

Travail en vue d'obtenir la certification à l'IMHEB - août 2020

## Utilisation de la PTR dans la question de l'abus sexuel avec ou sans stupéfiant

Deux jeunes femmes à la recherche de la vérité



Anne DE GREEF  
Psychologue, Psychothérapeute

*Une vraie rencontre provoque une influence réciproque.  
Deux mondes intimes interagissent et chacun modifie  
l'autre.*

*Boris Cyrulnik, Sauve-toi, la vie t'appelle (2012)*



Merci à mes patients qui m'apprennent tant, à Gérald Brassine pour sa transmission, son exigence et son accompagnement, Sandra Depasse pour sa bienveillance et le partage de ses richesses, Nadia Tonglet pour sa vigilance et son sens de l'accueil et à mon compagnon et mes enfants pour leur patience et leur confiance.

Dans cet article, Je me propose de vous exposer deux vignettes cliniques. Toutes deux sont relatives à une question d'abus sexuels qu'ont deux jeunes femmes qui viennent me consulter. Bien que ces deux situations soient bien entendu très différentes, il s'agit de deux jeunes adultes qui demandent à se clarifier quant à une situation douloureuse et pleines d'inconnues. Toutes deux bénéficieront de séance de PTR pour ce faire.

La PTR, psychothérapie du trauma ré-assocative, est un ensemble de techniques spécifiques développée pour traiter les traumatismes graves par Gérald Brassine et enseignées à l'IMHEB<sup>1</sup>. Ces différents outils spécifiques utilisent l'hypnose conversationnelle stratégique. Durant ce travail thérapeutique, le patient, en état modifié de conscience, est partie prenante et actif dans son travail tandis qu'il reste en dialogue constant avec son thérapeute. Il est libre de refuser toute proposition qui lui serait faite. Le psychothérapeute le guide vers la désensibilisation du souvenir pénible tout en veillant à la non-reviviscence des moments traumatisants.

### **Première vignette clinique : Madame V.**

Madame V., jeune étudiante à l'université, vient me voir 6 mois après avoir été violée. Si elle peut le nommer comme tel aujourd'hui, c'est après un long moment d'élaboration de son vécu, de réflexion et de recherche. Elle a eu besoin de sentir qu'elle tenait le coup avant de pouvoir en parler. Quand elle en a parlé à son petit ami, celui-ci l'a beaucoup culpabilisée notamment car il ne comprenait pas qu'elle n'ait pas porté plainte. Cela les amènera à un moment de rupture. Madame V. a besoin de se raconter, de comprendre. Elle est dissociée et peu en contact avec ses émotions. Sa demande évolue au fur et à mesure des premiers entretiens : elle craint en effet de rencontrer ses deux agresseurs qu'elle connaissait et qui fréquentent le même campus et les mêmes lieux de sortie qu'elle et souhaite retrouver le plaisir de se déplacer sans cette crainte. Elle craint également de croiser le regard de personnes qui auraient été témoins d'une partie des événements.

Les faits : Elle va boire un verre avec un ami, T. et l'ami de ce dernier, L. qu'elle a déjà croisé plusieurs fois. Ils se voient dans un bar qu'elle fréquente régulièrement, comme beaucoup d'étudiants. Le lendemain, elle se réveille dans son kot, à côté de L. Elle a mal partout, est remplie de bleus sur le corps, les fesses, les bras, le cou et a une bosse sur la tête. Ses seins sont particulièrement douloureux. Elle est mal, se sent stressée, paniquée et se culpabilise. Elle ne se souvient pas de grand-chose, sinon d'avoir bu trois bières. En pilote automatique, elle prend une longue douche, soigne ses bleus. Elle n'en parle à personne et continue sa vie comme si de rien n'était.

Elle cherche à comprendre cependant ce qui a pu se passer car elle souffre énormément notamment à la poitrine. Elle n'a aucun signe de « gueule de bois », or renseignements pris auprès de son ami T., elle aurait bu beaucoup d'alcool et fait l'amour bruyamment dans l'établissement où ils se trouvaient. Elle ne se reconnaît pas du tout dans ces comportements, ni dans les sensations corporelles qu'elle connaît en cas d'alcoolisation. Elle en éprouve beaucoup de honte et commence à se demander si elle n'aurait pas ingéré de la drogue à son insu.

