatiques, n'a rien

d'enviable. Ne parlons pas 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. 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.

Un des moyens utiles pour assurer ce confort que j'ai développé, depuis le début des années 2000, est

l'utilisation, le développement, l'amplification des phénomènes hypnotiques spontanés (ou « importés ») à l'origine de l'incident traumatique pour mieux revisiter et corriger en toute sécurité et confort émotionnel, les blessures traumatiques actives.

5. Ce dernier point : **Co-crédation Métaphorique pour une Transe-Formation Douce des Mémoires Mentales et Corporelles**, fait référence à l'usage de tous les outils métaphoriques disponibles, tous les filtres, mises à distances et transformations qui entre lassés 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. :

L'Hypnose profonde et son induction, Milton Erickson Dans l'intégrale des articles de M. Erickson sur l'hypnose. Tome I Présentation de E. Rossi. Editions SATAS Bruxelles. 1999.

« The case against relaxation » Kay Thompson in G. Burrows, D.R. Collison and L. Dennerstein (eds), Hypnosis, (pp.41-5).

Prévenir, détecter et gérer les abus sexuels subis par les enfants. *Faut-il parler de ça aux enfants ?*

Gérald Brassine. 3^e édition Dangles Editions. Toulouse, France 2008