

## La remodelisation d'histoire de vie - RHV - : comprendre la démarche et les bienfaits de la régression en âge - dans le passé - sous hypnose

Article de Jean Touati, hypnothérapeute  
Juin 2009



### Résumé

Je détaille dans ce texte le déroulement du protocole d'hypnose thérapeutique : Remodelisation d'Histoire de Vie – RHV – (Lockert, 2001). Ce protocole peut s'apparenter au travail de régression et d'*abréaction sous hypnose* pratiqué par Breuer et Freud à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle tout en se différenciant de manière notable par la nature de la relation établie avec le patient et la spécificité du travail *thérapeutique* fait sous hypnose. Dans ses principes, il s'agit, une fois le patient en transe hypnotique, de l'amener à revivre une situation récente représentative de son trouble et de ressentir pleinement les affects associés. Puis, en se centrant uniquement sur le ressenti physique et émotionnel de lui suggérer un retour dans le passé (regarder le film de sa vie) en laissant revenir les situations « qui s'imposent ». Le ressenti active en quelque sorte « un pont affectif » (Watkins, 1971) vers des événements du passé. Un travail spécifique est réalisé successivement sur chaque événement revécu. Les patients revivent fréquemment des scènes remontant à l'adolescence et à l'enfance voire même, dans certains cas, des scènes plus précoces de la petite enfance. Les patients déclarent souvent ne pas avoir repensé consciemment à ces événements, plus rarement, les avoir oubliés. Lorsqu'ils ont déjà fait un travail thérapeutique en lien avec ces événements, bien souvent ils s'étonnent que leurs émotions puissent être encore aussi fortes.

Compte tenu des règles déontologiques de respect du secret professionnel et de réserve vis-à-vis des patients, les prénoms ainsi que certains éléments biographiques ont été modifiés.

« J'ai réinventé le passé pour voir la beauté de l'avenir. »

Louis Aragon, *Le fou d'Elsa* (1963)

Je écris dans ce texte la structure et les principes du protocole RHV. Il est, en préambule, important de préciser que le discours proposé ici sert à illustrer le protocole et que la structure doit être considérée comme une méta-structure. Tous deux sont adaptés à chaque patient. Cette adaptation au patient est inhérente à l'hypnose éricksonienne et s'appuie sur le savoir-faire du *thérapeute*.

Après la phase d'*anamnèse* et d'*induction hypnotique* le *thérapeute* débute le *protocole RHV (Remodélisation d'Histoire de Vie)*. Les spécificités de l'*induction hypnotique* ne seront pas rappelées ici, je rappelle simplement quatre points essentiels :

1/ L'*induction* est toujours totalement adaptée au *patient* ; son histoire, son vécu, son type de personnalité, ses modalités dominantes (PNL) – visuel, auditif, kinesthésique –, son langage, son niveau socioculturel, etc.

2/ Avant de commencer le *protocole RHV* le *thérapeute* fait des *suggestions* de liberté du patient face à des termes ou *dessuggestions du thérapeute* qui ne lui conviendraient pas. Lockert (2001) parle de mise en place de « fusibles. » Par exemple : « Et de tous les mots qui parviennent aux oreilles de Sara (j'utilise ce prénom pour les exemples), Sara ne gardera que ceux qui lui sont utiles et qui lui conviennent, elle pourra aussi les changer car c'est elle qui sait le mieux ce qui est bon pour elle, les autres, elle les laisse s'envoler comme les feuilles en automne emportées par le souffle du vent... »

3/ Lors de l'*induction* ou avant de démarrer le *protocole RHV*, proprement dit, le *thérapeute* invite le patient à rechercher un « souvenir agréable » : un lieu, un moment où il se sent parfaitement bien, un endroit qui sera un lieu de bien-être, de ressourcement qu'il pourra retrouver lorsqu'il en sentira le besoin. Le *thérapeute* fait revivre ce souvenir en explorant ses différentes modalités (sensorielles) et fait un « *ancrage* » (Bandler, 2002) de ce souvenir par un mot prononcé d'une certaine manière ou par un contact physique (sur le poignet par exemple).

4/ Le *thérapeute* utilisera abondamment la technique narrative d'histoires et de *métaphores* « encastrées » : il s'agit d'imbriquer de multiples *histoires* et *métaphores* ce qui favorise la confusion et l'*amnésie du patient*.

