

LE POUVOIR DE LA DISSOCIATION

CORPS ET TRAUMA

Gérald BRASSINE

De l'utilisation thérapeutique « paradoxale », radicale et systématique des états dissociatifs présents lors de la constitution du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), dans sa symptomatologie et durant son traitement.

Alors que différentes écoles recommandent d'arrêter le travail thérapeutique lorsque des phénomènes dissociatifs apparaissent, la Psychothérapie du Trauma Réassociative (PTR) suggère tout au contraire de les amplifier et de s'en servir de manière thérapeutique. Une pratique qui révolutionne le traitement des traumas et équivalents traumatiques.

Lors d'un incident traumatique, dans l'urgence du moment, le cerveau met spon-

tanément en place un gigantesque assemblage pour protéger l'individu. La victime se trouve ainsi brusquement et massivement envahie par des phénomènes hypnotiques dissociatifs (1) (anesthésie physique ou émotionnelle, dépersonnalisation, catalepsie, réactions psychosomatiques, etc.) qui vont l'aider à supporter sa souffrance. Au-delà de cette utilité immédiate, ces *protections dissociatives* ne sont plus généralement perçues que comme des symptômes. Leur potentiel positif ne va de soi ni pour le patient, ni pour le thérapeute non averti qui tend à y voir des résistances au travail en cours. Pour le praticien en PTR, par contre, il s'agit là de ressources extraordinaires dont l'utilisation paradoxale permet de garantir le confort du patient lors de la désensibilisation du trauma.

Dans une interview accordée à la revue *Esprit* (2), François Roustang déclarait : « Désormais ma pratique laisse une plus grande part au silence. Mais il faut souvent mettre le doigt sur quelque chose qui bloque le patient, lui faire sentir que c'est

sur tel point qu'il est arrêté. Il faut alors violemment intervenir. » Cette position qui souligne l'importance d'un diagnostic éclairé et la nécessité d'une intervention ferme et décidée, voire audacieuse, du thérapeute s'approche de la conception du Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, lui aussi influencé par Milton H. Erickson. Au MRI, on s'attache à rechercher les tentatives de solution mises en œuvre par le patient dans l'espoir de se sortir du problème car ce sont précisément elles qui bloquent son évolution. D'où l'aphorisme : « *Le problème, c'est la solution !* » Le patient se trouve dans un paradoxe initial qui nécessitera un contre-paradoxe thérapeutique ferme et précis. Le déblocage de la situation implique une certaine « violence » puisque l'intervention s'oppose *de facto* aux efforts entrepris par la personne pour ne plus souffrir.

En matière de traitement des traumatismes, la PTR a adopté une position parallèle aux concepts du MRI : dans un cas comme dans l'autre, ce sont des tentatives de solution qui posent problème. Et ici elles sont principalement hypnotiques et involontaires, constituées de phénomènes hypnotiques apparus pour protéger la personne au moment d'un incident traumatique. L'intervention paradoxale proposée en PTR est contre-intuitive et demande à la fois décision et fermeté de la part du thérapeute. Pour citer Roustang, « *le thérapeute doit avoir l'intelligence de ce qui bloque le patient* ».

GÉRALD BRASSINE

Psychothérapeute, formateur en hypnose et thérapie brève. Fondateur de l'Institut Milton H. Erickson de Belgique (1984) et de celui du Nord de la France. Formations décisives auprès de P. Watzlawick, J. Weakland, R. Fisch, N. Cummings et Kay Thompson. Créateur de l'Hypnose conversationnelle stratégique-PTR. Auteur de : *Faut-il parler de ça aux enfants ? Prévenir, détecter et gérer les abus sexuels subis par les enfants ; La vengeance du Jaguar ; Pour une intervention écologique dans le cadre de l'inceste ; Viols et agressions sexuelles avec usage de stupéfiants.*

