

De l'intérêt de  
l'hypnose conversationnelle stratégique (PTR)  
dans la clinique du trauma sexuel  
- Une enquête qualitative -

Pierre HALLOY

matricule 000 411 185

Mémoire réalisé sous la direction de  
Monsieur le Professeur Christophe LEYS  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences psychologiques

Année académique 2021-2022



## Remerciements

*En préambule de ce travail, nous voudrions remercier quelques personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de recherche.*

*Tout d'abord, nous remercions Monsieur le Professeur Christophe Leys qui a soutenu ce projet depuis son élaboration jusqu'à sa conclusion, en passant par les nombreux conseils dont il nous a généreusement abreuvé quand nous en avions besoin.*

*Merci à l'aide précieuse de Madame Aude Fenaux dont l'efficacité n'a d'égal que sa bonne humeur communicative.*

*Ensuite, nous remercions les participantes et participants à cette étude pour le temps qu'ils nous ont consacré et pour leur aimable contribution.*

*Nous tenons également à très chaleureusement remercier Laura van der Hoeden pour son soutien infaillible, pour l'amitié dont elle a fait preuve et sans l'aide de laquelle l'écriture de ce mémoire n'aurait pas été possible.*

*Et puis merci à Michiel, Geo, Tony, Elodie, Mary et toutes celles et ceux qui nous ont encouragés à leur manière tout au long de ce processus.*

*Enfin, le plus grand des merci à Dany Coussement qui a rendu possible l'écriture de ce nouveau chapitre, ainsi que tous ceux qui lui ont précédé.*

## Résumé

Notre mémoire vise à comparer l'efficacité de deux méthodes de traitements du traumatisme : l'EMDR et l'hypnose PTR. Notre but est de déterminer s'il y a un avantage à utiliser l'hypnose PTR et pour quelles raisons. Nous testerons l'hypothèse selon laquelle l'hypnose PTR apporte une plus value clinique au traitement du psychotraumatisme. Parmi de nombreux traumatismes, nous avons décidé de nous centrer en particulier sur les violences sexuelles. Etant donné l'absence d'étude sur l'hypnose PTR, notre recherche est résolument qualitative, dans l'espoir d'inspirer de futures travaux quantitatifs. Pour cela, nous avons demandé à plusieurs intervenants, praticiens et patients, de relater leur expérience avec l'une et/ou l'autre méthode.

Mots-clés : PTR<sup>1</sup>, hypnose, traumatisme, EMDR<sup>2</sup>, violences sexuelles.

## Abstract

Our Master's thesis will compare two therapeutic methods in the treatment of trauma : the EMDR method and PTR hypnosis. Our goal is to determine whether the PTR hypnosis is more effective in bringing substantive healing results and why this method is a better treatment method. We will test the hypothesis that PTR hypnosis brings clinical value to the treatment of trauma. Among the many types of traumatic experiences, we have chosen to focus this study on sexual violence. To collect research for this study, we have interviewed therapeutic practitioners and patients and recorded information regarding their personal and professional experiences with EMDR and/or PTR hypnosis. As scientific literature about PTR is virtually non-existent, we have chosen to make this study a qualitative study. We hope this study will inspire future quantitative research.

Key words : PTR<sup>1</sup>, hypnosis, trauma, EMDR<sup>2</sup>, sexual violence.

---

<sup>1</sup> Psychothérapie du Trauma Ré-associative

<sup>2</sup> Eye Movement Desensitization and Reprocessing [Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires]

## Table des matières

<b>I - INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>II - REVUE DE LA LITTÉRATURE</b>	<b>8</b>
1. Le traumatisme psychique : Qu'est-ce que c'est ?	8
1.1 Le rôle du stress	13
2. Le Syndrome de Stress Post Traumatique [SSPT]	15
2.1 Historique du SSPT	15
2.2 Les symptômes du SSPT	16
2.3 La dissociation traumatique	18
2.4 L'impact du traumatisme psychique sur la vie quotidienne	21
3. Les violences sexuelles	23
4. Les prises en charge thérapeutiques du SSPT	25
4.1 L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing [EMDR]	27
4.2 L'hypnose et la Psychothérapie du trauma réassociative [PTR]	30
4.2.1 Historique de la PTR	30
4.2.2 L'hypnose conversationnelle stratégique en PTR : Qu'est-ce que c'est?	31
4.2.3 Les règles d'or de la PTR	33
<b>III - MÉTHODOLOGIE</b>	<b>37</b>
1. Les participants	37
2. Le processus d'entretien	38
3. Le guide d'entretien	39
3.1 Les thématiques à questionner pour les praticiennes et praticiens / thérapeutes	39
3.2 Les thématiques à questionner pour les patients	40
<b>IV - RÉSULTATS</b>	<b>41</b>
1. Marie	41
2. Bénédicte	47
3. Aline	53
4. Diane	57
4.1 Son vécu comme praticienne	57
4.2 Son vécu comme patiente	63

5. Gilles	65
6. Grégory	70
<b>V - DISCUSSION</b>	<b>74</b>
<b>VI - LIMITES, APPORTS ET PERSPECTIVES</b>	<b>80</b>
1. Limites et apports	80
2. Perspectives	81
<b>VII - CONCLUSION</b>	<b>85</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>86</b>
<b>Annexes</b>	<b>95</b>
ANNEXE n°1 : Formulaire de consentement éclairé	96
ANNEXE n°2 : Retranscription d'interview n°1 : Marie	98
ANNEXE n°3 : Retranscription d'interview n°2 : Bénédicte	111
ANNEXE n°4 : Retranscription d'interview n°3 : Aline	125
ANNEXE n°5 : Retranscription d'interview n°4 : Diane	136
ANNEXE n°6 : Retranscription d'interview n°5 : Gilles	151
ANNEXE n°7 : Retranscription d'interview n°6 : Grégory	158
ANNEXE n°8 : Grille symptomatique de Palo Alto	163

## I - INTRODUCTION

Depuis quelques années, les tabous sur les agressions sexuelles semblent se lever par le biais des médias. De plus en plus de jeunes se dévoilent librement sur les violences sexuelles qu'ils ont subies. Parmi les mouvements populaires, nous retrouvons « Balance ton porc », « Balance ton bar », « Me too » et plein d'autres encore. Grâce aux réseaux sociaux tels que « Tik Tok » ou « Instagram », les langues se délient toujours plus et nombreux sont les témoignages au sujet des difficultés sexuelles, des douleurs, des violences éducatives, des violences sexuelles, etc. qui circulent sur la toile.

Beaucoup de personnes s'identifient à ces récits et certaines se rendent compte qu'une histoire similaire leur est arrivée. Il n'est pas rare de rencontrer des patients en thérapie qui disent avoir la sensation d'avoir été abusés dans leur enfance sans pour autant en avoir la certitude. Ce phénomène peut être expliqué par des protections dissociatives, comme l'amnésie traumatique, que nous aborderons dans ce mémoire.

Chaque personne va vivre son traumatisme différemment et développer ou non un Syndrome de Stress Post Traumatique [SSPT]. Les symptômes peuvent se confondre avec des maladies psychiatriques au risque qu'un mauvais diagnostic soit posé ou encore d'handicaper le quotidien des victimes.

Cependant, dans cette génération plus ouverte au sujet des traumatismes, qu'en est-il du traitement et de l'aide disponible ? Bien que différents courants de psychothérapie existent, des techniques comme l'EMDR et l'hypnose ont gagné en popularité cette dernière décennie. Bien sûr, l'hypnose reste associée à l'art du spectacle, comme Mesmer, mais nous verrons plus tard qu'elle est bien plus que cela. L'EMDR, fort à la mode pendant un temps, est une technique qui a été prisée par de nombreux magazines. Mais qu'en est-il de leur efficacité ? Comment différencier les deux ?

Nous nous concentrerons sur un type particulier d'hypnose, appelée « PTR » : Psychothérapie du Trauma Réassociatif. A notre connaissance, aucune étude n'a été publiée à son sujet jusqu'à présent. Ce travail privilégie donc une approche qualitative afin de dégager les variables qui soutiennent son efficacité ressentie cliniquement. Ce travail se consacre à comparer l'efficacité de deux méthodes et d'observer si il y a une plus value de l'hypnose PTR par rapport à l'EMDR.

Nous espérons que de futures études puissent se saisir des informations contenues dans ce mémoire pour faire avancer la recherche sur le traitement du traumatisme psychique en tenant compte de cet outil PTR que de plus en plus de thérapeutes belges et étrangers intègrent à leur pratique.

## II - REVUE DE LA LITTÉRATURE

### 1. Le traumatisme psychique : Qu'est-ce que c'est ?

Crocq (2003) définit le traumatisme psychique comme étant « un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (p.10).

Notons qu'au sein de la littérature, il n'y a pas de consensus franc au sujet du vocabulaire employé pour distinguer les événements difficiles qui traumatisent une personne et les états psycho-physiologiques qui en résultent. De nombreux auteurs appellent « traumatisme » ce qui cause un état post-traumatique, alors que d'autres considèrent qu'un traumatisme désigne les conséquences de tels chocs. Pour éviter une telle confusion au sein de ce travail, nous avons arbitrairement choisi d'employer les termes de « traumatisme (psychique) », « trauma », « psychotrauma(tisme) », de manière interchangeable pour parler des conséquences d'une expérience douloureuse sur le psychisme. Ainsi, ce qui a pu causer ces états d'inconfort seront simplement appelés « événements traumatogènes », « incidents douloureux » ou « expérience délétère », par exemple.

Etymologiquement, le terme « traumatisme » provient du grec « traumatismos » qui signifie « action de blesser » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012). Si dans le champ médical, le trauma désigne « la transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion », Josse (2019) amène une dimension psychopathologique en proposant que des événements extérieurs provoquent un choc qui perturbe le psychisme de manière transitoire ou définitive.

En d'autres termes, en adoptant la métaphore du psychisme qui fonctionnerait de manière similaire au corps physique, l'application de stimuli extérieurs fait pression sur l'équilibre

psychologique de la personne par le biais d'états émotionnels. Ils sont si forts et/ou répétés que ses défenses naturelles s'en trouvent débordées. Effractées de la sorte, elles s'épuisent rapidement et finissent par laisser le champ libre à de nombreux dommages potentiels sur le système psychique, devenu plus vulnérable par conséquent.

Dans son article de 2003, Crocq revient chronologiquement sur différentes acceptions et appréhensions du concept de trauma dans le champ de la psychopathologie. Nous devons les premières théories psychologiques du trauma à Pierre Janet qui, dès la fin du 19<sup>e</sup> siècle, théorise que certains événements peuvent être si violents qu'ils entrent par effraction pour rester dans le psychisme tels des corps étrangers. Bien cachés de l'esprit conscient qui continue de fonctionner de façon adaptée aux circonstances de vie de la personne, ces fragments restent non assimilables par quelque processus d'intégration normale et se manifestent en dehors de tout contrôle volontaire. Ils provoquent des réminiscences brutes, incontrôlées et inadaptées liées à l'événement traumatique, comme la reviviscence de sensations, d'images et de vécus divers, des hallucinations, des cauchemars, etc.