Outre le fait de retrouver une aisance sur le campus, elle souhaite maintenant savoir si elle a été droguée ou pas. Elle va à des conférences sur le viol, parle à des filles qui ont été droguées à leur insu, et acquiert la conviction d'avoir été violée car elle sait qu'aux yeux de la loi, si une personne n'est pas en état de donner son consentement, l'acte sexuel est bien considéré comme un viol.

---

<sup>1</sup> Institut Milton H. Erickson de Belgique

Cependant, toujours dissociée, elle n'éprouve aucun ressentiment envers ses agresseurs, qu'elle affronte en les confrontant à la notion de viol et en leur posant des questions pour essayer de retrouver le fil des événements de la soirée et de la nuit dont elle n'a pas de souvenir. Son ami T. lui parle donc de whisky, d'actes sexuels dans les toilettes et lui dit qu'il l'a laissée avec L. après être sorti du café.

Elle « essaie d'oublier », pour reprendre le cours de sa vie, de son propre aveu, ça ne fonctionne pas.

Nous décidons alors d'utiliser la PTR pour ces deux demandes : retrouver la possibilité de vivre sa vie sur le campus sans honte et peur de croiser des témoins dont elle verrait dans leurs yeux le rappel du viol, et savoir si elle a été droguée. Le travail en hypnose aura donc un double objectif : d'une part, désensibiliser le trauma en changeant les traces mnésiques douloureuses « en autre chose », et d'autre part, retrouver des souvenirs et si possible avoir certaines réponses.

Une première séance de deux heures a lieu.

L'induction hypnotique se fait via « un bon moment » afin de se familiariser avec l'état de conscience modifié et induire la détente. Ensuite je propose l'entraînement aux différents phénomènes hypnotiques que sont l'anesthésie émotionnelle, l'anesthésie physique, la dépersonnalisation et la dissociation. Celles-ci serviront au moment de la désensibilisation de protections dissociatives. C'est en effet, grâce à l'utilisation de ces protections cumulées qu'il sera possible de revisiter les souvenirs sans les revivre et donc d'éviter une trop grande souffrance. D'autant que quand le patient « retombe » dans la reviviscence, il est figé et n'est généralement pas en état de générer des scénarii auto-réparateurs. Le travail de désensibilisation consiste en effet à substituer un scénario positif et/ou réparateur au(x) souvenir(s) pénible(s), ce qui permet de soulager la mémoire traumatique et donc les symptômes qui découlent de ces relances mnésiques (tant au niveau de la mémoire sensorielle que cognitive, ou motrice). Ceci est réalisable uniquement en état hypnotique.

En situation de protection hypnotique cumulée (à distance et comme si c'était quelqu'un d'autre) elle décide de changer des éléments du café comme enlever le toit pour avoir de l'air, et changer le soir en journée. Ensuite elle décide d'enlever l'alcool, mais constate que les sensations bizarres sont toujours présentes. Elle décline ma suggestion concernant la transformation des amis-agresseurs, mais souhaite leur « débrancher le cerveau » ce qui les rend inoffensifs. Ensuite elle fait intervenir trois amies protectrices qui la ramènent chez elle et la mette au lit en sécurité. Elle se sent alors rassurée et soulagée.

Portée par son Processus Autonome Auto Thérapeutique (PAAT), la patiente continue son scénario : Ses amies la trouve vraiment trop bizarre et l'emmène à l'hôpital pour voir un médecin. Suite à l'anamnèse, le docteur trouve aussi que c'est trop « bizarre » et procède à une prise de sang pour détecter de la drogue éventuelle dans son organisme. Cependant, il lui est impossible de voir le résultat. Mais le médecin lui dit que son état d'amnésie penche vers cette possibilité. Elle voudrait une certitude qu'elle n'obtient pas.

A ma suggestion de « sentir » ses sensations corporelles dans le bar, et ma question de savoir s'il y avait encore « quelques choses à faire », elle accepte ma proposition de changer les personnes présentes dans le bar en « petits bichons » (animal qu'elle aime et qui est non menaçant pour elle), finit par développer un début de sentiment négatif envers les deux « amis » et leur inflige un Travail d'Intérêt Général. (Tiens, ils deviendraient donc un peu responsables ?).

Pour finir, elle accepte ma proposition de douche purificatrice et ensuite d'habits blancs et purs.