brassine.gerald@gmail.com
www.imheb.be



En PTR, on comprend et intègre l'idée que les réactions hypnotiques protectrices apparues lors de l'état de stress post-traumatique se muent en symptômes. Constamment présentes à bas bruit, leur intensité est réactivée lorsqu'un stimuli interne ou externe rappelle l'incident traumatique. L'intervention que nous proposons de faire avec les symptômes hypnotiques intempestifs est typiquement « contre-paradoxe » : elle montre et utilise avec insistance ce qui ne fonctionne plus à un niveau inconscient. Ainsi, ce qui apparaît au premier regard comme une forme de violence s'avère *in fine* libérateur et permet au patient de se réveiller à lui-même, de se débarrasser d'une carapace de « protections liberticides ». On est là au cœur d'un travail hypnotique dont François Roustang rappelait l'essence : « *Erickson a interprété et compris l'hypnose dans ce qu'il y a de plus simple et de plus extravagant : montrer à quelqu'un qui veut se réveiller ce qui ne fonctionne plus, le lui montrer indéfiniment jusqu'à ce qu'il puisse se réveiller. Le but de l'hypnose est le réveil à soi, à son propre élan vital.* »

Concrètement, lors du travail de désensibilisation des traumas par la PTR, le patient est invité à utiliser de manière paradoxale ses manifestations symptomatiques hypnotiques (ou protections dissociatives). On commence par lui demander s'il ressent telle ou telle protection dissociative, puis on l'invite à l'intensifier afin d'ob-

tenir une maîtrise sur ce phénomène hypnotique subi. Pour la première fois depuis l'incident traumatique, il va ainsi obtenir un contrôle sur ses symptômes invasifs et parfois effrayants.

L'aspect pédagogique est constant en PTR : ici, le patient reçoit toutes les informations nécessaires à la compréhension de cette injonction paradoxale, de son utilité, de son but. On lui explique qu'il va prendre les commandes des phénomènes étranges qu'il subissait impuissant jusqu'ici ; il apprendra à se servir d'un

... dévitaliser les traumas les plus douloureux...

bouton de volume pour faire varier l'intensité du phénomène/symptôme, d'abord dans le mauvais sens, pour finalement en devenir le maître. Et, toujours, on veille à lui rappeler qu'à tout moment du travail, il peut refuser ou proposer une alternative à ce qui lui est demandé de faire. En additionnant ses différentes protections dissociatives les unes aux autres, le patient se voit offrir un véritable arsenal d'anesthésiants protecteurs. Il bénéficiera dès lors d'un confort sans pareil pour revisiter et dévitaliser les traumas les plus douloureux avec les phénomènes hypnotiques qu'il maîtrise le mieux.

Si les traumatismes (et/ou les parties les plus virulentes d'un traumatisme) sont très souvent « retirés » du conscient (simplement oubliés ou oubliés ET transformés en maladies psychosomatiques) (3) pour protéger la personne de la peine et de la douleur, l'amnésie est une protection dissociative qui devient, elle aussi, inutile grâce à l'usage de ces anesthésiants. L'utilisation paradoxale des protections dissociatives permet donc l'accès à des contenus particulièrement bien enfouis, dissociés en raison des souffrances qu'ils

... une thérapie
cognitivo-
comportementale
depuis dix-neuf
ans...

impliquaient. Souvent la levée d'amnésie se déclenche automatiquement : dès qu'un premier souvenir est désensibilisé ou est en voie de l'être, un autre pour lequel les protections dissociatives avaient fait leur œuvre apparaît spontanément à la conscience. Si ce n'est pas le cas, le thérapeute demandera au patient de « réanimer » les phénomènes hypnotiques offerts et déjà utilisés pour qu'un autre incident traumatique puisse faire son apparition. Il l'invitera ensuite à transformer ce souvenir pour l'insensibiliser.

Suite au travail de désensibilisation des souvenirs traumatiques et de leurs contenus émotionnels, l'existence même des protections dissociatives devient obsolète. Elles vont dès lors disparaître tout naturellement en emportant avec elles leur forme symptomatique.

Illustration

Lors d'un incident traumatique, chaque personne déploie une combinaison de phénomènes hypnotiques qui lui est propre. Dans l'exemple qui suit, elle sera faite de catalepsie, dissociation, anesthésie physique, dépersonnalisation, anesthésie émotionnelle, hallucination négative olfactive, et même, à un moment, d'une pointe de psychosomatique.