Dans son essai de psychologie expérimentale de 1889, Janet préconisait l'hypnose comme un outil thérapeutique de choix dans ce type d'accompagnement clinique. Ainsi, son traitement consistait d'abord à induire un état hypnotique dans lequel il s'agissait de faire émerger l'événement traumatique qui avait été refoulé dans le préconscient, puis de le révéler à la personne, une fois celle-ci à nouveau consciente. Ensuite, en hypnose à nouveau, il s'agissait d'introduire sciemment une résolution plus favorable de l'événement, qui viendrait en quelque sorte remplacer les conséquences nocives dues à son issue réelle. De retour en conscience, la dernière étape consistait à soutenir une élaboration plus construite des réminiscences brutes.

Nous verrons à quel point la proposition thérapeutique de Janet a encore de beaux jours devant elle, tant elle est aujourd'hui redécouverte, étudiée, modernisée et perfectionnée dans certains modèles thérapeutiques du trauma psychique, comme par exemple la Psychothérapie du Trauma Réassociative [PTR], sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Dans sa *Communication préliminaire* aux études sur l'hystérie de 1893, Freud reprend à son compte divers éléments des hypothèses de Janet et propose sa « méthode cathartique » comme cure du trauma psychique. Elle consiste à faire revivre, en état d'hypnose, l'événement traumatique et les émotions qui y sont associées afin de les révéler à la conscience. Le but étant de faire émerger des associations d'idées afin d'y attribuer du sens qui était jusqu'alors absent et d'ancrer l'expérience dans le conscient. Vingt-huit années plus tard, Freud détaillera davantage sa théorisation dynamique du trauma. Dans *Au-delà du principe du plaisir* (1921), il compare sa conception du psychisme humain à une boule vivante et dynamique, recouverte d'une membrane protectrice para-excitatrice. Tout en servant de frontière à l'appareil psychique, elle le protège des excitations problématiques en les repoussant ou en réduisant leur intensité, les rendant plus acceptables et faciles à traiter. Les qualités protectrices de cette membrane varient d'une personne à l'autre. De plus, elles dépendent en grande partie de l'énergie disponible et mobilisable par l'individu pour la renforcer quand une menace potentielle est détectée. Pour Freud, la notion de traumatisme est donc hautement relative, puisque l'effraction du psychisme dépend à la fois des qualités des stimulations extérieures au psychisme, et des capacités de ses défenses à y faire face avec efficacité.

Différents courants psychanalytiques se succéderont en reprenant à leur compte cette conception freudienne du trauma et en proposeront une nouvelle interprétation.

Par exemple, pour Kardiner (1941), l'être humain développe dès son plus jeune âge, un *ego effectif* chargé d'inciter à différents comportements défensifs en cas de danger perçu, mobilisant les capacités sensorielles, cognitives, psychomotrices et les mécanismes de régulation neurovégétatives de l'individu. Il peut s'agir de tentatives de contrôle de l'environnement (afin de supprimer la menace) ou de conduites d'évitements (dans le but d'échapper à la menace). Lorsque la confrontation avec les stimuli nocifs est inévitable, une dernière stratégie de contrôle serait de réduire autant que possible l'incidence interne (émotionnelle) de ces stimuli. Cependant, « sous l'impact d'excitations exceptionnellement violentes, les fonctions habituelles d'organisation perceptive, d'orientation temporo-spatiale,

de motricité volontaire et de contrôle neurovégétatif sont sidérées ou débordées » (Crocq, 2003, p.12). Cet état de sidération et de débordement ne laisse d'autre choix à l'ego, pour sa survie, que de se replier sur lui-même, de se dissocier du milieu extérieur, et de ne maintenir un semblant de contact avec le monde extérieur que de manière fragmentée. La réorganisation psychique est profonde. Elle installe une nouvelle façon d'être à soi, d'être au monde et de s'y adapter. Cette altération de la relation avec l'environnement peut prendre de multiples formes symptomatiques, comme la déréalisation (perte de contact lucide avec son environnement tout en maintenant une grande clarté quant à soi-même) et la dépersonnalisation (perte de contact lucide avec soi-même, tout en maintenant une grande clarté quant au monde environnant), par exemples.

Un autre grand nom de la littérature psychanalytique lié à l'étude du trauma est celui de Sandor Ferenczi (1930, 1932). Il postulait qu'après un événement traumatique, un état psychotique passager s'impose au sujet et le dissocie défensivement de la réalité dans laquelle il se trouve, ce qui force une réduction de l'intensité des stimuli agressifs. Parallèlement à l'installation d'une amnésie défensive pour masquer les traces de l'événement au conscient et maintenir les constructions du Moi, une partie clivée de la personnalité s'attèle à trouver d'autres solutions, d'ordre symbolique, pour traiter les affects ainsi refoulés. Il maintenait qu'une telle déconstruction de la cohérence du Moi était génératrice d'angoisses pour le sujet, tant son sentiment d'invulnérabilité et ses repères identitaires étaient profondément remis en question. Pour Ferenczi, la fragmentation de l'appareil psychique était une réponse à cette angoisse destructrice, qui évite un anéantissement total et permet une réorganisation psychique graduelle à partir des différents morceaux clivés.

D'autres auteurs, se revendiquant d'une école de pensée plutôt lacanienne, insistaient sur le *manque de sens* inhérent à l'expérience d'un trauma psychique, ce que soulignait déjà Freud. En règle générale, nous nous construisons selon des signifiants qui sont une sorte d'interface symbolique entre soi et le Réel du monde. Ces signifiants rendent conceptualisable notre expérience fragmentaire de rencontre avec le monde, afin que notre Moi puisse les intégrer et former son image du Réel, pour en faire sa propre réalité. Cependant, il peut arriver que ce

Réel s'impose sans filtre à l'individu et de manière inattendue, dépassant toute capacité de compréhension. Il le plonge alors dans un état mortifère d'effroi sans nom, remettant profondément en question ses représentations du monde et ses constructions identitaires. Le sujet ne pouvant s'y préparer, il se retrouve démuné face à cette force brute et le danger d'une mort psychique se fait sentir. C'est à cette confrontation soudaine avec le réel de la mort que Briole et Lebigot (1994) retracent l'étiologie du trauma. L'image traumatique va se loger au fin fond de l'appareil psychique, parmi les plus anciens souvenirs refoulés dans la pénombre de l'inconscient. Ces expériences sensorielles brutes précèdent l'accès au Symbolique du langage et, par conséquent, elles ne peuvent se transformer en représentations mentales intégrables par le Moi, provoquant des angoisses d'anéantissement. N'ayant aucun traitement symbolique de son quanta sensoriel, le trauma fait résonner à nouveau ces angoisses archaïques, et le sujet s'en trouve horrifié par la confrontation au néant de ses origines.

D'un point de vue phénoménologique, « l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, qui laissera une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité [...] et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses » (Crocq, 2003). En effet, étant donné que le temps s'est figé sur l'événement traumatique, l'individu n'a plus de possibilité de considérer un avenir ou un passé différent.

Notons que la psychanalyse n'a pas le monopole de la modélisation du trauma psychique. Par exemple, dans un article traitant du trauma infantile, Terr (1991) établit une distinction intéressante entre deux catégories de traumas. Sa typologie inclut les *traumas de Type I* qui renvoient à un événement traumatique unique, limité dans le temps, avec un début et une fin clairement délimités, arrivé de manière soudaine et qui laissera des traces mnésiques détaillées chez l'individu. Il est aussi appelé *trauma simple*.

Le *trauma de Type II*, toujours dans la typologie de Terr (1991), désigne quant à lui un événement traumatique qui s'est répété, qui s'est prolongé dans le temps, ou qui a « menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps » (Josse, 2007, p.9). Il est souvent (mais pas exclusivement) le résultat d'une action délibérée par autrui.

De plus, Solomon et Heide proposeront ensuite un *trauma de Type III*, proche du *Type II*, mais qui désigne des incidents plus violents, qui ont commencé dans l'enfance, et qui se sont prolongés pendant plusieurs années. Le *Type III* fait nécessairement référence à une situation de violence interpersonnelle, où un enfant est victime d'un ou de plusieurs agresseurs.

Enfin, les *traumas de Type II et III* pourraient rejoindre la définition de Herman (1992) du *Traumatisme complexe* (qui renvoie à la notion de *Stress post-traumatique complexe*), à savoir les effets d'une victimisation répétée par une forme de subordination à une ou plusieurs personnes.

En somme, Van Der Kolk le résume ainsi : « le traumatisme n'est pas juste un événement qui s'est produit dans le passé : c'est aussi l'empreinte que l'expérience laisse sur l'esprit, le cerveau et le corps, une trace qui a des conséquences persistantes sur la manière dont notre organisme parvient à survivre dans le présent » (2018, p.38).

## 1.1 Le rôle du stress

Dès 1872, Darwin théorise que les émotions des animaux et des hommes sont profondément inscrites dans leur biologie. En plus d'exprimer un état intérieur et des intentions, les émotions servent avant tout de moteur à l'action, vers un retour à un sentiment de sécurité et un état d'équilibre interne. Les émotions contribuent donc à la survie de l'individu, lui permettant par exemple de fuir face au danger ou d'adopter des comportements d'évitement quand une menace potentielle se présente. Cela étant dit, de tels comportements desservirait l'animal s'ils se prolongeaient dans le temps.

En effet, Crocq (2003) définit le stress comme étant « la réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée » (p.9). A ce titre, il retrace l'origine du mot « stress » à la langue anglaise et au milieu de l'industrie métallurgiste où il désignait la manière dont le métal réagissait aux diverses forces qui lui étaient appliquées.

Au sortir de la Seconde guerre mondiale, le stress désigne l'état de santé mentale des soldats, ayant été impactée de manière aiguë ou chronique par les émotions suscitées lors et suite aux combats (Grinker & Spiegel, 1945), avant de se généraliser à la réaction neurophysiologique normale et automatique de l'organisme qui subit une agression.

Cette réaction physiologique lui permet une mise en état d'alerte défensive (Selye, 1950) via la mobilisation de divers mécanismes bio-neuro-physiologiques tels que la libération de noradrénaline qui accroît la glycémie, le rythme cardiaque, la pression artérielle et suscite la vigilance et la libération de glucocorticoïdes qui prend le relais dans cet état de défense, bien qu'il agisse de manière délétère sur les défenses immunitaires. Ensuite, divers peptides interviennent dans le but de calmer l'activation émotionnelle qui a été suscitée (Crocq, 2003).