Après cette première séance, elle a été plus émotive, ce qui semble être le signe qu'elle sort de son état dissociatif et d'anesthésie émotionnelle. Sa peur de croiser ses agresseurs est beaucoup moins présente, mais persiste si elle est sur le lieu du campus où les événements se sont produits. Elle s'est rendu compte qu'elle était vraiment trop compréhensive envers ses deux « amis » et le sentiment de colère arrive. Elle a aussi eu une levée d'amnésie : elle s'est rappelé avoir croisé un jeune homme quelques jours plus tard qui lui a dit qu'ils se connaissaient car elle était venue à la toilette chez lui, persuadée qu'il faisait erreur, elle fait maintenant le lien avec ce qui s'est passé ce soir-là. Elle dit progresser par rapport à sa question de possibilité d'avoir été droguée et commence à envisager qu'il puisse même s'agir de L. ce qui était avant inenvisageable. Cependant elle n'a toujours pas la certitude par rapport à l'utilisation de drogue qu'elle souhaite et qui lui permettrait sans doute de diminuer son sentiment de culpabilité et de honte.

Une deuxième séance d'hypnose a lieu un mois après la première.

J'apprends en début de séance qu'elle s'est réconciliée avec son petit ami, et qu'elle a brillamment réussi sa session d'examens.

Nous y poursuivons les deux objectifs qu'elle s'est fixée : poursuivre la désensibilisation du trauma pour pouvoir passer devant le bar (pour l'instant elle fait un détour pour l'éviter) et donc la possibilité de vivre sur le campus sans crainte d'être reconfrontée au souvenir pénible et avoir une réponse quant au fait d'avoir été droguée à son insu.

Lors de cette deuxième séance je lui propose de suivre ses sensations corporelles plutôt que son intellect pour tenter d'avoir sa réponse à la question de la drogue.

Après l'induction via « un bon moment », l'entraînement aux phénomènes hypnotiques, et en étant protégées par ces protections cumulées, je lui propose de sentir les sensations corporelles particulières vécues ce soir-là dans le bar. Elle retrouve alors une sensation de chaleur inhabituelle, ainsi qu'une sensation d'anesthésie, « d'être dans de l'ouate » qu'elle ne connaît pas d'habitude, et se sent étourdie et confuse.

Je l'invite à bien sentir ces sensations et même à les augmenter. Elle sent à quel point c'est difficile de bouger et se rappelle qu'on lui a dit qu'on a dû la porter jusque chez elle. Elle sent qu'elle n'arrive pas à se lever : elle essaie mais n'arrive pas. Elle réalise alors que comme ce n'est pas possible, ce n'est pas sa faute.

Lorsque je lui demande : « Que faire pour cette jeune femme ? », elle active un scénario auto-réparateur (PAAT) : un remède lui est apporté. Son bras est lourd, amorphe, mais elle arrive à boire le remède après beaucoup d'effort. Du coup elle se réveille un peu, au niveau de l'esprit, mais le corps reste lourd.

A ma question et malgré tout ça, elle n'est pas encore certaine d'avoir été droguée. Donc je lui propose de continuer à suivre ses sensations : « On n'arrive pas à se lever », « on est comme vidée de son énergie » dit-elle. Ou encore « très grosse fatigue, le corps ne répond pas ». « C'est comme une sensation de rien ».

Lorsque je lui propose d'augmenter la sensation de « rien », elle se rappelle la fois où elle a essayé un joint, mais dit que le « rien mental » est un peu le même, mais qu'elle n'avait pas cette sensation de lourdeur physique, jamais ressentie, même quand elle a beaucoup bu. Je lui propose de rentrer et augmenter encore cette sensation, elle se demande alors si elle a les yeux ouverts car se voit de dos, se voit avachie, ses yeux peinent à rester ouverts, or elle est très visuelle d'habitude, dit-elle. Elle est très surprise de cette sensation d'endormissement car T. lui a parlé d'un état de grande d'excitation qui l'a conduite à faire l'amour dans les toilettes...

Aurait-elle vécu des temps différents : un moment d'excitation suivi de cet engourdissement intense ? Elle n'a pas encore sa réponse.