Abigaëlle a 48 ans. Mère d'une fille de 18 ans, elle vit seule depuis douze ans. Elle suit une thérapie cognitivo-comportementale depuis dix-neuf ans avec une interruption de quelques années, son second mari, jaloux, lui interdisant de se rendre aux consultations. La relation avec sa thérapeute est bonne.

Elle me raconte son parcours de vie, très pénible, sans discontinuer et sans exprimer d'émotion. Tout à l'air à distance. Elle décrit rapidement les problèmes avec ses parents : interdiction de sortir ; comparaison et dévalorisation permanente par rapport à sa grande sœur qui, aux yeux de son père, était « *quelqu'un de bien parce qu'elle gagne bien sa vie* »... Elle a fui la maison

vers 16 ans avec un jeune homme qui semblait bien mais regrette aujourd'hui de ne pas avoir écouté ses parents et d'avoir claqué la porte trop tôt. Ce jeune homme deviendra son premier mari. Méprisant, il lui en voudra d'être enceinte et fera de l'accouchement « un enfer ». Il la dévalorise en lui glissant à l'oreille qu'elle n'est « *même pas foutue d'accoucher rapidement de cet enfant dont il n'a rien à f...* », tout en se montrant charmant avec le personnel médical. Pour fuir ces émotions qui lui reviennent, elle passe à la description des mauvaises relations qu'elle a avec sa sœur, autrefois adulée de tous et qui maintenant méprise tout le monde. Elle tempère parfois le tableau sombre de sa vie par la description de choses positives, comme sa relation avec sa fille, mais dévie très vite sur la manière dont son père essaye de la monter contre elle. Elle exprime sa joie d'avoir arrêté le métier que son père l'avait contrainte de choisir et d'avoir pris le risque de se lancer dans celui dont elle avait toujours eu envie : le stylisme.

Abigaëlle a eu un second mari, hyper-violent. Dès leur voyage de noces, il lui dit qu'il n'aurait pas dû l'épouser car il ne supporte pas sa fille. Humiliations et dénigrements pleuvent quotidiennement. Installé chez elle, il s'arrête de travailler et passe ses nuits à dépenser l'argent de son épouse dans des casinos en ligne. Il se montre particulièrement violent lorsqu'elle tente d'aborder la séparation. Chaque fois qu'il a une envie sexuelle, il la bat d'abord à

coups de poing et de pied pour ensuite la violer. Cela aura lieu toutes les semaines pendant quatre ans. Sa fille va assister à l'une de ces scènes au cours de laquelle elle se fait casser ses dernières dents et arracher les cheveux par poignées. C'est suite à cela, parce qu'il l'a battue devant sa fille, qu'elle fera chasser cet homme de la maison et demandera le divorce.

Abigaëlle cache bien sa souffrance. Pour en connaître l'intensité, je lui demande de nommer l'émotion qu'elle éprouve en se remémorant la scène dont sa fille a été témoin et à quel niveau d'inconfort cela la met ? Elle me répond : « *Oh là là ! c'est très, très élevé !* » Comme souvent avec les personnes polytraumatisées, rien ne transparait. Elles font tout pour ne pas se laisser envahir par l'émotion, ce qui donne l'impression qu'elles ne souffrent plus de leur(s) trauma(s). Elles font *bonne figure* et le questionnement est plus que jamais indispensable pour connaître le vécu interne. Je lui expose les modalités avec lesquelles nous allons insensibiliser ensemble ce trauma et les autres : nous allons transformer l'enregistrement des différents aspects enregistrés sur les *plaques sensibles de la mémoire* auxquelles on a facilement accès grâce à un état modifié de conscience.