Une telle réaction au stress est très énergivore, d'autant plus si les facteurs de stress se prolongent dans le temps et/ou s'accumulent, pouvant mener à un épuisement rapide des ressources énergétiques de l'organisme. Par exemple, dans un syndrome de stress post-traumatique, les systèmes responsables de l'atténuation du stress défont et abandonnent la personne qui en souffre à l'agitation et la panique perpétuelles, au risque de nuire grandement à leur santé (Van Der Kolk, 2018).

Plus les connaissances en neurosciences avancent, plus on semble se rendre compte que le cerveau fait office de « vaste réseau de parties interconnectées, organisées pour aider l'Homme à survivre et à prospérer » (Van Der Kolk, 2018, p.82).

Au-delà des aspects purement biologiques, la recherche reconnaît trois effets psychologiques importants du stress : tout d'abord, il facilite la sélection des pensées en cours et une focalisation de l'attention sur celles-ci ; ensuite, il permet une mobilisation des capacités cognitives ; enfin, il appelle à la prise de décision et la mise en action en faveur d'un soulagement.

Le stress constitue donc une réponse adaptative efficace de l'organisme face à la menace. Il permet non seulement au corps d'y faire face et d'y répondre, mais aussi à l'esprit conscient

de mieux comprendre ce qui lui arrive et de réguler sa réaction émotionnelle (Crocq, 2003).

## 2. Le Syndrome de Stress Post Traumatique [SSPT]

### 2.1 Historique du SSPT

Suite à la Première Guerre mondiale, Kardiner (1941) observe chez les vétérans qu'il rencontre dans sa pratique psychiatrique des comportements de détachement, de repli sur soi, de sentiments d'inanité, d'hypersensibilité à la menace, d'état d'alerte permanent. Selon lui, ces hommes souffrent de « névroses traumatiques de guerre ».

Le lendemain de la Guerre du Vietnam voit un nouveau regain d'intérêt pour le traitement du trauma psychique. Au bas mot, des centaines de milliers de vies humaines ont été perdues entre 1954 et 1975, tous camps confondus (Encyclopædia Britannica, 2022). Quand bien même certains militaires ont pu en réchapper vivants, rares sont ceux qui estimaient en être sortis véritablement indemnes. Parfois diagnostiqués comme schizophrènes ou souffrant d'autres troubles psychotiques suite à la guerre, les horreurs et la brutalité des combats ont à tout jamais marqué leurs corps et leurs esprits. Dans un article de 1946, Beecher remarque en sa qualité de chirurgien auprès de soldats gravement blessés au combat, que certains n'avaient pas eu besoin de morphine. Selon lui, les émotions fortes peuvent servir comme mécanisme de survie en bloquant la douleur un certain temps.

Le psychiatre américain Van der Kolk (2018) se rappelle de la perplexité générale des professionnels de la santé face à l'état de vétérans que la guerre avait profondément changés. Les modifications comportementales étaient si importantes que même leurs proches avaient parfois bien du mal à les reconnaître. Parmi les changements notoires, il cite des cas de reviviscence intrusives, de scènes de guerre, de cauchemars et de flash-back récurrents, d'hallucinations positives (visions sanglantes, cris, etc.), de signes de déréalisation, d'états de terreur indescriptibles, de pétrifications corporelles, de grande irritabilité, de crises de rages irrépressibles, d'engourdissement émotionnel, d'incapacité à trouver du sens ou du plaisir

dans la vie, de conduites à risque ou clairement destructives (automutilation, tentatives de suicide, etc.), de recours à l'abus de substances (alcool, drogues, etc.), de sentiments de honte et de culpabilité écrasantes, etc. Autant d'indices comportementaux et émotionnels qui ont poussé bon nombre de médecins à erronément y discerner des signes de psychose et à diagnostiquer des troubles schizophréniques, en se reposant sur l'état des connaissances scientifiques de l'époque.

En 1980, suite à des pressions d'un groupe de vétérans aidés par des psychiatres tels que Lifton et Shatan, l'Association Psychiatrique Américaine [APA] propose la création d'un nouveau diagnostic de trouble anxieux, son Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [DSM-III], baptisé « syndrome de stress post-traumatique » [SSPT]. Enfin un nom était attribué à la souffrance des gens qui étaient submergés par l'horreur et l'impuissance. De plus, ce nouveau diagnostic a permis un changement radical de la compréhension du traumatisme par les sciences médicales et paramédicales.

## 2.2 Les symptômes du SSPT

Le DMS-III identifie et regroupe les symptômes typiques, apparus chez les soldats entre plusieurs semaines et plusieurs mois après leur retour. Cette reconnaissance par le monde académique a permis de nommer la souffrance de ces gens, jusque-là « submergés par l'horreur et par l'impuissance » (Van der Kolk, 2018, p.35), et a contribué à « 'normaliser' les réactions post-traumatiques trop longtemps attribuées à une vulnérabilité individuelle » (Josse, 2013, p.2). A noter que ce diagnostic nécessite une période de latence de un mois depuis l'incident traumatique.

En 1994, la parution du DSM-IV voit l'ajout du diagnostic de « Trouble de stress aigu » attribué à l'état de stress post-traumatique constaté pendant la période de latence nécessaire au diagnostic de SSPT proprement dit (Josse, 2013).

En 2013, dans son DSM-V, l'APA retire le SSPT et l'état de stress aigu de la catégorie des troubles anxieux, et les regroupe au sein d'une toute nouvelle catégorie de syndromes : les

« Troubles consécutifs au trauma et au stress ». Josse (2013) se réjouit de cette nouveauté : l'Association « octroie ainsi aux syndromes post-traumatiques toute l'attention qu'ils méritent et reconnaît la diversité des formes cliniques prises par la souffrance humaine à la suite d'une expérience délétère » (p.3). Et parmi les événements traumatisants rajoutés à la liste sont reconnus l'agression sexuelle et la menace d'une telle agression.

Sur le plan clinique, le SSPT se définit par trois symptômes principaux : les pensées intrusives, l'hypervigilance et les comportements d'évitement. Nous retrouvons également des reviviscences sous forme d'hallucinations positives (visuelles, auditives, kinesthésiques, olfactives ou gustatives) qui pourraient passer pour des symptômes de schizophrénie paranoïde (Van Der Kolk, 2018).

« Des fragments sensoriels bruts du traumatisme [...] sont enregistrés séparément de l'histoire globale. Des sensations semblables, perçues ultérieurement, déclenchent souvent un flash-back qui ramènent ces bribes à la conscience, apparemment inchangées par le cours du temps » (p.68), comme si elles se rejouaient perpétuellement dans le présent.

La déréalisation, mise en lumière grâce à l'emploi du test de Roschach, est un phénomène de déformation de la vision du monde des personnes traumatisées. En effet, à force de projeter systématiquement le traumatisme sur leur environnement, les capacités de perception sont réorganisées et le monde extérieur ne peut être lu qu'à travers le prisme de l'épisode pénible. Ce dernier devient rapidement leur seule source de sens, dont ils deviennent dépendants. Tels des prisonniers, ils sont bloqués dans le traumatisme passé qui se rejoue sans cesse. Le vécu traumatique empêche l'intégration des nouvelles expériences sans contamination par le passé. Les personnes traumatisées restent alors bloquées dans leur développement (Van Der Kolk, 2018).

Il est commun d'observer que les personnes traumatisées sont souvent déconnectées de leur propre corps (Van Der Kolk, 2018). Cette manifestation s'appelle la dépersonnalisation qui est un « symptôme de la dissociation massive causée par le traumatisme » (p.103).

L'expérience de leur corps est vécue de manière segmentée, sans impression d'unité, à l'image des bribes sensorielles, expérimentées de manière brute et parcellaire, qui rappellent sans cesse le souvenir traumatique à la conscience (McFarlane, 2010). Cette perte de sentiment de soi est courante parmi les expériences traumatiques (Van Der Kolk, 2018) et barre l'accès à toute expérience de plaisir. Ces gens sont « devenus étrangers à eux-mêmes » (Schilder, 1952, p.120).

De manière pratiquement systématique, un SSPT non traité commence par des symptômes positifs, tels que les flashbacks, avant de laisser la place à un engourdissement progressif. Chez les traumatisés, les signes extérieurs de souffrance s'émoussent petit à petit au point de les invisibiliser pour le monde extérieur et de les isoler toujours plus. De plus, de tels engourdissements mènent souvent à une appétence pour des conduites dangereuses ou expériences qui effraieraient la majorité des gens, seules capables de faire ressentir quelque sensations ou émotions (Van Der Kolk, 1989, 2018). A ce titre, les émotions fortes provoqueraient la libération de substances analgésiques proches de la morphine dans le cerveau des personnes traumatisées, apportant un certain soulagement à l'anxiété chronique (Van Der Kolk, Greenberg, Orr & Pitman, 1989).

Depuis la parution du DSM-V en 2013, la dissociation rejoint la liste des symptômes du SSPT.

### **2.3 La dissociation traumatique**

Les défenses naturelles de l'individu, toutes solides qu'elles puissent être en temps normal, sont vite débordées lorsqu'un événement particulièrement pénible lui arrive. L'excitation émotionnelle qui en résulte force le système nerveux à une dernière ligne de défense pour limiter les dégâts et promouvoir la survie : la dissociation. Ce mécanisme de défense n'est pas forcément pathologique, mais il peut le devenir, comme nous le verrons dans son lien avec le SSPT.

Le processus normal de traitement des perceptions par le cerveau ne peut intégrer un tel afflux massif d'excitation dans un souvenir cohérent. Les informations relatives à l'événement douloureux, captées par les divers organes de sens, sont enregistrées en mémoire telles qu'elles, de manière brute, non traitées ni reliées entre elles. Ces ressentis restent en flottement dans le système mnésique, sans jamais se poser pour acquérir quelque signification exploitable par le conscient.

Ensuite, si quelque élément de vie rappelle l'un ou l'autre aspect du vécu traumatique de quelque manière que ce soit, cette bribe de souvenir traumatique se réactive et s'impose à la personne aussi crûment qu'elle avait été vécue initialement. Etant donné qu'aucun sens cohérent n'a pu être attribué au souvenir douloureux ainsi éclaté lors de l'encodage, la personne est abandonnée à une angoisse sans nom qu'elle ne peut expliquer.

C'est la raison pour laquelle Van Der Kolk dit que « le traumatisme se vit de manière fragmentée » (2018, p.64).

L'auteur poursuit : « La dissociation est l'essence même du traumatisme. L'expérience bouleversante est clivée, fragmentée : les émotions, les sensations et les pensées qui y sont liées prennent une vie autonome. Les fragments de mémoire sensoriels s'immiscent dans le présent, où ils sont vécus littéralement. Tant que le traumatisme n'est pas résolu, les hormones de stress que le corps sécrète pour se protéger continuent à circuler, et la personne ne cesse de rejouer les gestes défensifs et les réponses émotionnelles » (2018, p.96).

