

Après un long silence, le retour de l'hypnose

Article de *Jean Touati*, hypnothérapeute

Juin 2009



Résumé

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.

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

Louis Aragon, Le fou d'Elsa (1963)

28 décembre 1949, Léon Chertok suit sa formation de psychanalyste. C'est son troisième entretien avec cette patiente amnésique ; cette jeune femme de 34 ans a oublié les 12 dernières années de sa vie. Il y a quelques progrès mais rien de significatif, il pense alors à utiliser l'hypnose. La patiente retrouve ses souvenirs, il lui suggère de les conserver ce qui se produit effectivement après la séance. Il raconte son étonnement : « Ce qui s'était produit au cours de cette levée de l'amnésie restait pour moi énigmatique. Qu'est-ce qui avait agi ? Quels processus psychophysiologiques avaient provoqué les gestes que j'avais pu faire, pour que la fonction mémorielle devienne soudain accessible à la manipulation ? Et cela sans prise de conscience, sans interprétation du transfert, sans perlaboration, bref en l'absence de tout ce que j'avais appris à considérer comme le moteur de l'action psychothérapeutique » (Chertok 2006a, p. 26). Mais il relate

aussi la réprobation de ses confrères dont son entrevue avec un représentant d'une institution psychanalytique qui, dit-il : « Me mit en garde contre cette tentation diabolique et le chemin dangereux sur lequel je m'engageais » (ibid. p.26).

Freud ayant renoncé à l'hypnose les psychanalystes en firent un tabou. Léon Chertok fut ainsi l'un des rares psychanalystes, en France, à oser la pratiquer et l'étudier. Didier Michaux (2007) nous rappelle que cette attitude de méfiance prévalait encore, en France, jusqu'aux années quatre-vingt. Les thérapeutes alors ne disposaient pas vraiment d'outils thérapeutiques. Les pratiques les plus courantes faisaient appel à des suggestions directes qui visaient à obtenir une modification des sensations, des perceptions, des comportements, le thérapeute, plus ou moins consciemment, atténuant par le ton de la voix, l'effet autoritaire d'un discours directif. Aussi dans les années quatre-vingt plusieurs formations s'adressant aux médecins, psychologues et autres professionnels de santé, se montent dont certaines s'appuient essentiellement sur la pratique de Milton Erickson.

On doit, en effet, à Milton Hyland Erickson, Psychiatre américain, la renaissance de l'hypnose dans les années quarante aux Etats Unis. Il développe une hypnose « utilisationnelle », « naturaliste », « permissive » et « indirecte » dont s'inspire la plupart des hypnothérapeutes aujourd'hui.

Dans ces textes je m'intéresse à la régression sous hypnose et plus particulièrement au protocole d'hypnose thérapeutique, la RHV — Remodélisation d'Histoire de Vie — (Lockert, 2001). Comme nous allons le voir, ce protocole ne manque pas d'évoquer la régression sous hypnose telle que la pratiquait Freud entre les années 1880 et 1895, suite à la découverte de Breuer (le cas Anna O.). Aussi je reviendrai sur les prémices de la psychanalyse et sur les raisons qui auraient conduit Freud à abandonner l'hypnose (Article 🌐 Psychanalyse et hypnose : une filiation désavouée ?).

J'ai aujourd'hui mis en œuvre ce protocole RHV — Remodélisation d'Histoire de Vie — avec de nombreux patients et je constate régulièrement ses effets bénéfiques. Le protocole RHV sera détaillé dans l'article 🌐 La remodélisation d'histoire de vie : comprendre la démarche et les bienfaits de la régression en âge 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.

Quelle est la nature des événements de vie remémorés lors de la régression sous hypnose ?