Je l'invite à créer son état d'hypnose en pensant à un moment agréable. Elle n'en trouve pas et cela lui fait mal : sa vie a été tellement pénible depuis toujours... Mes propositions sont rejetées. Ce pour quoi je



la remercie. Je lui demande si elle a un animal de compagnie. Par chance, elle a une chienne. Je lui propose simplement de penser à lui, à son poil, à sa chaleur, à son souffle, etc. Elle me dit : « *Elle est confiante, elle dépend de moi...* » Elle entre très rapidement dans une transe douce et agréable. Mais tout aussi subitement, elle abandonne ces émotions et sensations légères et se retrouve en état de panique, toute tendue. Elle est *de facto* brutalement plongée dans la résurgence d'un souvenir traumatique d'une grande intensité. On assiste ici à l'apparition de protections dissociatives qu'il s'agira d'utiliser, pleinement et paradoxalement, pour insensibiliser le souvenir

Il est utile d'insister sur le fait que, de manière générale, le thérapeute formé en PTR

Les champs de Nico à Montormentier.

© Geneviève Marot

pratique une hypnose conversationnelle (interactive) dans laquelle le patient est invité à parler et à réagir à ses demandes. Il peut donc éventuellement aller jusqu'à interrompre le processus en cours pour traiter le trauma qui réapparaît (ici sous forme d'une reviviscence). Le thérapeute expérimenté va habituellement désensibiliser le trauma, retraiter l'état de stress post-traumatique, et donc apaiser le patient en utilisant paradoxalement les émotions et sensations fortes en transformant sur-le-champ cette abréaction et les souvenirs qui en sont la cause. Et permettre l'expression des émotions refoulées, permettre le « retour du refoulé » dans le langage freudien.

Considérant la panique qui se développe et l'échec de la tentative d'induire une hypnose agréable à partir du bon souvenir et des ressentis avec le chien, une induction (et gestion utilisationnelle) au moyen de cet état négatif s'impose. La patiente me dit doucement, sur un ton tout différent : « *Je suis vidée de mes sentiments...* » (anesthésie émotionnelle). Elle est immobile, toute raide (catalepsie). Je lui demande ce qui se passe, elle me répond : « *Il est sur moi.* » Sa terreur commence à être visible sur son visage, sur son corps. Elle me décrit une catalepsie totale ; elle ne peut plus bouger et tous ses muscles sont tendus. Elle répète : « *Il est sur moi, je ne peux plus bouger mais, c'est drôle, je ne le sens pas. Ni odeur, ni poids, rien !* » (anesthésie physique et hallucination olfactive négative).

Maintenant, c'est vous le "boss" de ces phénomènes...

Pour interrompre et maîtriser ce vécu inutile et destructeur, je lui propose d'abord d'augmenter les protections dissociatives qu'elle subit et lui en explique la raison : « *En les augmentant, vous allez enfin trouver une maîtrise sur ces phénomènes hypnotiques protecteurs mais néanmoins liberticides que vous connaissez bien et endurez depuis tellement long-*

temps... Vous pourrez ensuite profiter de leurs qualités anesthésiantes pour revisiter, transformer et désensibiliser, sans souffrir, cette scène qui agit négativement en vous depuis douze ans. » Comme elle suit mes propositions, je continue : « *Vous êtes en train de reprendre le contrôle sur l'anesthésie et la paralysie et ce sera pour toujours. Vous les avez augmentées alors qu'habituellement vous les subissez sans rien pouvoir y faire.* » Elle hoche légèrement de la tête pour signifier qu'elle a compris et qu'elle est d'accord. Je poursuis : « *Maintenant, c'est vous le "boss" de ces phénomènes : si vous pouvez les augmenter vous pourrez les diminuer. Mais pour l'instant, nous en avons encore besoin pour désensibiliser complètement cet horrible souvenir sans en souffrir.* »

Le confort offert par l'augmentation des protections dissociatives va lui permettre de revisiter et de modifier le souvenir du dernier viol (celui durant lequel elle a perdu toutes ses dents). Ces modifications contrecarreront toutes reviviscences futures, y compris celles apparaissant sous forme de flashbacks ou de cauchemars. Je lui propose donc de s'imaginer en géante. Par chance, ou par nécessité, cette proposition est acceptée et fonctionne immédiatement. Les tremblements de terreur s'arrêtent de même que la catalepsie. Elle me dit qu'elle peut écraser son mari violeur et lui casser les dents à grands coups de poing et de pied (*retour du refoulé ou récréation du réel*, selon les écoles de pensée freudienne ou construc-

tiviste). J'assiste à un immense défoulement, à un retour de la rage qui fait fondre la peur et permet à la capacité à la joie et au bonheur de (re)faire irruption dans sa vie ! Mission accomplie ? Après diverses vérifications en fin de séance, ce très gros trauma s'avère bel et bien désensibilisé. Cela se vérifie, entre autre, par la disparition du sentiment de culpabilité à propos de cette agression dont elle est en fait la victime.