Après ces préliminaires revenons au déroulement du *protocole RHV*. Le *protocole RHV* amène le patient à revivre des situations de son passé en partant d'une sensation physique ou d'une émotion liées à son trouble actuel. Pour, par exemple, une *anxiété généralisée* ou un *trouble panique*, le patient est amené à repenser à une situation récente où son *anxiété* a été très intense et à laisser revenir les sensations physiques associées. Pour une phobie sociale il se projette dans une

situation anxiogène comme une réunion, de la même manière il peut s'agir de ressentir un sentiment de honte, de culpabilité, de jalousie, etc. Une fois qu'il ressent cette sensation, le *thérapeute* peut, s'il le juge nécessaire, l'accentuer au travers de *suggestions* et « d'ancrage » physique et / ou auditif. Par exemple associer la sensation à une étreinte qu'il exerce sur le poignet du *patient* et accentuer celle-ci en amplifiant la contrainte et en changeant le ton de sa voix et la prosodie de son discours. La sensation se matérialise, en général, plus ou moins vivement dans le *comportement du patient* : grimaces, accélération cardiaque – le *thérapeute* peut sentir son pouls sur son poignet –, respiration forte, saccadée, tremblements, rougissement, etc. Il l'amène, à ce moment-là, à garder cette sensation – il tient toujours son poignet – et le *thérapeute* lui propose une mise en scène pour remonter le cours de sa vie. Par ex. : « Nous allons aller dans une salle de cinéma où un film bien particulier, le film de la vie de Sara, va lui être projeté... »

Le *thérapeute* poursuit en lui disant par exemple : « Sans chercher à comprendre ou à savoir pourquoi une scène particulière va s'imposer plus forte qu'une autre et nous nous arrêterons un moment sur cette scène. » Il ajoute alors beaucoup de *suggestions*, au travers de *métaphores*, sur le changement qui devient aujourd'hui possible. Celles-ci sont adaptées au patient et à son histoire. Le *thérapeute* a pu commencer ces *suggestions* « de changement aujourd'hui possible » dès la phase d'*induction*. Il ajoute également un discours de *ratification* « ouverte » – décrire le comportement ou le ressenti possible du patient – facilitant la *remémoration du patient* et limitant les *résistances* « de la partie consciente » : « Parfois rien ne vient et il faut juste savoir attendre et le temps peut se dilater comme un élastique que l'on étire..., parfois les scènes sont imprécises, comme floues, alors sans savoir pourquoi une scène va apparaître maintenant plus nette, parfois plein d'images s'imposent à vous et il est difficile de choisir, alors il ne faut pas chercher à choisir car c'est la scène qui va choisir seule de s'imposer, etc. » Le patient se reconnaissant dans l'ensemble des possibilités de ce qu'il peut ressentir, est à la fois rassuré et *suggestionné* sur la nature de ce qu'il peut percevoir. Cela contribue à faciliter l'émergence de ses souvenirs.

Il est important de préciser que, s'il y a bien un effet de *suggestion* pour favoriser la *reviviscence de souvenirs*, en aucune manière les *suggestions* ne portent sur le contenu de ce qu'il pourrait être amené à revoir et seul ses *affects* le guide vers un événement du passé d'où cette appellation assez explicite de « *pont affectif* » (Watkins, 1971).

Le *thérapeute* demande à une partie du corps du patient – souvent un index – de faire un signe lorsqu'il a retrouvé une scène ; démarche de communication non verbale et souvent non consciente dite de « *signaling* ». Également en s'adressant, non pas, à la personne mais à une partie du corps, le *thérapeute* favorise ainsi ce qui est appelé le phénomène de « *dissociation* » ; le *patient* peut se voir de l'extérieur et ressentir son index se soulever, cette *dissociation* sera bénéfique

au travail thérapeutique et expliquée plus loin. Le *thérapeute* lui dit ensuite : « Nous allons nous arrêter sur cette scène », il relâche le poignet pour libérer le patient du *poids de l'affect*, l'invite à respirer et lui demande l'âge qu'il a, ce qui se passe et l'amène à explorer, ce qu'il revit, aux travers des différentes *modalités sensorielles*.

Pour amener le *patient* à s'exprimer le *thérapeute* lui dit que : « Sara reste tranquillement où elle est, et c'est juste la bouche qui va s'exprimer... » Si la *réaction émotionnelle* est très forte le *thérapeute* ne la laisse pas s'accroître ; ce n'est pas l'effet *cathartique* qui est recherché. Pour cela il invite le *patient* à regarder cette scène de l'extérieur, comme une image où il se voit de l'extérieur (*dissociation*), ou il réactive un *ancrage* lié au souvenir agréable. Selon la nature de la scène, sa précocité, le *thérapeute* conduit le *patient*, à « retravailler » cet événement, au travers de différentes démarches. Il pourra s'agir de :

1/ Permettre à l'enfant de l'époque de porter un autre regard sur cette scène ; la « *recadrer* » (Watzlawick, 2000). Il pourra par exemple comprendre l'attitude de son entourage familial. En reprenant les exemples présentés dans le texte d'introduction (➊ Après un long silence, le retour de l'hypnose) : la petite Mathilde dira : « Je sais que ma mère m'aimait mais qu'elle ne pouvait faire autrement, elle devait partir pour son travail. »

2/ Changer ce qui s'est passé : l'enfant de l'époque encouragé par le *thérapeute* change quelque chose dans le déroulement de la scène ou fait intervenir un parent, une personne qui comptait pour l'enfant et pourrait intervenir lors de l'événement revécu, voire un personnage imaginaire : la petite Sophie décidera de changer de collant et le petit Philippe cessera de pleurer seul pour retourner voir son père et lui demander de l'aider à construire sa maison.