Alors qu'un événement traumatique a un début et une fin, les reviviscences et les flashbacks peuvent survenir à tout instant, ce qui les rend particulièrement handicapants, tant les combattre est énergivore, décourageant et dépressogène. « Le passé continue de vivre dans le présent », ponctue Levine (2016, p.11), et il se rejoue encore et encore de manière intrusive, incohérente et spontanée. Plus leur passé prend de la place dans leur vie, plus ces personnes perdent peu à peu contact avec eux-mêmes et la réalité du quotidien.

Le DSM-V propose de considérer la dissociation traumatique comme « une perturbation et/ou discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement » (American Psychiatric Association, 2015, p.379). Le manuel prévoit diverses catégories de troubles dissociatifs, parmi lesquelles :

- le *trouble dissociatif de l'identité* : plutôt rare, ce diagnostic correspond à la cohabitation de deux ou plusieurs états de personnalité distincts, accompagnée généralement de diverses complications affectives et cognitives ;
- l'*amnésie dissociative* : désigne un type d'oubli sélectif ou généralisé, caractérisé par une impossibilité des processus de rappel en mémoire autobiographique d'accéder à des informations relatives à des souvenirs de nature traumatique ou stressante ;
- le *trouble de dépersonnalisation* : « Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps » (American Psychiatric Association, 2015, p.352) ;
- le *trouble de déréalisation* : « Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (par exemple, le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé) » (American Psychiatric Association, 2015, p. 352) ;
- *d'autres troubles dissociatifs spécifiés et non spécifiés.*

De nombreuses études soutiennent l'hypothèse selon laquelle la dissociation serait provoquée par un choc traumatique, comme l'affirment les conclusions de la méta-analyse de Brand et ses collaborateurs (2012). Plus récemment, une étude publiée dans l'*American Journal of Psychiatry* conclut que les symptômes dissociatifs (comme la déréalisation) constituent des indices psychologiques et biologiques précoces potentiellement énonciateur de

conséquences psychiatriques bien plus graves (Lebois *et al.*, 2022), comme un SSPT généralisé.

#### 2.4 L'impact du traumatisme psychique sur la vie quotidienne

Comme l'explique Neuburger (2005), le trauma est la *trace* d'un choc subi. Il n'est pas tant la violence en soi, mais le produit d'une violence : « '*Tu m'as traumatisé*' signifie '*tu as exercé sur moi une violence qui a laissé des traces traumatiques*' » (p.19). Cela produit une rupture dans le psychisme et dans la vie de la personne, avec des conséquences très variées en fonction d'innombrables facteurs en interaction. A ce titre, il convient de considérer l'importance des caractéristiques intrinsèques au traumatisme subi, mais aussi des facteurs de vulnérabilité, des facteurs pré-traumatiques et des facteurs post-traumatiques (Côté, 1996).

Par ailleurs, certains symptômes peuvent avoir une origine commune alors que d'autres troubles, présentant des expressions symptomatiques pourtant similaires, peuvent avoir des origines très différentes. Neuburger insiste sur ce principe d'*équifinalité* du trauma : « sous les mêmes étiquettes diagnostiques se cachent des souffrances très variées car l'une des capacités de l'Homme est de se faire souffrir ou de souffrir pour des raisons très différentes tout en exprimant cette souffrance sous des formes similaires : il y a moins de façons d'exprimer ses souffrances que de raisons de souffrir » (2005, p.12). Les traumas, qu'ils soient d'origine physique (coups, violence sexuelle, etc.) ou psychique (manipulations, trahisons, mensonges, harcèlements, etc.), sont toujours liés à la *négation de sa dignité humaine* : une non-reconnaissance, un non-respect, « une violation par l'autre de la personne que je suis » (p.22).

L'impact sur la vie de la victime du trauma est considérable, jusqu'à même perdre le contact avec soi-même (Bluhm *et al.*, 2009). Serlin et Cannon (2004) ne mâchent pas leurs mots en qualifiant l'expérience traumatique de « perturbation si profonde qu'elle menace notre existence, ébranle les fondements de qui nous sommes et de qui nous avons été. Elle nous met face à la plus élémentaire des impuissances et à notre mortalité. Elle nous confronte avec la réalité de la mort » (p.314) et ce de manière destructrice. Elle immobilise le corps dans

un état de sidération douloureuse (Levine, 2019) et rend alors incapable de faire du passé une histoire ancienne (Van Der Kolk, 2018). Il n'est alors pas étonnant que les personnes souffrant de SSPT rapportent des états fréquents d'anxiété sévère, des nuits parsemées de cauchemars, des difficultés à s'endormir, un sommeil peu réparateur, une fatigue chronique, etc. qui contribuent à leur épuisement.

Le trauma psychique est donc une affaire complexe qui doit impérativement être reconnue à sa juste valeur pour espérer être traitée efficacement. Notons à ce titre que diverses études indiquent que plus de la moitié des patients en services psychiatriques ont été agressés, abandonnés, négligés, violés dans leur enfance, ou témoins de violences familiales (Baker *et al.*, 2004 ; McFarlane, Bookless & Air, 2001 ; Mueser *et al.*, 1998).

Van Der Kolk observe que « longtemps après la fin d'une expérience traumatisante, le moindre signe de danger peut la réactiver, mobiliser des circuits cérébraux perturbés et provoquer une sécrétion importante d'hormones de stress. Cela engendre des émotions pénibles, d'où des sensations très vives et des impulsions agressives. Ces réactions post-traumatiques semblent incompréhensibles et irrépressibles. Incapables de se contrôler, les rescapés d'un traumatisme craignent souvent d'être profondément atteints et incurables » (2018, p.12).

En effet, les connaissances actuelles en neurosciences, en psychopathologie du développement et en neurobiologie interpersonnelle démontrent de vraies altérations cérébrales chez les personnes traumatisées. Ce recalibrage de leur système nerveux affecte leur sensation physique d'être en vie, les maintient dans un état d'hypervigilance et d'incapacité de filtrer de nouvelles informations de manière optimale. En outre, leurs capacités attentionnelles, de concentration et de nouvelles acquisitions s'en trouvent toutes compromises. En SSPT, s'impliquer pleinement dans sa vie quotidienne relève souvent de l'impossible tant la surcharge sensorielle est permanente et importante (Van Der Kolk, 2018). Et comment en serait-ce autrement étant donné que le système responsable d'atténuer la

sécrétion d'hormones de stress est a déraillé et que cela persiste encore longtemps après l'extinction de la menace ou du péril vécu?

En plus de cela, de nombreuses études ont souligné une autre particularité des personnes traumatisées, adultes comme enfants : l'omniprésence de symptômes physiques récurrents sans origine organique évidente, tels que la fibromyalgie, des problèmes digestifs, des maux de dos chroniques, etc. (Zoellner, Goodwin & Foa, 2000 ; Sledjeski, Speisman & Dierker, 2008 ; Boscarino, 2004 ; Schnurr & Green, 2004).

Plus particulièrement, suite à des violences sexuelles, les victimes rapportent des difficultés lors des rapports sexuels. Après un événement traumatique, il est « presque toujours difficile de s'engager dans des relations intimes », rapporte Van Der Kolk à ce sujet (2018, p.27). Nous y retrouvons notamment certains cas de vaginisme ou de dyspareunies, par exemple.

### 3. Les violences sexuelles

L'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] définit la *violence sexuelle* comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (2002, p.165). Elle précise que la *coercition*, telle qu'elle l'entend, fait allusion au recours à la force à divers degrés, à l'intimidation psychologique, au chantage et aux menaces. L'organisation souligne qu'il y a violence sexuelle également « lorsque la personne agressée est dans l'incapacité de donner son *consentement* - parce qu'elle est ivre, droguée, endormie, atteinte d'incapacité mentale, par exemple » (2014, p.2).

Le consentement se base également sur le critère de développement cognitif lié à l'âge. D'après le droit belge, un mineur ne peut avoir de relations sexuelles librement consenties qu'à partir de 16 ans accomplis. Ainsi, l'article 375 du Code Pénal relatif aux critères

constitutifs du viol précise la notion de consentement articulée autour de deux âges clés. En dessous de 14 ans, il est acté que le jeune ne peut pas donner d'autorisation valable pour un acte sexuel, qui sera dès lors automatiquement considéré comme un *viol*. Entre 14 et 16 ans, il sera toujours question d'*attentat à la pudeur*, que le consentement soit mutuel ou non (Moniteur belge, s.d.). La violence sexuelle envers les enfants reste néanmoins difficilement quantifiable tant il est un sujet sensible et tabou dans bon nombre de sociétés. Cependant, en 2004, une analyse menée par Andrews, Corry, Slade, Issakidis et Swanston (commandée par l'OMS) a estimé la prévalence mondiale de tels actes à 27% chez les filles et environ 14% chez les garçons.

Quelle que soit la nature des violences sexuelles, il importe que les autorités ne soient pas aveugles face à cette thématique, ne serait-ce qu'en termes de santé publique. A ce titre, dans une publication de 2013(a), l'OMS n'hésite pas à les qualifier de « problème de santé publique mondiale aux proportions épidémiques, nécessitant des réponses d'urgence » (p.3).

Leur impact sur la qualité de vie ne peut donc être déceimment ignoré des secteurs de la santé (et de la santé mentale en particulier), ni des autorités publiques et de leurs services. Est-il nécessaire de le rappeler, ces derniers sont effectivement engagés à défendre tout un chacun dans son « droit de mener une vie conforme à la dignité humaine », tel que prévu par l'article 23 de la Constitution belge, qui comprend « le droit [...] à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique » (2014).

En Belgique, la Direction générale Sécurité & Prévention, du Service public fédéral Intérieur [IBZ] (s.d.), rapporte 11.999 signalements de violences sexuelles enregistrés par les services de police en 2017. Mais il s'agit très probablement d'une sous-estimation non négligeable. En effet, seulement 10% des victimes porterait plainte à la police, précise l'IBZ. Un « chiffre noir » de plus de 90.000 cas resterait donc inconnu des agences gouvernementales et de la recherche, tant le silence s'impose pour la grande majorité des victimes.

Diverses raisons logiques soutiennent une telle retenue. Quand une victime se décide finalement à briser le silence (notamment en thérapie), il n'est pas rare que de nombreux manques dans l'accueil de sa plainte soient soulevés, concernant : des systèmes de soutien inadaptés (dont des acteurs de terrain non formés à l'accompagnement traumatique) ; un sentiment de honte ; la crainte ou le risque de représailles ; la crainte ou le risque d'être blâmée ou accusée ; la crainte ou le risque de ne pas être crue ; la crainte ou le risque d'être maltraitée et/ou d'être rejetée par la société (OMS, 2014).