Au début de la deuxième séance, la patiente me dit qu'elle dort bien et n'est plus réveillée par ce souvenir qui lui revenait sans cesse en cauchemar. Elle me confie que son attitude a changé et qu'elle vit une belle amélioration générale : avec sa fille mais aussi par rapport à ses symptômes de boulimie, dans son travail, etc., ce qui, à ses yeux, indique clairement un changement en profondeur. Son récit est plus lent que lors du premier rendez-vous, mais elle garde son habitude de fuir la souffrance en changeant de sujet. Elle reste également capable de parler de choses très pénibles sans « craquer » même si, à la vérification, les émotions sont bien là et très fortes. Comme je souhaite la faire travailler de manière effective sur l'un ou l'autre trauma, cette fois je ne la laisse pas parler sans cesse ni changer de sujet. J'ai mieux à lui proposer pour qu'elle ne souffre plus jamais des exactions qu'elle a subies.

Elle évoque le fait que, lorsqu'elle pense à sa fille, une sensation très forte apparaît dans son ventre (manifestation psychoso-

matique – dans ce cas légère – conceptualisée en PTR comme une protection dissociative, donc comme un des phénomènes hypnotiques). Habituellement elle soulage cela en mangeant énormément et en vomissant le tout ensuite. Je commence immédiatement une induction utilitaire à partir de cette sensation.

En PTR, les inductions sont toujours utilitaires : la personne est invitée à se centrer sur un vécu personnel, qu'il soit agréable ou pénible, physique ou émotionnel, et à focaliser son attention sur son expression et sur sa localisation dans le corps. Il n'est donc jamais fait usage en PTR d'inductions standardisées.

J'utilise la sensation douloureuse apparue dans son ventre pour travailler ce symptôme de boulimie. La patiente indique que cette douleur n'est pour l'instant qu'à 1 sur 10. Je lui demande de l'intensifier et d'observer vers quoi cela l'amène. « *Mon corps se tend et est nerveux* », dit-elle. Elle précise que ce sont là les circonstances habituelles de sa boulimie et que cela lui rappelle des humiliations, dévalorisations et moqueries de son premier mari et d'autres du second. Commenant à la connaître, je me doute qu'elle tente d'éviter quelque chose de très chargé émotionnellement. J'insiste : « *Augmentez la douleur et les tensions corporelles.* » Elle me décrit une sensation d'écrasement, de vide dans son estomac, puis ajoute : « *Non, c'est tout mon ventre qui est vide !* »

Je lui demande d'augmenter encore cette sensation de vide, maintenant ! Elle l'augmente à 8 sur 10 et raconte : « *L'enfant a des soubresauts dans mon ventre pendant l'accouchement, il a le hoquet. Mon mari fait de grands sourires aux infirmières mais il me dit tout bas à l'oreille que je ne suis qu'une grosse conne, même pas fichue d'accoucher rapidement, comme tout le monde, de ce sale môme dont il n'a rien à foutre ! Il*

Envolez-vous très haut au-dessus de cet hôpital...

n'arrête pas de me dire plein d'autres horreurs... » Visiblement en souffrance, elle dit : « *c'était l'enfer !* », et ajoute en pleurant : « *Je suis paralysée (catalepsie), je ne sens à nouveau plus rien (anesthésie physique), je suis sortie de mon corps (dissociation). J'ai eu tellement peur de ça... Je m'en souviens maintenant. Je l'avais pourtant complètement oublié.* » Je lui réponds : « *Augmentez bien ces phénomènes : ils sont protecteurs. Intensifiez l'anesthésie physique et la paralysie, augmentez l'anesthésie des émotions et la dissociation. Envolez-vous très haut au-dessus de cet hôpital et voyez ce petit crétin qui fait des risettes au personnel. OK ? Réduisez-le à la taille d'un nain de jardin et affublez-le d'un tutu rose de ballerine. Vous pouvez faire cela ?* » Rires de la patiente. « *Oh, oui ! C'est génial vu de là-*

haut ! Génial et sans douleur ! Mais quelle ordure il a été avec moi. C'est un minable ! Puis maintenant, je m'en souviens : c'est comme s'ils m'avaient arraché cet enfant pour le lui donner. C'est cela cette douleur dans le ventre. J'étais désespérée ! » Pleurs...