3/ Faire intervenir la grande personne d'aujourd'hui qui apportera du réconfort à la petite de l'époque ; ce sera quelques paroles apaisantes, réconfortantes, explicatives, etc. prononcées par l'adulte et entendues par l'enfant ou encore simplement un geste : « Je lui caresse le visage, je lui prends la main... » *Thierry Melchior* (2008) qualifie « *d'autoreparentage* » (ou *reparentage*) cette approche.

4/ Si les démarches précédentes ne répondent pas aux *besoins du patient* on pourra faire une démarche de « *dissociation* » : faire visualiser, en dissocié, le déroulement de la *scène traumatique* (le patient se voyant de l'extérieur) en réactivant l'*ancrage du souvenir* agréable. On peut également faire une variante dite de « *double dissociation* » : la personne se voit (une sorte de double d'elle-même) en train de regarder la *scène traumatique*. Le *thérapeute* pouvant même l'amener à faire quelque chose d'autre (agréable) durant ce temps.

5/ Faire faire, à l'enfant, un deuil (*protocole de deuil* spécifique) qu'il n'a pu faire à l'époque – deuil, par exemple, d'un proche dont le décès a été caché à l'enfant –

Précisons, un point essentiel : si le *thérapeute* peut être amené à faire des *suggestions* très générales sur ce que le *patient peut changer* c'est toujours le *patient* qui accepte, refuse ou propose autre chose.

Le *thérapeute* peut ensuite proposer après avoir exploré une scène de garder une photo représentant tout ce qui est associé à cette scène (modifiée ou non). Puis d'ajuster cette photo comme le patient le souhaite : la couleur, le format, la bordure..., de prendre un album photo vierge, de chercher la page qui convient et finalement de coller la photo, de refermer et de ranger l'album – qui sera rouvert pour la scène suivante –. Le *thérapeute* peut ajouter : « Sara pourra revoir, si cela lui est utile, la petite Sara... qui est toujours en elle... »

Ce travail se poursuit à l'identique en remontant le cours du temps. Il est possible ainsi de réactiver jusqu'à trois à quatre scènes successives. Les premières scènes peuvent ne pas nécessiter de travail de « réparation » mais uniquement la scène la plus précoce. Parfois une seule scène très précoce est réactivée directement. Lorsque le travail sur la dernière scène est satisfaisant le *thérapeute* invite le *patient* à faire le chemin inverse pour revenir « ici et maintenant. » Le *thérapeute* pourra constater qu'il peut arriver au *patient* de changer spontanément, sur le chemin du retour de sa *régression*, les scènes, qui ont été rangées « dans l'album » ; s'il ne l'a pas fait lorsqu'elles ont été réactivées. Isabelle fera, dans sa scène la plus ancienne à quatre ans, le deuil de sa grand-mère qui l'aimait tant – ses parents lui avait caché sa mort tragique : « Mamie est partie dans le ciel » – et puis en revenant à une scène chronologiquement plus récente où elle revivait, dans un premier temps, la terreur de « l'angoisse absolue » – son père l'a fait sortir, seule en pyjama, sur le pallier parce qu'elle ne veut pas manger – elle dira, cette seconde fois, « Je ne m'en fais pas, j'attends, mes parents finiront bien pas rouvrir la porte ». D'autres démarches comme la « dissociation » : faire revivre une scène douloureuse de manière dissociée – vue de l'extérieur – tout en ressentant un sentiment agréable. C'est ainsi que Sandra, après avoir dit à la petite de cinq ans qu'elle n'est pas responsable des actes d'attouchement, reverra – cette fois il s'agit de revoir de manière dissociée et non de revivre – cette scène d'attouchements pédophiles en superposant un sentiment de bien-être. Ce sentiment de bien-être aura souvent été recherché au préalable lors de la démarche d'induction hypnotique. Ce lieu de bien-être pourra aussi servir à quitter une situation trop pénible ou pour mener cette démarche de « dissociation ».