L'expérience clinique illustrée ci-après m'amène à qualifier de « mini-traumas de l'enfance » ces événements remémorés sous hypnose. Par cette appellation je rejoins la dernière définition que Freud (1939, p.158), dans l'Homme Moïse et la religion monothéiste, donne du traumatisme : « Nous appelons traumatismes les impressions éprouvées dans la petite enfance et plus tard oubliées et nous leur assignons un rôle très important dans l'étiologie des névroses ». Cependant, Freud poursuit en ajoutant qu'il n'est pas toujours possible de mettre en évidence un traumatisme manifeste dans l'histoire précoce du névrosé, que bien souvent on ne découvre rien d'autre « qu'une réaction insolite à certains événements, à certaines obligations qui sont le lot de tous les individus » (ibid., p. 159). Ce sont donc ces fortes impressions ressenties dans l'enfance « qui ont échappé à une liquidation normale » (ibid., p. 159) que j'appelle, pour les différencier de l'acception plus courante de « traumatisme », les « mini-traumas de l'enfance. » Si le travail de régression hypnotique m'amène régulièrement à retrouver, ce que Freud exprimait clairement dans son dernier ouvrage (ibid.), l'approche thérapeutique mise en œuvre en hypnothérapie prend une grande distance avec la démarche interprétative de la psychanalyse ; car, comme l'expriment très souvent les patients venant me voir et ayant déjà un long parcours psychanalytique, l'interprétation et la prise de conscience ne permettent pas, à elles seules, de changer : « J'ai tout compris de mon histoire mais aujourd'hui je voudrais aller mieux... » Je souligne également une différence majeure avec l'approche psychanalytique : je fais en général ce travail de régression au cours d'une unique séance pour ensuite amener le patient à se projeter dans son « nouveau futur ». En effet, contrairement à la plupart des approches psychothérapeutiques, le travail en hypnothérapie, tel que je le pratique, ne s'éternise pas sur le passé. Je considère même qu'une remémoration incessante, au long cours, du passé aurait plutôt un effet pathogène, voire même, comme je le vois parfois chez des patients ayant suivi une longue analyse, un effet iatrogène (trouble provoquée par le traitement). En particulier lorsque l'analyste se réfère à une étiologie déterministe et figée, amenant ainsi ses patients à se remémorer inlassablement leur passé pour rechercher parmi leurs souvenirs ceux qui, à l'instar de prémisses logiques et causalistes, confirmeraient ce que l'on veut démontrer en oubliant, en regard, de chercher ceux qui, au contraire, pourraient l'infirmier. Cette patiente qui me consulte en s'interrogeant sur la démarche psychanalytique dans laquelle elle s'est engagée depuis quelques mois, exprimera ce ressenti au travers d'une métaphore assez amusante : « C'est vrai, je ne comprends pas comment l'on peut imaginer un jour devenir propre en se lavant continuellement avec de l'eau sale ! »

Il me semble intéressant de revenir à la conception actuelle du trauma vu par des psychanalystes. Dupont (in Nassikas, 2004) parcourt différentes théories expliquant les

mécanismes du trauma et apporte en conclusion une synthèse en 6 points : 1/ Il n'y a pas d'existence concevable sans trauma 2/ Tous les traumas n'entraînent pas d'effets pathologiques. Certains sont intégrés sans bouleverser la structure psychique de l'individu et restent à l'état de mauvais souvenirs ou sont oubliés. 3/ Ce n'est pas l'intensité objective du trauma qui détermine s'il aura ou non des effets pathologiques. 4/ Le trauma agit en plusieurs temps. Il se passe quelque chose que la structure psychique ne parvient pas à intégrer, qui reste là à l'état clivé, et peut être réveillé par un événement ultérieur et déclencher une pathologie. 5/ A l'un ou l'autre de ces stades, un modèle se constitue, qu'on peut éventuellement appeler suivant Balint (2003) « défaut fondamental » 2, « cicatrice » ou « faille », qui détermine la fragilité particulière de chaque individu à tel ou tel type de trauma ultérieur. 6/ C'est la structure psychique de l'individu qui le fragilise à certains traumas. Stephanatos (in Nassikas, 2004) précise également : « Un grand nombre de psychanalystes admettent que, dans la pratique analytique actuelle, il est possible d'éviter deux positions extrêmes qui aboutissent à des impasses. D'une part, la recherche systématique dans la cure d'un événement traumatique réel et « objectivable », d'autre part, la limitation du devenir psychique à une réalité psychique sans autre histoire que celle de ses fantasmes, mettant entre parenthèses l'existence d'un passé, l'influence de l'environnement psychique, mais aussi le rôle primordial pour le sujet du désir et du discours de l'autre maternel. »