On lui a dit qu'elle s'est cognée contre un mur, elle ne retrouve aucune sensation de douleur à la tête, mais la bosse découverte le lendemain l'atteste. Elle se souvient que lorsqu'elle elle s'est réveillée le matin, elle a eu l'impression qu'un camion lui est passé dessus. Ça lui rappelle un réveil après une opération chirurgicale où elle était courbaturée. Même question : « qu'est-ce qu'ils ont fait avec mon corps pour que j'ai mal partout comme ça ? »

Je lui demande si elle se souvenait de quelque chose, de combien de temps aura-t-elle besoin pour l'oublier afin de tenter de favoriser l'émergence d'un souvenir enfoui ; et à ce moment, une douleur de brûlure de cigarette revient. La douleur du mégot l'a extirpée de son sommeil. Mais elle est retombée après quelques secondes dans sa torpeur. Ce qui est encore une réaction étrange car ce genre de sensation aurait en principe engendré une action de défense, dit-elle. Le lendemain elle a vu des mégots dans sa bougie près du lit, or L. ne fume pas. Elle se dit qu'une deuxième personne était donc là, peut-être T. ? La colère arrive et monte.

Elle va ensuite développer des scénarii auto-réparateurs tels que :  
Changer ses deux agresseurs, qu'elle définit comme L. et T. en statue de sel qui deviendront poussière avec le temps ; démolir le café avec une grosse boule de démolition et le remplacer par un bar à vin qu'elle apprécie ; y placer ses trois amies protectrices qui mettront tout intrus à la porte ; et enfin prendre une longue douche purificatrice dont elle verra d'abord l'eau sale devenir au fur et à mesure de plus en plus limpide et se parer de vêtements de lin blanc jamais portés.

Cette deuxième séance, où on utilise la sensation corporelle comme tête chercheuse permet à V. de retrouver un souvenir de sensation de brûlure et aussi la présence de T. chez elle. Elle permet en outre la déculpabilisation par le fait de sentir que son corps est anesthésié et qu'elle ne peut se défendre ou fuir et que cela est probablement dû à un produit inconnu ingéré à son insu. Cela amènera la possibilité alors d'extérioriser la colère non plus dirigée contre elle-même, mais contre ses agresseurs et la réparation d'elle-même via un rituel de purification ainsi que la mise en place d'éléments auto-protecteurs pour retrouver un sentiment de sécurité.

Il est à noter que les sensations décrites par Madame V. sont évocatrices de l'utilisation d'une substance telle que le GHB<sup>2</sup> qui provoque entre autres, chaleur, désinhibition, stimulation du désir sexuel, confusion, difficulté de coordination motrice (y compris difficulté de s'exprimer verbalement), perte de mémoire, endormissement et en fonction de l'association à l'alcool et de la quantité ingérée, perte de connaissance, pouvant d'ailleurs aller jusqu'au coma et au décès. Notons que d'autres substances sont aussi utilisées pour commettre des abus sexuels comme par exemple le flunitrazépam (Rohypnol) et le zolpidem (Stilnoct) ou autre analgésiques, anesthésiques ou antidépresseurs qui permettent de lever l'inhibition tout en induisant perte de connaissance et amnésie.

Quelques semaines plus tard, elle recroisera un de ses agresseurs. Aucun échange n'aura lieu entre eux. Elle a pu vérifier à cette occasion, que si son cœur s'est accéléré, elle gardait

---

<sup>2</sup> Le GHB (gamma-hydroxybutyrate) est une substance produite naturellement dans le corps humain en très faible quantité. Consommé de manière récréative, en particulier avec de l'alcool ou d'autres drogues, il peut être très dangereux. Le GHB est un dépressif du système nerveux central, c'est-à-dire qu'il a un effet sédatif et qu'il ralentit la respiration et le rythme cardiaque. L'indication thérapeutique du GHB est le traitement de la narcolepsie, un rare trouble du sommeil.

son « assurance » ». Elle n'a pas eu de nausée (une réaction qu'elle avait ressentie après l'agression), elle ne s'est pas sentie « rongée » et prise dans des ruminations, et a même passé une « bonne nuit ».

Elle continue à cheminer et faire des liens. Par exemple, elle réfléchit par rapport à une éventuelle plainte ce qui était impensable précédemment. Elle se rend aussi compte que le patron de bar et ses employés qu'elle connaissait bien n'ont pas eu une attitude adéquate et a décidé de ne plus fréquenter cet endroit. (Ce qui est bien différent de l'évitement dans lequel elle était encore peu de temps avant). Elle a découvert une petite tâche brune et elle réalise que c'est probablement la trace sur sa peau de la brûlure de cigarette dont elle a retrouvé le souvenir lors de sa séance d'hypnose.