Qu'elle en parle ou non, la victime de violences sexuelles porte bien souvent un lourd fardeau, parfois sur le très long terme, tant l'expérience a pu être vécue comme traumatisante. Non seulement les violences sexuelles portent atteinte aux droits fondamentaux de la personne, mais également à son intégrité physique et psychologique (Quéméner, 2016). Dans son rapport de 2012 sur les violences sexuelles, l'OMS mentionne quelques conséquences notables pour les victimes : des traumatismes gynécologiques ; une grossesse non désirée ; un avortement non sécurisé ; des troubles sexuels ; des infections sexuellement transmissibles ; des blessures diverses ; etc. De plus, il y a des répercussions sur la santé mentale comme la dépression, des états de stress post-traumatique, de l'anxiété, des troubles paniques, des troubles du sommeil, des comportements à haut risque et suicidaires, etc. Parfois, les conséquences peuvent être mortelles, dues aux complications médicales ou à un acte suicidaire, pour ne citer qu'elles (p.7).

Peu importe les formes que prennent les séquelles qu'elles engendrent, les violences sexuelles constituent une source de souffrance grave pour celles et ceux qui en sont victimes.

#### **4. Les prises en charge thérapeutiques du SSPT**

Accompagner les personnes traumatisées à trouver les mots pour décrire ce qu'elles ont vécu peut leur être précieux, toutefois cela ne suffit généralement pas à les débarrasser des traces de leur traumatisme, selon Van Der Klok (2018). D'ailleurs, « tout traumatisme est

infraverbal... [et] par nature, pousse les Hommes à la limite de la compréhension » (p.67), ajoute-t-il. Les réactions automatiques, physiques et hormonales maintiennent leur corps en hypervigilance. Par conséquent, « pour qu'il y ait un vrai changement, le corps doit apprendre que le danger est passé et à vivre dans la réalité du présent » (p.38).

« Une thérapie ne marche pas tant que l'on reste retranché dans le passé » (Van Der Kolk, 2018, p.101). La guérison du traumatisme ne peut avoir lieu qu'une fois les structures cérébrales étourdies lors du choc traumatique sont complètement re-connectées au présent, dans un sentiment de sécurité totale.

Avant d'élaborer des hypothèses diagnostiques, il est donc important lors de l'anamnèse de ne pas passer à côté d'événements traumatiques majeurs pour le patient. Il convient donc de questionner explicitement le patient sur les incidents traumatiques qu'il aurait pu vivre. En effet, si le patient ne l'aborde pas spontanément, nous pourrions facilement passer à côté de ces événements majeurs, tant les symptômes peuvent être divers et variés et sembler déconnectés les uns des autres. Comme la personne ressent des émotions fortes et désagréables, qui contribuent à sa souffrance, le thérapeute pourrait se laisser tenter à traiter ces maux sans en questionner la cause. Cela reviendrait à traiter un symptôme sans en soigner la source.

Notons que, quelle que soit la ligne de traitement considérée, une bonne alliance thérapeutique soutenue d'une bonne qualité d'écoute est primordiale, particulièrement dans ce type de prise en charge clinique. Elle permet souvent d'assouplir l'épaisse chape de honte et culpabilité qui accable la victime de traumatismes psychiques des suites de violences sexuelles.

L'apprentissage de techniques de pleine conscience est ici intéressant à bien des égards. En effet, cela peut faciliter l'appréhension des sensations et des émotions vécues pour tenter de les maîtriser. Cela étant, cette dernière étape nécessite que la réactivité du système de perception de la menace ait été calmée (Van Der Kolk, 2018). Donnant accès à la conscience à

ses états internes, émotionnels et physiques, la pratique de la pleine conscience soutient le sentiment d'autonomie, indispensable pour dépasser le traumatisme (D'Argembeau *et al.*, 2007) ainsi qu'une forme de rassemblement de sensations éparses et de vécus corporels fragmentés. Il est question de renouer lentement avec soi-même.

Face à une hyperactivation telle que peut présenter le SSPT, la forme de traitement la plus adéquate devrait inclure une méthode de désensibilisation des souvenirs, d'après Foa, Friedman et Keane (2000), couplée avec une stratégie thérapeutique de type bottom-up pour modifier la physiologie du patient et mener à une réappropriation de ses sensations corporelles (Van Der Kolk, 2018).

Nous nous intéresserons à deux méthodes particulières de désensibilisation traumatique dans le traitement du SSPT : l'EMDR et la PTR.

#### **4.1 L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing [EMDR]**

L'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* [EMDR] est une méthode psychothérapeutique découverte en 1987 par Francine Shapiro, du Mental Research Institute de Palo Alto, aux Etats-Unis. Elle a depuis démontré son efficacité dans le traitement des traumatismes psychiques, deuils, phobies, dysfonctionnements sexuels, dépendances, troubles dissociatifs, troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, troubles somatoformes, douleurs chroniques, par exemple (Josse, 2020). L'EMDR jouit aujourd'hui d'une reconnaissance internationale, par certaines des plus prestigieuses organisations scientifiques et de santé du monde, dont l'OMS (2013b) qui le recommandait chaudement pour le traitement des troubles psychotraumatiques.

D'après Josse (2020), ce traitement se révèle « particulièrement efficace avec les enfants et les adolescents et est également utilisé avec succès en thérapie familiale » (p.3).

La thérapie EMDR se déroule en plusieurs étapes importantes :

- Le *recueil d'informations* relatives à l'histoire du patient et l'établissement d'une *anamnèse* la plus complète possible ;
- La *préparation* : pour tisser une alliance thérapeutique de qualité entre le patient et le thérapeute, expliquer l'outil EMDR, enseigner des techniques de stabilisation et d'ancrage pour apprendre à maîtriser ses réactions émotionnelles, et tester différents types de stimulations alternatives bilatérales ;
- L'*évaluation* : pour identifier et quantifier les différents aspects qui gravitent autour du problème actuel (l'image la plus représentative du problème ; la pensée négative / croyance irrationnelle sur soi liée au problème ; la pensée positive que le patient voudrait voir prendre vie ; le degré / validité de conviction lié à cette pensée positive ; l'émotion actuelle face à la situation à traiter, et son intensité ; les sensations physiques actuelles liées aux pensées, images et émotions) ;
- La *désensibilisation* : invite le patient à garder à l'esprit l'image à traiter, la pensée négative associée et les sensations physiques ressenties, tout en se focalisant sur des stimulations bilatérales alternées produites par le thérapeute de manière visuelle, auditive ou tactile. La désensibilisation produit une réévaluation de ces données et l'émergence de nouvelles informations, jusqu'à ce que le niveau de détresse soit nul ;
- L'*installation* : comprend des stimulations alternatives bilatérales pour ancrer des cognitions évaluées comme positives par le patient à la place des idées négatives désensibilisées, puis le thérapeute vérifie que le patient ne se sente pas perturbé par cette nouvelle image ;
- Le *scanner corporel* : permet de repérer d'éventuelles tensions ou sensations désagréables persistantes à l'évocation de la situation-problème ;
- La *clôture* : facilite la réintégration du patient dans la réalité du présent ;

- La *réévaluation* : assure la poursuite du travail lors du prochain entretien.

Bien que les processus neuro-bio-physiologiques qui entrent en jeu lors d'un traitement par EMDR restent encore bien mystérieux, Shapiro (2007) postule que sa méthode repose sur un système inné de *traitement adaptatif de l'information* [TAI], qui intègre en mémoire toute nouvelle expérience et la lie aux informations qu'elle contient déjà. Mais quand un événement pénible survient, ce système se détraque et les nouvelles perceptions ne sont pas intégrées ni efficacement associées aux autres informations mnésiques : elles restent figées, en flottement. La personne est alors vulnérable à la violence de ces sensations et émotions brutes qu'elle a ressenties lors de l'incident traumatique et qui ne sont pas digérées.

L'EMDR vise à remédier à cela en accédant à ce stockage dysfonctionnel d'informations, en stimulant le système de traitement de l'information via divers protocoles normalisés, et en favorisant leur association avec les informations intégrées de manière adaptative (Solomon & Shapiro, 2008). Il est question de faciliter le processus naturel de cicatrisation psychique après en avoir retiré les blocages qui le coïnciaient.

Les stimulations alternatives bilatérales, quant à elles, reproduisent un état d'activation physiologique proche de celui que nous expérimentons en phase de sommeil paradoxal (phase « REM » : avec des mouvements oculaires rapides). Comme l'explique Josse (2007), le traitement de l'information a lieu lorsque le système parasympathique est stimulé et que le système orthosympathique est relâché. Les stimulations alternatives bilatérales semblent alors reproduire artificiellement cet état propice à la digestion des informations nouvelles ou de celles qui étaient restées figées. Dans un tel état, l'EMDR permet aussi l'altération de la trace mnésique des événements traumatogènes.

Selon Josse (2020), les grands avantages de l'EMDR sont sa rapidité et son efficacité. Un traumatisme simple pourrait être résolu durablement après trois à cinq séances ; un traumatisme complexe, quant à lui, nécessiterait un travail de plus longue durée. L'auteur insiste : « les résultats obtenus par l'EMDR sont constants et durables » (p.4).

## 4.2 L'hypnose et la Psychothérapie du trauma réassociative [PTR]

### 4.2.1 Historique de la PTR

Gérald Brassine a créé l'Institut Milton H. Erickson de Belgique [IMHEB] en 1984. Soucieux de mettre au point un outil efficace pour optimiser l'accompagnement thérapeutique des victimes de traumatismes les plus lourds (tels que les rescapés du génocide rwandais de 1994, par exemple), mais conscient des limites des outils dont il disposait jusqu'alors pour les soulager profondément et rapidement, cet ancien assistant social formé à la thérapie systémique de Palo Alto a graduellement développé ce qu'il a nommé la *Psychothérapie du Trauma Réassociative* [PTR], depuis le début des années 2000. Il a très vite perçu l'importance capitale du besoin de protection et de douceur de celles et ceux dont la vie avait été si lourdement impactée. Ces aspects occupent donc une place centrale en PTR.

Dans son approche conceptuelle comme dans ses applications cliniques, la PTR s'inscrit principalement au croisement de deux modèles thérapeutiques majeurs dont elle s'inspire et à partir desquelles elle articule son cheminement réflexif ainsi que la nature de la prise en charge qu'elle propose. D'une part, la thérapie brève, stratégique et systémique de l'École de Palo Alto est profondément ancrée dans l'ADN de la méthode et imprime la PTR de sa philosophie du soin psychologique. D'autre part, l'hypnothérapie (telle que Milton H. Erickson a pu la conceptualiser et la perfectionner tout au long de sa vie) confère à la PTR son outil de travail principal, son catalyseur de changement. Nous reviendrons sur ces notions tout au fil de ce mémoire.