Dans une acception assez proche Balint (2003) décrit le traumatisme comme une disproportion considérable entre les besoins psychophysiologiques d'un sujet au cours des phases précoces de son développement, et les soins, l'affection et l'attention dont il a disposé à cette même époque. On retrouve également cette vision du trauma au travers des schémas de pensées dysfonctionnelles des TCC (Thérapies Comportementales et Cognitives) qui pourraient être liés à un manque par rapport aux « besoins capitaux de l'enfance » (Hahusseau, 2003).

Je propose, pour conclure ce texte d'introduction, d'illustrer ce protocole par le vécu de patients : inlassablement, lors de la régression dans le passé guidés par un lien émotionnel actuel, les patients retrouvent ces « mini-traumas » de l'enfance. Ceux-ci, le plus souvent, peuvent paraître anodins pour l'adulte d'aujourd'hui et sont rarement remémorés consciemment en dehors de la transe hypnotique. La plupart des patients s'étonne de cette reviviscence d'événements auxquels ils n'ont souvent jamais repensés. Comme je le disais, contrairement aux événements à caractère plus objectivement traumatiques, ces mini-traumas sont rarement remémorés consciemment lorsque le patient, dans son besoin de donner un sens à son symptôme au travers d'une recherche de causalité, réfléchit à son passé ; ces événements sont généralement connus du patient mais il n'y a jamais pensé avec une reviviscence et surtout un ressenti émotionnel si intense. Je pense, par exemple, à Arnaud (j'utilise des prénoms pour une plus grande fluidité narrative. Ceux-ci sont modifiés étant donné le devoir de réserve vis-à-vis des patients et pour préserver l'anonymat) qui me

demande de travailler sur un sentiment diffus de honte qu'il ressent le perturber dans ses relations avec les femmes — à trente ans, il n'a toujours pas eu de relations sexuelles —. Sa réflexion le conduit à retrouver cette scène où sa tante l'a surpris, dans sa chambre, « en train de se toucher le sexe parce qu'il avait quelque chose, comme de la poussière, qui le gênait... » En transe, ce qui viendra, ce sont les vacances au camping où Arnaud, huit ans, va demander à la petite fille d'à côté si elle veut bien jouer avec lui et celle-ci lui répond qu'elle ne veut pas. Dans certains cas, bien sûr, ceux-ci présentent un caractère plus « objectivement » traumatique. Prenons quelques exemples : Sophie à cinq ans, elle est sur scène au spectacle de fin d'année, elle a honte parce que son collant est un peu transparent et que l'on voit sa culotte ; Mathilde a trois ans, elle se voit en maillot de bain rouge sur la plage, elle a très peur, elle se sent seule, sa maman n'est pas là — sa mère confirmera qu'elle s'est perdue plusieurs heures à la plage lors des vacances en Normandie — ; Philippe a six ans, il a reçu pour Noël une trousse à outils. Il a pris des planches appartenant à son père qu'il essaie de scier pour construire une petite maison. Son père n'est pas content, il lui dit qu'il n'en est pas capable. Le petit Philippe monte seul pleurer dans sa chambre ; Maya a cinq ans, sa mère vient la voir après une assez longue absence, elle lui a acheté une robe de marque, très chère. Sa mère aime cette marque, ces couleurs. Elle veut qu'elle l'essaie mais la petite Maya n'en a pas envie, cette robe ne lui plaît pas. Elle la met pour faire plaisir à sa mère. Sa mère lui dit que la robe lui va bien mais, elle ne lui dit pas... qu'ELLE est jolie, ce que la petite aimerait entendre.