Lors de la phase de retour de la *régression* le *thérapeute* pourra effectuer en complément un travail symbolique sur la respiration : dire au patient de tourner son visage vers le passé, qu'il peut revoir toutes ces scènes de sa vie, celles dont il a parlées mais d'autres encore que seul lui connaît, que dans ces scènes, ces histoires, il y a plein de choses dont il veut se soulager, se séparer mais également des bonnes choses qu'il veut garder, qui l'ont construit, etc. Lui dire ensuite qu'il va inspirer profondément, gonfler ses poumons, revoir et ressentir ce qui doit

revenir, garder ce qui lui est bon de garder et en soufflant il va laisser partir tout ce dont il doit se soulager... Les patients peuvent commencer à souffler « timidement » mais la plupart le font et l'on peut voir le soulagement sur leur visage.

Un patient de formation philosophique me dira à l'issue de la séance : « J'aurai pu y penser, il suffit de manipuler ses souvenirs comme des objets pour les changer ».

Le *thérapeute* finit par une démarche de sortie de *transe hypnotique* toujours accompagnée de *métaphores de changement*.

Je résume en 8 étapes le *protocole RHV* :

1/ Induction

2/ Réactivation et *ancrage d'un souvenir agréable*

3/ Réactivation et *ancrage d'une situation anxiogène*

4/ Mise en place d'un *signaling*

5/ *Métaphore* sur la possibilité de changement

6/ Démarche de *régression dans le passé* et réactivation de souvenirs par « *pont affectif* »\* : Travail de « réparation » des scènes réactivées successivement jusqu'à la scène la plus précoce : a/ *Recadrage* b/ Changement dans la scène revécue c/ *Reparentage* d/ *Dissociation* ou *double dissociation* e/ *Travail de deuil*

7/ Retour de la *régression* avec travail symbolique sur la respiration

8/ *Sortie de transe hypnotique*

\*Si aucun souvenir n'est réactivé le *thérapeute* poursuit sur une autre démarche convenant à la situation.

## Autres textes

### Après un long silence, le retour de l'hypnose

Dans ce texte d'introduction je présente les étapes du *renouveau de l'hypnose* en France, les principes du *protocole d'hypnose thérapeutique : Remodélisation d'Histoire de Vie – RHV –* utilisant la *régression hypnotique* dans le passé - ainsi que des exemples cliniques.

Lire ⓘ [Après un long silence, le retour de l'hypnose](#)

## Régression en âge sous hypnose : témoignage dans le cas d'une patiente souffrant d'une phobie sociale

Dans ce texte je vous propose d'approcher au plus près la démarche de régression en âge ; je raconte le travail réalisé lors de la première séance avec Clarissa, jeune femme de 42 ans souffrant d'une phobie sociale.

Lire [Régression en âge sous hypnose : témoignage dans le cas d'une patiente souffrant d'une phobie sociale](#)

## Psychanalyse et hypnose : une filiation désavouée ?

Pour quelles raisons Freud se détourne-t-il de l'hypnose ? A travers une synthèse de l'histoire des prémices de la psychanalyse, je rappelle quelques éléments cliniques à l'appui de ce renoncement puis je poursuis sur les découvertes thérapeutiques de Sandor Ferenczi, contemporain de Freud, qui contrairement à ce dernier, continua, face aux limites qu'il rencontrait dans la pratique clinique de la psychanalyse, à utiliser l'hypnose tout en innovant. Sa pratique se révèle être, en certains points, étonnement très proche de la pratique actuelle de l'hypnose.

Lire [Psychanalyse et hypnose : une filiation désavouée ?](#)

## L'hypnose Ericksonienne : sa singularité

Je présente, en me référant à quelques auteurs, ce qui caractérise spécifiquement l'hypnose éricksonienne.

Lire [L'hypnose Ericksonienne : sa singularité](#)

## La remodelisation d'histoire de vie – RHV –: comment s'adresser au patient lors d'une régression en âge sous hypnose ?

Je précise dans ce court texte, qui vient compléter le texte sur le traitement par régression en âge - RHV -, l'effet thérapeutique recherché au travers des différentes manières de s'adresser au patient et à l'enfant de l'époque.

Lire [La remodelisation d'histoire de vie - RHV -: comment s'adresser au patient lors d'une régression en âge sous hypnose ?](#)

## Bibliographie

BANDLER, R. *Le temps du changement*. Bruxelles : La tempérance, 2002

LOCKERT, O. *Hypnose*. Paris : éditions IFHE, 2001

MELCHIOR, T. *Créer le réel, hypnose et thérapie*. Paris : Éd. du Seuil, 2008

WATZLAWICK, P., NARDONE G. (collectif sous la direction de.). *Stratégie de la thérapie brève*. Paris : Seuil, 2000

WATKINS, J. G. (1971). *The Affect Bridge: A Hypnoanalytic Technique*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, p. 21-27.