Aujourd'hui, Brassine et ses nombreux collaborateurs enseignent le fruit de leur expérience clinique à l'Institut Milton H. Erickson de Belgique [IMHEB], sous la forme d'une formation théorique et pratique de base, nommée « PTR : formation de base - hypnothérapie conversationnelle stratégique ». De plus, de nombreux ateliers de spécialisation sont organisés sous formes de modules de un à six jours, explorant les implications conceptuelles et applications pratiques de la PTR à diverses problématiques précisément déterminées telles

que « la perte de poids », « l'arrêt du tabac », « la psychosomatique chronique », « la thérapie de l'enfant, de l'adolescent et de la famille », « la confiance en soi », « les pervers narcissiques et l'aliénation parentale », les problématiques sexologiques », « les addictions », « la maternité », etc. ainsi qu'un cycle d'introduction à la thérapie brève, systémique et stratégique de Palo Alto.

#### 4.2.2 L'hypnose conversationnelle stratégique en PTR : Qu'est-ce que c'est?

Inspiré par les enseignements de Milton H. Erickson, et convaincu de l'importance du sentiment de liberté, tant pour le patient que pour le thérapeute, Brassine insiste que « l'hypnose n'est pas le fruit de la suggestion, mais bien celui de l'usage de l'imaginaire et de la mémoire » (2021a, p.5). Bien loin de la récitation mot pour mot d'inductions ou de métaphores millimétrées, peaufinées et apprises par coeur par le thérapeute, le travail hypnothérapeutique en PTR met un point d'honneur à la collaboration *avec* le patient, pleinement responsabilisé et activement participatif dans son processus thérapeutique. Si des inductions et des métaphores sont employées, elles résultent toujours d'une composition « sur-mesure », issue de cette collaboration volontaire entre le patient et le thérapeute.

La PTR considère l'hypnose comme un état modifié de conscience naturel et aussi banal qu'être « dans la lune ». Dans cet état, l'attention se défocalise de l'environnement direct et se concentre plutôt sur les pensées, les sensations et les émotions. Cela survient généralement de manière involontaire et spontanée, dans des circonstances particulières où une certaine adaptation écologique pourrait se révéler utile à la personne, afin qu'elle en tire quelque bénéfice (gain de confort, diminution de la charge mentale, etc.).

Dans le cadre thérapeutique, la PTR préconise un *emploi explicite et clair* de l'hypnose. Il n'est pas question d'utiliser quelque technique de confusion ou d'induction hypnotique à l'insu de la personne. Un *gain de contrôle* conscient sur des mécanismes inconscients est un objectif omniprésent dans cette approche. Par ailleurs, le thérapeute PTR veillera à expliquer le plus psycho-pédagogiquement possible l'usage intentionnel de cet état modifié de

conscience —proche de la notion d'hypnose profonde telle que définie par Erickson (1999)— dans le processus de désensibilisation émotionnelle des souvenirs traumatiques qui posent problème au patient.

En outre, cette hypnose est résolument *conversationnelle*. Le thérapeute guide respectueusement la personne qui le consulte à travers un dialogue qui se veut ouvert, ininterrompu et continuellement soucieux des besoins idiosyncratiques de la personne qu'il reçoit. Il s'agit d'un « mode actif et ludique de communication avec le patient qui permet de rester, en toute sécurité, proche des besoins du patients et de lui offrir, à tout instant, l'une ou l'autre des nombreuses possibilités de protection dans le travail qui accompagne et favorise le retour du refoulé », pour reprendre à nouveau les mots de son créateur (Brassine, 2021a, p.8). A noter que, d'après Balken (2004), si cet état de transe diffère d'autres variantes dites plus « formelles » (non-conversationnelles), son efficacité en termes de profondeur d'effets n'en est aucunement amoindrie.

Le mode conversationnel de ce type d'hypnose permet certains avantages non-négligeables en ce qu'elle maintient la personne dans une *position active et critique*. Elle conférerait la possibilité au thérapeute de guider la personne de manière explicite, par le biais de nombreuses propositions qui visent à la fois à assurer un maximum de confort, à ne pas se détourner des objectifs préalablement discutés et établis, ainsi qu'à souligner et soutenir les gains de maîtrise de la personne sur ses défenses dissociatives (Brassine, 2019, 2021b). A l'instar de Neuburger (2005), la PTR considère que le trauma psychique ne se forme pas directement des suites d'incidents traumatogènes, mais plutôt qu'il découle de l'enregistrement en mémoire des états émotionnels accablants qu'ils ont pu susciter. Lors de l'événement traumatique, une montagne d'émotions submerge et noie rapidement les capacités de défense naturelle de la personne, de telle sorte qu'elle se retrouve dans l'incapacité de se protéger. Elle est coincée, elle ne peut ni empêcher ce qui lui arrive, ni combattre, ni s'y soustraire de quelque façon que ce soit : la violence qu'elle va subir est inévitable. C'est là, face à l'horreur, qu'interviennent les systèmes inconscients de défense d'urgence.

Contrairement à la croyance populaire véhiculée probablement par le monde du spectacle, l'hypnose est, ici, lourdement associée à une reprise de contrôle de la personne sur sa vie psychique, dans le respect de son individualité et de son indépendance. La PTR insiste d'ailleurs pour que la personne fasse l'expérience concrète de son indépendance, y compris dans la relation thérapeutique, en s'opposant systématiquement à toutes les propositions du thérapeute qui ne lui conviendraient pas. Certaines douleurs pouvant échapper à la vigilance du soignant, le patient est rendu en grande partie responsable de sa non-souffrance dans le processus de désensibilisation traumatique : à lui de signaler tout ce qui surviendrait en lui et qui lui paraîtrait difficile, désagréable ou susceptible d'éveiller des émotions encore trop massives à son stade de maîtrise ; pour sa part, au thérapeute de rester à l'écoute, de réagir immédiatement et de s'adapter aux besoins de la personne avec laquelle il travaille avec sérieux.

De cette manière, la bienveillance manifeste du thérapeute facilite l'établissement d'un climat de confiance qui renforce l'alliance thérapeutique, approfondit la collaboration et a de grandes chances de maximiser l'efficacité clinique.

Puisqu'elle se veut constamment attentive et volontairement proche des besoins spécifiques de chaque patient, la PTR ne recourt à aucun protocole formel ou strict, contrairement à d'autres approches thérapeutiques. Qu'il s'agisse des inductions d'états hypnotiques ou des techniques spécifiques de désensibilisation traumatique, la souplesse et l'adaptabilité sont donc des qualités indispensables au thérapeute en PTR.

Cependant, la grande liberté que la PTR confère à son praticien implique indissociablement la plus grande rigueur dans sa maîtrise de la théorie, ainsi que son adhésion à une série de *règles d'or* sur lesquelles il lui faut veiller à chaque instant du suivi.

#### **4.2.3 Les règles d'or de la PTR**

L'expérience clinique de Gérard Brassine dans l'accompagnement des traumas les plus lourds a permis la formalisation de six règles d'or qui assureront la douceur de

l'accompagnement et augmenteront l'efficacité du traitement des états post-traumatiques, des plus légers aux plus complexes.

- *Éviter la reviviscence* : Il convient d'éviter de faire revivre à son patient la brutalité des événements traumatisants qui aurait de grandes chances d'accentuer sa symptomatologie et sa souffrance. Il incombe à la responsabilité du thérapeute de permettre un « filtrage » de l'expérience du patient lorsqu'il approche d'un souvenir traumatique. La vigilance est de mise et une communication claire et ouverte est indispensable. Il est nécessaire de questionner systématiquement le patient à propos des émotions qu'il ressent, de l'inviter à quantifier leur intensité (sur une échelle de 0 à 10, par exemple), de les localiser dans le corps et d'en décrire les ressentis physiques. De plus, l'hypnothérapeute doit observer attentivement son patient, les traits de son visage, les qualités de sa respiration, et tout autre indice qui pourrait informer sur son état interne, et le questionner régulièrement sur ce qu'il semble percevoir chez lui, sans interprétation personnelle. Il est aussi utile de rappeler au patient que si son état d'inconfort devenait trop insupportable, de le faire savoir clairement. C'est là que réside la responsabilité du patient dans ce travail. Celle du clinicien sera de respecter et de s'adapter aux demandes et aux besoins du patient. ;
- *Maintenir un mode hypnotique conversationnel* : Le patient est invité à parler à tout instant pour informer le thérapeute sur son état interne lors du travail. En retour, le thérapeute s'assure de guider le patient par des propositions claires vers une reprise de pouvoir sur ses émotions. Le patient participe donc activement au processus de reprise de contrôle sur son vécu.
- *Assurer le « zéro douleur »* : Les deux premières règles d'or ouvrent vers la possibilité d'éviter toute douleur lors de l'accompagnement. Le travail de transformation émotionnelle des souvenirs pénibles et incidents traumatiques, dont la PTR fait son objectif, ne sera que plus rapide et efficace s'il s'opère dans un état de confort maximal pour le patient. C'est au thérapeute d'entraîner et de guider son patient de

manière créative, respectueuse mais aussi ferme et directive pour maintenir ce cap important. Notons que les émotions seront tout de même au rendez-vous et que « zéro douleur » ne signifie pas « absence d'émotion ».

- *Utiliser les défenses hypnotiques / « protections dissociatives » de manière paradoxale, radicale et systématique* : Brassine (2021a) paraphrase David Cheek en adhérant à l'idée qu'au moment où l'on subit un incident traumatique, un état modifié de conscience défensif survient automatiquement pour réduire coûte que coûte tout inconfort trop important. La PTR théorise ces états hypnotiques défensifs comme des « protections dissociatives » qui sont des réactions efficaces face à la souffrance insupportable lors de l'événement douloureux, mais qui se systématisent ensuite et se cristallisent sous forme de nombreux symptômes post-traumatiques (insensibilité émotionnelle, anesthésies physiques, dépersonnalisations, déréalisations, conversions psychosomatiques, etc.). Dans l'esprit de l'École de Palo Alto, Brassine propose une utilisation paradoxale de ces défenses, un emploi thérapeutique « à 180 degrés » : comme ces défenses hypnotiques ont pour objectif de protéger le contenu émotionnel de souvenirs pénibles, il convient donc de les renforcer un maximum si l'on veut gagner un accès à ces souvenirs, garantissant le confort de la personne par la même occasion. Ce faisant, le contenu du souvenir dissocié remonte généralement à la conscience de manière spontanée, et permet d'entamer le travail de désensibilisation. Ainsi, il s'agit d'« amplifier les phénomènes hypnotiques qui ont connu leur origine au moment de l'incident traumatique pour mieux revisiter et corriger en toute sécurité les blessures traumatiques actives » (p.21).
- *Co-crédation métaphorique et responsabilité du patient dans le travail* : Le patient est rendu pleinement conscient de l'importance de son implication personnelle dans son processus thérapeutique : il œuvre à sa propre guérison en collaborant activement avec son thérapeute. Ensemble, ils créent des réalités métaphoriques dans lesquelles prendront part les enjeux émotionnels des événements traumatiques. Ainsi décalées du déroulement objectif de ces incidents passés, les émotions suscitées peuvent être

explorées confortablement et modifiées à loisir en fonction des besoins particuliers du patient. Enfin, ces modifications, appelées *recolorisation émotionnelle*, vise à décoincer les *Processus Autonomes Auto-Thérapeutiques* [PAAT] qui rééquilibrent spontanément les défenses de la personne avec justesse autour de ses besoins personnels.