Comme je le soulignais, la plupart des patients s'étonne de revivre ces événements auxquels ils n'ont souvent jamais repensés. Cette reviviscence, si rapide et si détaillée, laisse d'ailleurs perplexe les patients ayant été, comme Clarissa, en analyse durant plus de dix années ; Clarissa qui, souffrait d'anxiété sociale, a suivie une cure psychanalytique durant quatorze années (cf. 🌀 régression en âge et phobie sociale). D'autres fois ces événements présentent pour l'adulte un caractère traumatique plus évident. Il y a bien sûr toutes sortes de maltraitements psychologiques ou physiques subies par l'enfant ou dont il est témoin, d'abus sexuels, de relations ou d'attouchements à caractère pédophile revécus douloureusement avec reviviscence des affects accompagnés souvent de pleurs, mais aussi des cas où l'adulte revoit, troublé, l'enfant prendre du plaisir et aller au devant de cet adulte qui le conduit à ces actes sexuels, des décès, par exemple un grand parent est mort et les parents ne le disent pas à l'enfant, ou encore, la maltraitance d'un enfant par d'autres enfants comme ce qu'a vécu Clarissa lorsqu'elle avait dix ans : sa cousine, avec d'autres enfants, l'a attachée dans le bac à sable, lui a retiré sa culotte et mis du sable dedans, la laissant avec sa honte et sa détresse.

Écoutons maintenant le ressenti d'une patiente (Touati, 2008) : lors du premier entretien, Anaïs se dit en proie à des crises d'angoisse et de panique, elle fait des malaises dans la rue. Elle ne peut plus prendre le métro, aller dans des lieux publics, elle a le sentiment d'être dans un « état de survie... » Une semaine plus tard, elle raconte : « Je n'ai pas refait de crise d'angoisse. Quand je suis sortie de chez vous j'ai vu le panorama s'élargir autour de moi alors

que depuis des mois j'étais dans un monde étriqué à cause de la peur. Ça m'a fait énormément de bien, je ne pensai pas que cela puisse avoir une telle portée. Ça a débloqué quelque chose de très profond. C'était tellement dense et fort, j'étais très surprise de voir que ces choses pouvaient revenir et être ressenties si fort. Ça s'est fait de manière si « violente », dans le sens positif. Comme je suis très cérébrale j'ai tendance à penser que je sais et que je maîtrise ; ça m'a chamboulé, oui c'est vraiment le mot, chamboulé dans le bon sens du terme. Avant de vous voir, j'étais complètement dépassée par ce qui m'arrivait, j'étais submergée, je subissais, je ressens à nouveau la possibilité d'avoir prise sur les choses. Là où c'est très fort, c'est que, bien sûr je vous ai parlé, mais ce que j'entendais était tellement juste ; j'ai des phrases qui sont restées, que je retiens et qui me reviennent encore et qui sont justes, qui me parlent, c'est épatant ! Je suis d'habitude toujours dans l'analyse, j'ai besoin de comprendre. En hypnose ce qui était très puissant c'est que j'étais dans un autre mode, comment dire, on passe par le ressenti, par les sens, pour le coup on ne peut pas faire plus juste à ce moment là. »

28 décembre 1949, Léon Chertok suit sa formation de psychanalyste. C'est son troisième entretien avec cette patiente amnésique ; cette jeune femme de 34 ans a oublié les 12 dernières années de sa vie. Il y a quelques progrès mais rien de significatif, il pense alors à utiliser l'hypnose. La patiente retrouve ses souvenirs, il lui suggère de les conserver ce qui se produit effectivement après la séance. Il raconte son étonnement : « Ce qui s'était produit au cours de cette levée de l'amnésie restait pour moi énigmatique. Qu'est-ce qui avait agi ? Quels processus psychophysiologiques avaient provoqué les gestes que j'avais pu faire, pour que la fonction mémorielle devienne soudain accessible à la manipulation ? Et cela sans prise de conscience, sans interprétation du transfert, sans perlaboration, bref en l'absence de tout ce que j'avais appris à considérer comme le moteur de l'action psychothérapeutique » (Chertok 2006a, p. 26). Mais il relate aussi la réprobation de ses confrères dont son entrevue avec un représentant d'une institution psychanalytique qui, dit-il : « Me mit en garde contre cette tentation diabolique et le chemin dangereux sur lequel je m'engageais » (ibid. p.26).