- **Moi, Thérapeute (Th.) :** « *Maintenant que vous voyez la scène d'en haut, Madame, que pensez-vous qu'il faudrait faire pour cette jeune femme ?*

- **Abigaëlle (A.) :** *Lui donner son enfant pour qu'elle le prenne sur son ventre, sa poitrine...*

Elle se met à sourire et s'apaise en imaginant ce nouveau scénario. Après un temps, elle continue :

- **A. :** *Il faut faire partir "l'autre" de cette salle d'accouchement. Le tuer ou l'éliminer, qu'il disparaisse : je l'efface avec une gomme !*

- **Th. :** *Bravo ! En même temps que vous sentez la rage envers lui en le gommant, sentez bien le bonheur et la sécurité d'avoir votre enfant sur vous.*

- **A. :** *Je le hais depuis ce jour-là ! Après la naissance, il a amené ses parents et ses copines pour faire le coq tout en me répétant discrètement qu'il n'en avait rien à foutre de ce sale gosse !*

- **Th. :** *Pouvez-vous maintenant continuer la suite de cette belle mise au monde et voir cette jeune femme qui a son bébé sur le ventre dans une salle d'accouchement qui est comme une chouette cabane sur une plage ensoleillée ?*

- **A. :** *Oh ! oui... Et je donne les mor-*

ceux de mon mari aux requins. C'est délectable !

Je lui demande si les médecins, sage-femme et infirmières étaient bien et si elle n'a pas de colère à leurs propos.

- **A.** : Non, pas du tout, ils ont été vraiment bien.

- **Th.** : Sentez bien votre corps, nettoyez-le, faites-lui du bien : allez dans l'eau avec votre bébé et offrez-vous un bain purificateur. Vous voyez toujours cela d'en haut tout en ressentant les bonnes sensations qu'elle ressent, en bas (dépersonnalisation) ?

Je l'ai dans mon ventre cet enfant en même temps qu'il est sur mon ventre

- **A.** : Oh ! oui... C'est bon et rassurant... Je l'ai dans mon ventre cet enfant en même temps qu'il est sur mon ventre. C'est délicieux ! Mais je n'ai pas le droit. D'après lui, je suis une mère possessive...

- **Th.** : Vous êtes comme une maman kangourou, alors il peut être dans votre ventre et en dehors ?

- **A.** : Oui... C'est bon ! Je peux le garder bien plus longtemps en moi et sur moi, alors ?

- **Th.** : Bien sûr. Et vous pourrez encore y penser et le sentir longtemps, tout le temps que vous le souhaitez, des jours, des mois, des années même...

- **A.** : Mais il ne voulait pas que je sois aussi proche de l'enfant, ce n'était pas bon pour la petite à son idée. J'étais trop possessive, "trop fusionnelle", à ce qu'il disait...

- **Th.** : Comme un gros bébé, il était jaloux de l'enfant et des soins que vous lui prodiguez.

- **A.** : Il a même été voir une psychologue. Seul. Il m'a ensuite emmenée chez elle "pour arranger notre couple", disait-il. Pensant qu'il allait se remettre en question, j'avais trouvé l'idée chouette, évidemment. En fait, une fois chez la psychologue, elle m'a accusée d'être une femme possessive empêchant mon mari d'avoir accès à son enfant. J'ai été tellement surprise et choquée que je me suis effondrée. J'ai tout pris pour moi, comme si j'étais en faute. Sur le trajet du retour, en voiture, j'ai pleuré tout du long. J'ai fini par comprendre que mon mari avait préparé la psychologue pour qu'elle m'accuse, sans même savoir ce que moi je vivais. L'affaire avait été entendue avant même de m'avoir rencontrée. Mais quelle c... Voyant les poings de la patiente se fermer, je lui demande :

- **Th.** : Vous sentez la rage dans vos poings que je vois se resserrer ? Allez-y, massacrez-la et habillez-la en... Vieille prostituée... ? Ou autre chose peut-être ?