- *Alliance thérapeutique de qualité* : Pour qu'une relation de confiance efficace s'installe, le thérapeute doit anticiper et questionner les besoins de son patient. Il lui faut respecter ses peurs conscientes et inconscientes lors du travail hypnotique tout comme dans le mode relationnel adopté. De plus, à travers ses interventions et ses questionnements, le thérapeute démontre sa familiarité avec les phénomènes symptomatiques post-traumatiques, qui ne l'étonnent pas ni ne l'effraient, et qu'il investigate avec simplicité. Le sentiment de ne pas être pris pour fou et d'être compris par le thérapeute est primordial pour une collaboration efficace et des résultats profonds.

D'après Brassine (2021a), le respect de ces règles d'or est indispensable à la cohérence, à l'efficacité et à la rapidité du traitement en PTR.

### III - MÉTHODOLOGIE

Ce travail de fin d'étude jouit d'une position particulière et rare aujourd'hui car le cœur de son sujet de recherche, à savoir la Psychothérapie du Trauma Réassociative, n'a pas encore fait l'objet de publications officielles dans quelque revue scientifique, à notre connaissance.

C'est la raison pour laquelle il nous a paru intéressant d'aborder son exploration de manière qualitative, afin de préparer le terrain pour de futures recherches quantitatives.

Nous posons l'hypothèse de l'existence d'une plus-value de la PTR dans le traitement du trauma sexuel.

Nous tâcherons de faire émerger les propriétés particulières de cette approche et qui la différencient potentiellement d'autres méthodes thérapeutiques, en termes d'efficacité, notamment.

Pour ce faire, nous avons cherché des informations pertinentes auprès de celles et ceux qui la connaissent le mieux, à savoir ses praticiens et praticiennes (« PTRistes ») ainsi que les patients qui ont pu en bénéficier pour la résolution de leurs problématiques personnelles.

#### 1. Les participants

Nous avons initialement contacté une formatrice en PTR, qui n'a pas souhaité participer à notre étude, mais qui a gracieusement accepté de nous mettre en contact avec plusieurs praticiens et praticiennes qu'elle connaissait pour répondre à nos questions. La prise de contact s'est déroulée par coups de fil interposés, ou bien à l'aide d'un message personnalisé sur les réseaux sociaux.

Dans l'ordre d'apparition, nous vous présenterons :

- *Marie* : sexologue, praticienne PTR ;

- *Bénédicte* : sexologue, praticienne EMDR, porte-parole pour EMDR-Belgique ;
- *Aline* : psychologue, sexologue, praticienne PTR ;
- *Diane* : praticienne EMDR, praticienne et formatrice PTR, patiente EMDR et PTR ;
- *Gilles* : patient PTR ;
- *Grégory* : patient PTR.

Remarquons qu'il s'agit là de noms d'emprunts pour garantir l'anonymat de celles et ceux qui ont accepté de témoigner pour notre étude.

## 2. Le processus d'entretien

Suite au premier contact avec les participants, téléphonique ou écrit, et l'obtention de leur accord de participation oral, nous leur avons fait parvenir notre formulaire de consentement éclairé (cf. Annexe n°1), qu'ils ont dûment complété et signé avant de nous le renvoyer. Il y est notamment fait mention que les entretiens seraient enregistrés et que leur retranscription garantirait leur anonymat.

- Les entretiens de *Marie*, *Bénédicte* et *Diane* ont été réalisés entièrement en ligne, via l'application Skype ;
- L'entretien d'*Aline* a été réalisé en face à face à l'aide d'un enregistreur portable Zoom H4N ;
- *Gilles* et *Grégory* ont quant à eux préféré que nous leur fassions parvenir les questions par écrit pour qu'ils puissent y répondre à leur aise et de la manière la plus complète possible, mais en évitant la gêne d'un face à face, même virtuel.

Les deux modalités d'interaction avec nos participants, orale ou écrite, ont toutes deux leurs avantages. Par exemple, le langage parlé lors des entrevues enregistrées a maximisé la conservation des nuances et de la profondeur particulière des discussions, tout en permettant une grande adaptabilité à nos interlocuteurs. La modalité écrite a, quant à elle, permis de minimiser le plus possible l'inconfort des victimes d'abus sexuels qui ont accepté de témoigner.

Chaque entretien enregistré a duré entre trente et septante minutes. Suite à cela, chaque enregistrement a fait l'objet d'une retranscription la plus fidèle possible (cf. Annexes n°2-7), n'y changeant que le strict minimum pour assurer l'anonymat promis à nos participants.

### **3. Le guide d'entretien**

Avant de rencontrer nos répondants, nous avons rédigé une série de lignes directrices pour guider les questionnements lors des entretiens. Pour éviter un formalisme trop rigide et artificiel dans la manière d'interagir avec eux, qui a bien souvent pris la forme d'une conversation détendue, nous nous sommes permis d'adapter les questionnements repris ci-dessous à chaque interlocuteur que nous avons rencontré, en fonction des informations qu'il nous fournissait déjà spontanément, par exemple.

Ainsi, chaque entretien a pu aborder les mêmes thématiques de questionnements sans pour autant employer exactement les mêmes mots. Nous avons jugé cela acceptable et suffisant pour comparer leurs propos par la suite.

#### **3.1 Les thématiques à questionner pour les praticiennes et praticiens / thérapeutes**

- Auto-présentation du participant ;
- Spécificités de la clinique du trauma sexuel (symptômes, plaintes, besoins particuliers de ces victimes) ;

- Explications de leur méthode thérapeutique (PTR et/ou EMDR) ;
- Avantages/Limites particulières à leur méthode thérapeutique (PTR et/ou EMDR) ;
- Exemples de cas cliniques particuliers ;

### **3.2 Les thématiques à questionner pour les patients**

- Explications du problème qui a mené à la recherche d'une aide psychothérapeutique ;
- Type d'accompagnement reçu (PTR/EMDR/autres) ;
- Résultats de la thérapie et apports particuliers de la PTR ;
- Points fort / points faibles des types d'accompagnement reçus ;
- Remarques particulières ;

## IV - RÉSULTATS

### 1. Marie

*Présentation de Marie* : 30 ans, féministe engagée, formée en journalisme et reconvertie en sexologie, puis devenue thérapeute PTR car elle jugeait manquer d'outils pour accompagner ses patients victimes de violences sexuelles. Elle pratique son activité de thérapeute en cabinet privé. En outre, elle a elle-même consulté des thérapeutes formés en EMDR et en PTR.

#### Spécificités de la clinique du trauma sexuel :

Selon Marie, la thérapie verbale ne soulage que sur le court terme. Elle s'en méfie car répéter les événements traumatisants risque de les faire revivre au patient sans pour autant les traiter directement.

Elle a l'impression que la plupart des personnes qui sont victimes d'abus sexuel sont déjà relativement stabilisés d'un point de vue rationnel concernant les sentiments de culpabilité, de honte et des responsabilités qui reviennent l'agresseur. Cela serait le fruit d'un travail cognitif spontané, soutenu par le partage social notamment. Cependant, d'un point de vue émotionnel, il y a quelque chose « dans les tripes » qui ne tourne pas rond, qui ne les quitte pas et qui produit une multitude de symptômes.

De la sorte, Marie constate une dissociation entre le monde rationnel et le monde émotionnel de ces personnes, ce à quoi la thérapie verbale ne peut répondre efficacement.

Parmi les symptômes de ses patients victimes de violences sexuelles, Marie rencontre systématiquement de la culpabilité, de la honte, et une conviction viscérale de détenir une part de responsabilité dans ce qui leur est arrivé. Leurs émotions s'activent facilement et de manière forte. Au moindre déclencheur, ces personnes sont angoissées, stressées, adoptent des comportements d'évitement de certains lieux ou de pensées particulières. De plus, leur vie sexuelle semble lourdement impactée : soit elles s'abstiennent entièrement, soit les rapports

sexuels activent des reviviscences du trauma et s'accompagnent parfois d'actes violents et incontrôlés. L'élan de désir est un élan vital, précise Marie, et le trauma sexuel va couper cet élan vital.

Elle remarque souvent l'impression que leur corps les a « trahis », a trahi leur esprit et leur volonté. Par exemple, le figement de terreur a empêché de fuir, ou bien elles se rappellent avoir ressenti du « plaisir ». Cette sensation fera l'objet d'un recadrage, pour leur permettre de discerner que ce qu'ils ont ressenti n'était rien de plus qu'un « orgaste », qui est une réaction physiologique automatique suite à des stimulations génitales et certainement pas du plaisir, qui est l'expression d'un lien entre le corps et l'esprit.

Elles rapportent aussi divers symptômes repris dans la *grille symptomatique de Palo Alto* (cf. Annexe n°8) comme des troubles mnésiques, de la distorsion temporelle, des troubles dissociatifs, une déconnexion de ses émotions et de son corps, etc. Il y a souvent diverses manifestations psychosomatiques, comme par exemple de la douleur. Marie remarque que dans tous types de traumas, il y a beaucoup d'angoisses qui vont se loger au niveau de la poitrine ou du ventre. Dans les traumas sexuels, l'angoisse peut se localiser dans le bas-ventre ou au niveau du sexe, jusqu'à parfois même faire revivre des sensations vécues pendant l'événement traumatique.

Tout cela barre tout accès à la joie et au plaisir dans le présent. Toutes les sphères de leur vie privée sont profondément touchées.

Leur corps a perçu un danger et ne s'en est jamais remis. L'agression sexuelle détraque le fonctionnement neuro-physiologique de la personne qui la subit, et les stratégies inconscientes mises en place pour se protéger de sa violence (comme le figement) perdurent longtemps après comme protection dissociative.

Explications de sa méthode thérapeutique (PTR) :

L'intégration de l'hypnose PTR à sa pratique clinique a complètement changé son approche thérapeutique. Elle l'emploie presque systématiquement, tant dans les thématiques de désirs que dans le traitement des traumatismes liés à la sexualité. La PTR vient mobiliser profondément les émotions et lier le corps et l'esprit. C'est un outil très pratique. Il permet d'aider les personnes dissociées à se réapproprier leur corps, en faire un lieu sécurisé avec lequel l'esprit va pouvoir se reconnecter.