Freud ayant renoncé à l'hypnose les psychanalystes en firent un tabou. Léon Chertok fut ainsi l'un des rares psychanalystes, en France, à oser la pratiquer et l'étudier. Didier Michaux (2007) nous rappelle que cette attitude de méfiance prévalait encore, en France, jusqu'aux années 80. Les thérapeutes alors ne disposaient pas vraiment d'outils thérapeutiques. Les pratiques les plus courantes faisaient appel à des suggestions directes qui visaient à obtenir une modification des sensations, des perceptions, des comportements, le thérapeute, plus ou moins consciemment, atténuant par le ton de la voix, l'effet autoritaire d'un discours directif. Aussi dans les années 80 plusieurs formations s'adressant aux médecins, psychologues et autres professionnels de santé, se montent dont certaines s'appuient essentiellement sur la pratique de Milton Erickson.

On doit, en effet, à Milton Hyland Erickson, Psychiatre américain, la renaissance de l'hypnose dans les années 40 aux Etats Unis. Il développe une hypnose « utilisationnelle »,

« naturaliste », « permissive » et « indirecte » dont s'inspire la plupart des hypnothérapeutes aujourd'hui.

Dans ces textes je m'intéresse à la régression sous hypnose et plus particulièrement au protocole d'hypnose thérapeutique, la RHV — Remodélisation d'Histoire de Vie — (Lockert, 2001). Comme nous allons le voir, ce protocole ne manque pas d'évoquer la régression sous hypnose telle que la pratiquait Freud entre les années 1880 et 1895, suite à la découverte de Breuer (le cas Anna O.). Aussi je reviendrai sur les prémices de la psychanalyse et sur les raisons qui auraient conduit Freud à abandonner l'hypnose (Article ➊ Psychanalyse et hypnose : une filiation désavouée ?).

J'ai aujourd'hui mis en œuvre ce protocole RHV — Remodélisation d'Histoire de Vie — avec de nombreux patients et je constate régulièrement ses effets bénéfiques. Le protocole RHV sera détaillé dans l'article ➋ La remodélisation d'histoire de vie : comprendre la démarche et les bienfaits de la régression en âge 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.

Quelle est la nature des événements de vie mémorisés lors de la régression sous hypnose ?

L'expérience clinique illustrée ci-après m'amène à qualifier de « mini-traumas de l'enfance » ces événements mémorisés sous hypnose. Par cette appellation je rejoins la dernière définition que Freud (1939, p.158), dans l'Homme Moïse et la religion monothéiste, donne du traumatisme : « Nous appelons traumatismes les impressions éprouvées dans la petite enfance et plus tard oubliées et nous leur assignons un rôle très important dans l'étiologie des névroses ». Cependant, Freud poursuit en ajoutant qu'il n'est pas toujours possible de mettre en évidence un traumatisme manifeste dans l'histoire précoce du névrosé, que bien souvent on ne découvre rien d'autre « qu'une réaction insolite à certains événements, à certaines obligations qui sont le lot de tous les individus » (ibid., p. 159). Ce sont donc ces fortes impressions ressenties dans l'enfance « qui ont échappé à une liquidation normale » (ibid., p. 159) que j'appelle, pour les différencier de l'acception plus courante de « traumatisme », les « mini-traumas de l'enfance. » Si le travail de régression hypnotique m'amène régulièrement à