- **A.** : Oui, elle en avait l'air, d'ailleurs ! Elle regardait mon mari avec passion, elle était séduite par lui.

- **Th.** : Vous voyez, même les pys tombent dans le panneau...

- A. : Ah ! oui, c'est vrai cela ! J'ai encore envie de lui casser la gueule à ce séducteur. Quel salopard ! »

La patiente se défoule mentalement avec fougue et plaisir, d'abord sur la psychologue instrumentalisée, puis longuement sur le mari. Après une dernière séance pour revisiter et peaufiner le travail accompli, ce sera la fin de la thérapie.

... la créativité inconsciente a besoin de cette chiquenaude...

On l'aura remarqué, les échanges verbaux sont indispensables et permanents en PTR. Que ce soit pour éviter la reviviscence ou, plus simplement, pour savoir à tout instant où en est le patient, ce qu'il fait, ce qu'il découvre, ce qu'il comprend, ce qu'il accepte ou refuse, ou si, mieux encore, une idée lui vient, si un processus autonome auto-thérapeutique (PAAT) se développe grâce à une utilisation judicieuse d'un silence du thérapeute dans l'expectation.

Le thérapeute est en perpétuel équilibre entre proposer, au risque d'étouffer l'apparition de la vérité inconsciente du patient, et se taire, au risque de ne pas susciter la créativité inconsciente qui a souvent besoin de cette chiquenaude pour apparaître dans le cheminement de la vérité. Il apprend

à recevoir un « non merci », ou « ce n'est pas comme cela que je vois la situation ou le moyen de ma guérison », ou « je ne suis pas en accord avec votre proposition, j'en ai une autre à faire... », comme autant de possibilités à s'ajuster au mieux aux besoins du patient. Cet échange égalitaire et dynamique permet au thérapeute, par essais et erreurs, d'accompagner et d'aider le patient à retrouver son chemin, son destin. Cette manière de faire favorise l'émergence de ce qu'il est habituel d'appeler un processus autonome auto-thérapeutique (PAAT), le Graal tant recherché dans les thérapies ericksoniennes.

Notes

1. Ce conglomérat de phénomènes hypnotiques est aujourd'hui communément appelé « sidération ».
2. Interview de François Roustang réalisée par Stéphane Breton en janvier 2016 : https://esprit.presse.fr/actualites/francois-roustang-et-stephane-breton/il-n-y-a-pas-de-chemin-42301?fbclid=IwAR1jqwLexEv_3b1uw4CKlBzkax-CeSBEMeEsP7Td1rhY6kNfNEyJv1k9Znwg
3. A l'IMHEB, depuis 2000, la psychosomatique est conceptualisée en PTR comme un phénomène hypnotique, et est donc, dans la pratique, utilisée en tant que protection dissociative.

BIBLIOGRAPHIE

- Fisch R., Weakland J.H., Segal L., *Tactiques du changement. Thérapie et temps court*, Seuil, 1986.
- Bellet P., *Réalités hallucinées d'une catastrophe*, « Transes » n° 10, janvier 2020.
- Breton S., *Il n'y a pas de chemin. Entretien avec François Roustang*, revue « Esprit », 2019.
- Brassine G., *Faut-il parler de ça aux enfants ? Prévenir, détecter et gérer les abus sexuels subis par les enfants*, 1^{ère} d., Montreux, 2003, Kindle Amazon (en fr., esp. et arabe, 2018).
- Brassine G., *La vengeance du jaguar. Roman hypnotique*, Kindle Amazon, 2018.
- Brassine G., *Protections dissociatives. Anesthésiants pour l'hypnothérapie du trauma*, « Hypnose & Thérapies brèves », n° 55, nov./déc. 2019/janv. 2020.