Le travail psychothérapeutique de Madame V. n'est pas terminé. Cependant, elle a pu reprendre le cours de sa vie et retrouver une position beaucoup plus juste par rapport aux événements qu'elle a vécu. Les agresseurs sont identifiés comme tels et elle a pu se déculpabiliser et ressentir une juste colère envers eux et les différents acteurs tels que le patron du bar et ses collègues. Elle a pu réparer son image d'elle-même ce qui lui permet de retrouver son « assurance » comme elle le dit si bien. Elle a aussi pu se réinvestir dans sa relation amoureuse qui s'en retrouve même qualitativement améliorée. Et elle est contente de reprendre très prochainement le chemin du campus et des cours.

### **Deuxième vignette clinique : Madame E.**

La deuxième vignette clinique que je vous propose est la situation de E., qui me consulte envoyée par son médecin généraliste qui a mis en évidence un burn-out. La situation de souffrance professionnelle a été la porte d'entrée à un travail de psychothérapie générale, d'autant qu'en ceint de son premier enfant, cette période de gestation fut propice à des questionnements et des réaménagements psychiques.

Sans rentrer ici dans les détails du travail entrepris par Madame E., il m'apparaît intéressant de mentionner l'utilisation de la PTR pour clarifier une question qui la mettait mal à l'aise et qu'elle avait besoin de tirer au clair avant que naisse sa petite fille. En effet, lors d'un travail thérapeutique précédent, sa psychothérapeute lui avait dit qu'elle avait très probablement été abusée enfant par un oncle (Le second mari de sa tante). Elle se basait vraisemblablement sur le malaise engendré par cet homme autoritaire et hyper contrôlant dans le chef de la petite fille. Cette affirmation la mit mal à l'aise et provoqua de désagréables irruptions intempestives en pensées de cet oncle lorsqu'elle faisait l'amour avec son compagnon. Elle me demanda de visiter ce souvenir en hypnose afin d'en avoir le cœur net.

Nous avons utilisé la PTR, en partant en induction sur un « bon moment » et procédé aux entraînements au phénomènes hypnotiques.

Ensuite, bien protégées par les protections hypnotiques cumulées, elle a pu revisiter ce moment où elle a été dormir chez sa tante et le compagnon de celle-ci lorsqu'elle avait 10 ans.

Elle s'était réveillée tôt et était descendue dans la cuisine où elle avait été rejointe un peu plus tard par cet oncle. Elle se rendit compte que la petite fille était mal à l'aise dans ce tête-à-tête avec cet homme désagréable mais que rien d'abusif ne s'était produit avec elle. Cependant elle savait qu'il était méchant avec sa petite cousine dont il était le beau-père et qu'il la punissait injustement. Et elle fit un travail de transformation de ce moment pénible

notamment en réduisant cet homme en un petit homme minuscule et ridicule et après quoi elle l'expulsa de la maison de sa tante.

Cette séance fut aussi mise à profit pour travailler en PTR sur son burnout et faire un travail de désensibilisation par rapport à deux collègues malveillantes et toxiques.

Elle fit aussi un travail de préparation à l'accueil de son bébé et de préparation de son utérus pour l'accouchement qui lui firent vivre une belle émotion.

Cette situation nous rappelle la nécessaire prudence que doit garder le psychothérapeute pour ne pas induire de situation traumatique ou des images envahissantes auprès de nos patients.

Il m'a semblé intéressant de mentionner le travail en PTR de Madame E., car cette technique de désensibilisation a ici été utilisée notamment pour clarifier un souvenir de non abus sexuel, et désensibiliser un trauma induit par la psychothérapeute.

Madame E. s'en est sentie soulagée et a été très émue et rassurée quant à sa grossesse vécue jusque-là avec des sentiments très ambivalents. Elle a aussi enfin pu se sentir prête à accueillir dans leur vie et avec beaucoup d'amour cette petite fille à venir.



## Bibliographie

Gérald Brassine, « Viols et agressions sexuelles avec usage de stupéfiants: Traitement PTR (Psychothérapie du Trauma Ré associative) », article paru dans la revue française Hypnose et Thérapies Brève N° 35 (Novembre-décembre-janvier 2015)

Evelyne Josse, « La drogue du viol, ses effets », article paru sur le site www.resilience-psy.com (novembre 2013)

[https://www. Infordroque.be](https://www.Infordroque.be)

<http://www.emcdda.europa.eu>

<https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/le-ghb>