retrouver, ce que Freud exprimait clairement dans son dernier ouvrage (ibid.), l'approche thérapeutique mise en œuvre en hypnothérapie prend une grande distance avec la démarche interprétative de la psychanalyse ; car, comme l'expriment très souvent les patients venant me voir et ayant déjà un long parcours psychanalytique, l'interprétation et la prise de conscience ne permettent pas, à elles seules, de changer : « J'ai tout compris de mon histoire mais aujourd'hui je voudrais aller mieux... » Je souligne également une différence majeure avec l'approche psychanalytique : je fais en général ce travail de régression au cours d'une unique séance pour ensuite amener le patient à se projeter dans son nouveau futur. En effet, contrairement à la plupart des approches psychothérapeutiques, le travail en hypnothérapie, tel que je le pratique, ne s'éternise pas sur le passé. Je considère même qu'une remémoration incessante, au long cours, du passé aurait plutôt un effet pathogène, voire même, comme je le vois parfois chez des patients ayant suivi une longue analyse, un effet iatrogène (trouble provoquée par le traitement). En particulier lorsque l'analyste se réfère à une étiologie déterministe et figée, amenant ainsi ses patients à se remémorer inlassablement leur passé pour rechercher parmi leurs souvenirs ceux qui, à l'instar de prémisses logiques et causalistes, confirmeraient ce que l'on veut démontrer en oubliant, en regard, de chercher ceux qui, au contraire, pourraient l'infirmier. Cette patiente qui me consulte en s'interrogeant sur la démarche psychanalytique dans laquelle elle s'est engagée depuis quelques mois, exprimera ce ressenti au travers d'une métaphore assez amusante : « C'est vrai, je ne comprends pas comment l'on peut imaginer un jour devenir propre en se lavant continuellement avec de l'eau sale ! »

Il me semble intéressant de revenir à la conception actuelle du trauma vu par des psychanalystes. Dupont (in Nassikas, 2004) parcourt différentes théories expliquant les mécanismes du trauma et apporte en conclusion une synthèse en 6 points : 1/ Il n'y a pas d'existence concevable sans trauma 2/ Tous les traumas n'entraînent pas d'effets pathologiques. Certains sont intégrés sans bouleverser la structure psychique de l'individu et restent à l'état de mauvais souvenirs ou sont oubliés. 3/ Ce n'est pas l'intensité objective du trauma qui détermine s'il aura ou non des effets pathologiques. 4/ Le trauma agit en plusieurs temps. Il se passe quelque chose que la structure psychique ne parvient pas à intégrer, qui reste là à l'état clivé, et peut être réveillé par un événement ultérieur et déclencher une pathologie. 5/ A l'un ou l'autre de ces stades, un modèle se constitue, qu'on peut éventuellement appeler suivant Balint (2003) « défaut fondamental » 2, « cicatrice » ou « faille », qui détermine la fragilité particulière de chaque individu à tel ou tel type de trauma ultérieur. 6/ C'est la structure psychique de l'individu qui le fragilise à certains traumas. Stephanatos (in Nassikas, 2004) précise également : « Un grand nombre de psychanalystes admettent que, dans la pratique analytique actuelle, il est possible d'éviter deux positions extrêmes qui aboutissent à des impasses. D'une part, la recherche systématique dans la cure d'un événement traumatique réel et « objectivable », d'autre part, la limitation du

devenir psychique à une réalité psychique sans autre histoire que celle de ses fantasmes, mettant entre parenthèses l'existence d'un passé, l'influence de l'environnement psychique, mais aussi le rôle primordial pour le sujet du désir et du discours de l'autre maternel. »

Dans une acception assez proche Balint (2003) décrit le traumatisme comme une disproportion considérable entre les besoins psychophysiologiques d'un sujet au cours des phases précoces de son développement, et les soins, l'affection et l'attention dont il a disposé à cette même époque. On retrouve également cette vision du trauma au travers des schémas de pensées dysfonctionnelles des TCC (Thérapies Comportementales et Cognitives) qui pourraient être liés à un manque par rapport aux « besoins capitaux de l'enfance » (Hahusseau, 2003).

Je propose, pour conclure ce texte d'introduction, d'illustrer ce protocole par le vécu de patients : inlassablement, lors de la régression dans le passé guidés par un lien émotionnel actuel, les patients retrouvent ces « mini-traumas » de l'enfance. Ceux-ci, le plus souvent, peuvent paraître anodins pour l'adulte d'aujourd'hui et sont rarement remémorés consciemment en dehors de la transe hypnotique. La plupart des patients s'étonne de cette reviviscence d'évènements auxquels ils n'ont souvent jamais repensés. Comme je le disais, contrairement aux évènements à caractère plus objectivement traumatiques, ces mini-traumas sont rarement remémorés consciemment lorsque le patient, dans son besoin de donner un sens à son symptôme au travers d'une recherche de causalité, réfléchit à son passé ; ces évènements sont généralement connus du patient mais il n'y a jamais pensé avec une reviviscence et surtout un ressenti émotionnel si intense. Je pense, par exemple, à Arnaud (j'utilise des prénoms pour une plus grande fluidité narrative. Ceux-ci sont modifiés étant donné le devoir de réserve vis-à-vis des patients et pour préserver l'anonymat) qui me demande de travailler sur un sentiment diffus de honte qu'il ressent le perturber dans ses relations avec les femmes — à trente ans, il n'a toujours pas eu de relations sexuelles —. Sa réflexion le conduit à retrouver cette scène où sa tante l'a surpris, dans sa chambre, « en train de se toucher le sexe parce qu'il avait quelque chose, comme de la poussière, qui le gênait... » En transe, ce qui viendra, ce sont les vacances au camping où Arnaud, huit ans, va demander à la petite fille d'à côté si elle veut bien jouer avec lui et celle-ci lui répond qu'elle ne veut pas. Dans certains cas, bien-sûr, ceux-ci présentent un caractère plus « objectivement » traumatique. Prenons quelques exemples : Sophie à cinq ans, elle est sur scène au spectacle de fin d'année, elle a honte parce que son collant est un peu transparent et que l'on voit sa culotte ; Mathilde a trois ans, elle se voit en maillot de bain rouge sur la plage, elle a très peur, elle se sent seule, sa maman n'est pas là — sa mère confirmera qu'elle s'est perdue plusieurs heures à la plage lors des vacances en Normandie — ; Philippe a six ans, il a reçu pour Noël une trousse à outils. Il a pris des planches appartenant à son père qu'il essaie de scier pour construire une petite maison. Son père n'est pas content, il lui dit qu'il n'en est pas capable. Le petit Philippe monte seul pleurer dans sa chambre ; Maya a cinq ans, sa mère vient la voir

après une assez longue absence, elle lui a acheté une robe de marque, très chère. Sa mère aime cette marque, ces couleurs. Elle veut qu'elle l'essaie mais la petite Maya n'en a pas envie, cette robe ne lui plaît pas. Elle la met pour faire plaisir à sa mère. Sa mère lui dit que la robe lui va bien mais, elle ne lui dit pas... qu'ELLE est jolie, ce que la petite aimerait entendre.

Comme je le soulignais, la plupart des patients s'étonne de revivre ces événements auxquels ils n'ont souvent jamais repensés. Cette reviviscence, si rapide et si détaillée, laisse d'ailleurs perplexe les patients ayant été, comme Clarissa, en analyse durant plus de dix années ; Clarissa qui, souffrait d'anxiété sociale, a suivie une cure psychanalytique durant quatorze années (cf. Ⓣ régression en âge et phobie sociale). D'autres fois ces événements présentent pour l'adulte un caractère traumatique plus évident. Il y a bien sûr toutes sortes de maltraitements psychologiques ou physiques subies par l'enfant ou dont il est le témoin ; d'abus sexuels, de relations ou d'attouchements à caractère pédophile revécus douloureusement avec reviviscence des affects accompagnés souvent de pleurs, mais aussi des cas où l'adulte revoit, troublé, l'enfant prendre du plaisir et aller au devant de cet adulte qui le conduit à ces actes sexuels ; des décès, par exemple un grand parent est mort et les parents ne le disent pas à l'enfant ; ou encore, la maltraitance d'un enfant par d'autres enfants comme ce qu'a vécu Clarissa lorsqu'elle avait dix ans : sa cousine, avec d'autres enfants, l'a attachée dans le bac à sable, lui a retiré sa culotte et mis du sable dedans, la laissant avec sa honte et sa détresse.

Écoutons maintenant le ressenti d'une patiente (Touati, 2008) : lors du premier entretien, Anaïs se dit en proie à des crises d'angoisse et de panique, elle fait des malaises dans la rue. Elle ne peut plus prendre le métro, aller dans des lieux publics, elle a le sentiment d'être dans un « état de survie... » Une semaine plus tard, elle raconte : « Je n'ai pas refait de crise d'angoisse. Quand je suis sortie de chez vous j'ai vu le panorama s'élargir autour de moi alors que depuis des mois j'étais dans un monde étriqué à cause de la peur. Ça m'a fait énormément de bien, je ne pensais pas que cela puisse avoir une telle portée. Ça a débloqué quelque chose de très profond. C'était tellement dense et fort, j'étais très surprise de voir que ces choses pouvaient revenir et être ressenties si fort. Ça s'est fait de manière si « violente », dans le sens positif. Comme je suis très cérébrale j'ai tendance à penser que je sais et que je maîtrise ; ça m'a chamboulé, oui c'est vraiment le mot, chamboulé dans le bon sens du terme. Avant de vous voir, j'étais complètement dépassée par ce qui m'arrivait, j'étais submergée, je subissais, je ressens à nouveau la possibilité d'avoir prise sur les choses. Là où c'est très fort, c'est que, bien sûr je vous ai parlé, mais ce que j'entendais était tellement juste ; j'ai des phrases qui sont restées, que je retiens et qui me reviennent encore et qui sont justes, qui me parlent, c'est épatant ! Je suis d'habitude toujours dans l'analyse, j'ai besoin de comprendre. En hypnose ce qui était très puissant c'est que j'étais dans un autre mode, comment dire, on passe par le ressenti, par les sens, pour le coup on ne peut pas faire plus juste à ce moment là. »

Bibliographie

- BALINT, M. (1968) *Le défaut fondamental*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2003
- MICHAUX, D. *Définir l'hypnose*. In A. Bioy & D. Michaux (Eds.), *Traité d'hypnothérapie : Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod, 2007 p. 1-6.
- CHERTOK, L. *L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie*. Paris : Odile Jacob, 2006a
- LOCKERT, O. *Hypnose*. Paris : éditions IFHE, 2001
- FREUD, S. (1939) *L'homme Moïse et la religion monothéiste : trois essais*. Paris : Editions Gallimard, 1986
- HAHUSSEAU, S. *Comment ne pas se gâcher la vie ?* Paris : Odile Jacob, 2003
- TOUATI, J. in *Le grand livre du coaching, Y a-t-il une place pour une pratique psychothérapeutique dans le coaching*. Paris : Eyrolles, Editions d'Organisation, 2008
- WATKINS, J. G. (1971). *The Affect Bridge: A Hypnoanalytic Technique*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, p. 21-27.

Autres textes

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 ?


La remodelisation d'histoire de vie : comprendre la démarche et les bienfaits de la régression sous hypnose

Je détaille dans ce texte le déroulement du protocole d'hypnose thérapeutique : *Remodelisation d'Histoire de Vie – RHV*.

[Lire](#)  La remodelisation d'histoire de vie : comprendre la démarche et les bienfaits de la régression en âge sous hypnose

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 ?

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