La PTR permet de lever les protections dissociatives mises en place lors d'un événement traumatique, et réguler les émotions sous-jacentes. Il est question de permettre au corps de fonctionner à nouveau « selon une énergie continue » et de ne pas devoir déployer de l'énergie supplémentaire pour éviter les reviviscences du trauma au quotidien. Elle propose l'illustration suivante :

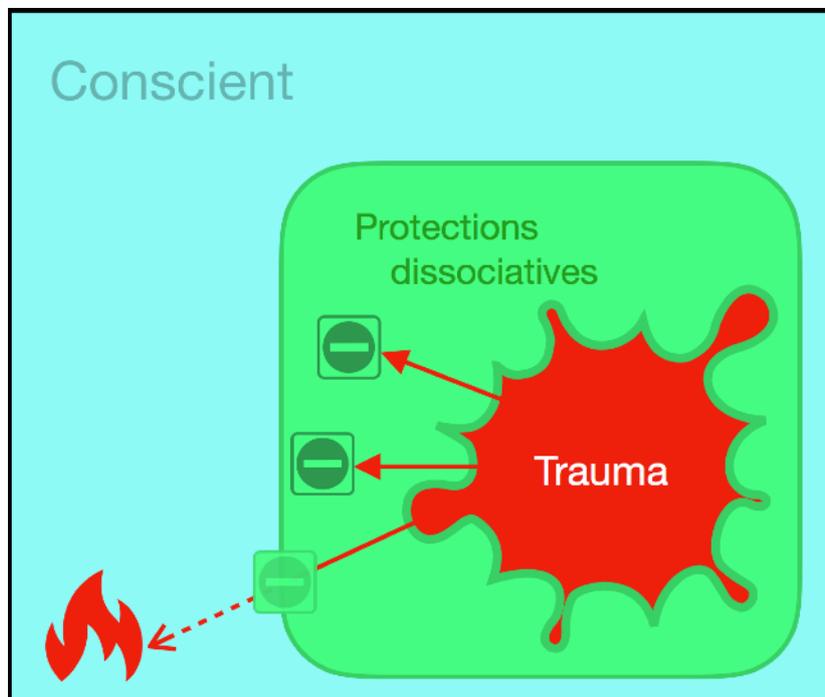


Fig. 1 - Protections dissociatives (Halloy, 2022)<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Illustration réalisée par Pierre Halloy, juillet 2022.

Ces protections dissociatives sont des cadeaux de notre inconscient car elles empêchent le trauma de remonter à la surface de la conscience en permanence (cf. Fig. 1). Elles permettent de continuer de fonctionner.

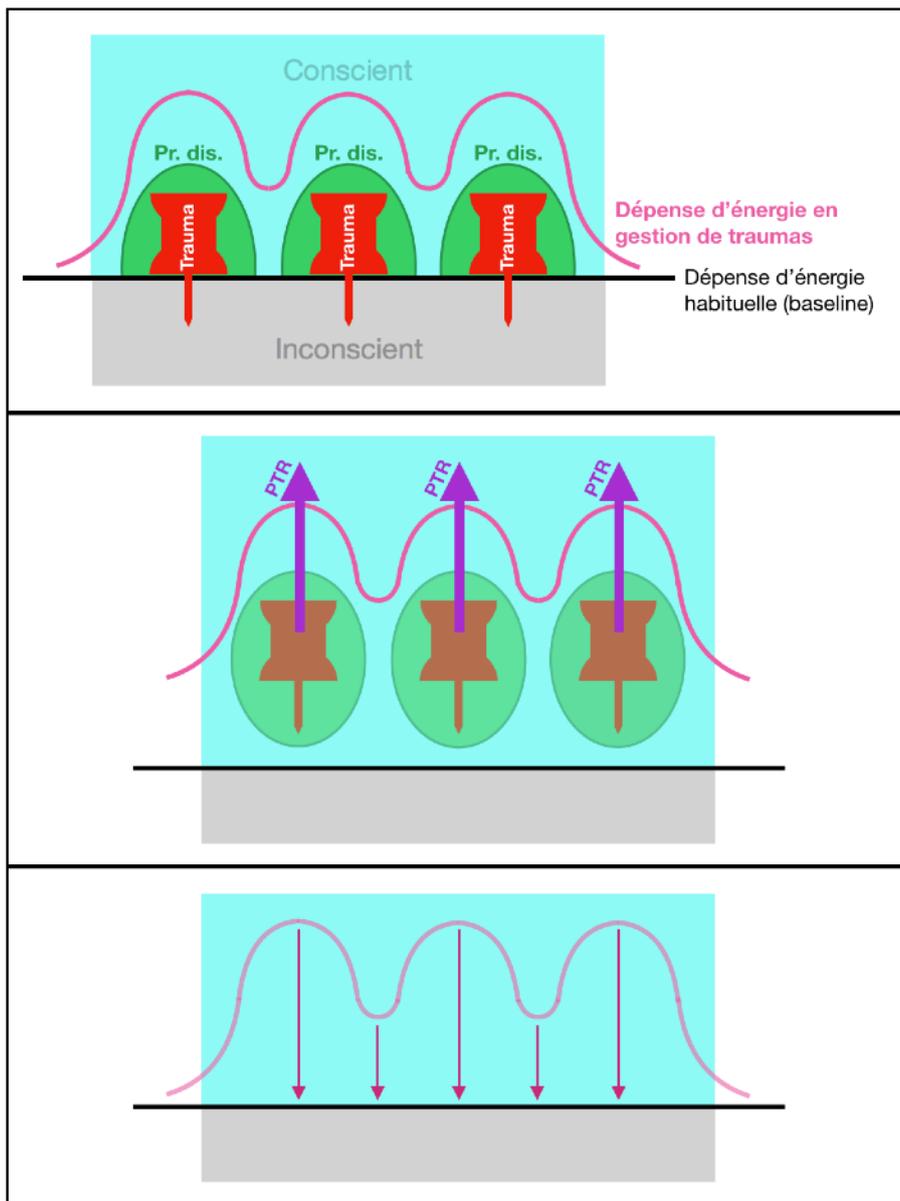


Fig. 2 - Processus traumatique et désensibilisation PTR (Halloy, 2022)<sup>4</sup>

Ces défenses hypnotiques protectrices vont enrober les perceptions sensorielles du trauma et se plantent de manière erratique dans l'inconscient (cf. Fig. 2). Ce faisant, l'esprit conscient

<sup>4</sup> Illustration réalisée par Pierre Halloy, juillet 2022.

n'y a plus un accès direct et souffre moins. Cependant, ces nouveaux obstacles (à la limite de l'inconscient) demandent au cerveau une énergie décuplée pour être évités.

La PTR lève ces bribes de trauma de leur logement inconscient en prenant soin de renforcer leurs couches de protections dissociatives. Revenues dans le conscient de manière douce et confortable, les émotions deviennent exprimables. Ces enregistrements partiels du trauma en mémoire peuvent être intégrés à la mémoire à long terme comme tout autre souvenir. Cela permet de retrouver une forme de fluidité dans l'expression de soi.

Pour Marie, un soupir de soulagement chez ses patients est souvent le signal que le travail de désensibilisation traumatique a été mené à bien, qu'elle a fait tout ce qu'il fallait.

Concrètement, Marie propose de se plonger dans un bon moment, vécu ou imaginé (« induction de type I »), et questionne tous les sens de la personne pour qu'elle puisse s'imprégner de ses sensations agréables. Cela démontre à quel point la personne a du contrôle sur ses émotions et ses sensations, grâce à l'invocation de diverses protections dissociatives (dissociation physique, dépersonnalisation, déréalisation, anesthésie émotionnelle, anesthésie physique, modulation émotionnelle, amnésie traumatique, etc.)

Si la personne arrive en état de détresse, Marie opte plutôt pour une approche plus directement interventionniste (« induction de type II ») et profite des affects désagréables avec lesquels arrive la personne pour lui proposer des explications et des techniques qui permettent d'en reprendre le contrôle. Nous proposons de commencer avec le plus petit trauma sur lequel elle expérimente divers changements, tout en revenant aux émotions vécues dans le concret des sensations corporelles au fur et à mesure du travail. Revenir aux émotions vécues dans le corps est essentiel en PTR car cela permet une ré-association (par opposition à la dissociation traumatique) qui ouvre à une meilleure maîtrise de ses émotions et à la possibilité de redevenir acteur de sa vie.

Dans sa pratique, Marie remarque que les vécus travaillés se présentent quasi systématiquement dans le même ordre : la tristesse, puis la colère, suivie de la culpabilité.

Ensuite, il y a soit une demande de pardon, soit une dernière expression de la colère avant qu'un soupir de soulagement se dégage.

Avantages/Limites particulières à leur méthode thérapeutique (PTR) :

Comme l'affirme Marie, la PTR est très différente de la thérapie par la parole et de l'EMDR. Selon elle, le travail en PTR est plus profond qu'en EMDR (dont elle reconnaît néanmoins les mérites dans le traitement des fausses croyances, par exemple).

Les changements induits par la PTR sont très rapides. Cette rapidité est l'une de ses forces majeures : elle peut traiter une thématique particulière en une séance d'une heure et demie ; et parfois trois séances suffisent pour retrouver du contrôle sur sa vie. La rapidité de la PTR représente aussi un gain financier énorme pour les victimes et la santé publique : une thérapie pour violence sexuelle coûterait entre \$11.000 et \$40.000 pour qu'une personne se sente sur la voie de la guérison, d'après Marie.

Notre participante ajoute que la PTR est un outil très ludique, tant pour le thérapeute que pour le patient, et qu'elle donne des outils concrets utilisables au quotidien pour réguler ses émotions.

La personne est responsabilisée, elle est actrice du changement qu'elle désire voir prendre forme dans sa vie. Sa motivation n'en est que plus grande.

La PTR permet un grand confort grâce au renforcement des protections dissociatives et prône l'importance de faire preuve de beaucoup de délicatesse dans la désensibilisation.

Remarques particulières :

L'emploi de l'humour permet de reconnecter avec la réalité.

Les techniques de provocation et de positionnements paradoxaux, via l'exagération extrême de raisonnements dysfonctionnels pour la personne, permettent de lui faire réaliser

leur absurdité et l'invitent à remettre en question leur validité, notamment lorsqu'il y a des vécus de culpabilité ou de honte.

La sexualité est une thématique qui charrie beaucoup de tabous et de croyances erronées et qu'il est nécessaire de briser. L'éducation et le fonctionnement de la société ont tendance à perpétuer ces erreurs de conceptualisation, avec de graves retombées sur la santé des gens. Marie souligne que, par exemple, l'agression sexuelle ne relève pas du registre de la sexualité, mais qu'il s'agit d'un crime.

Un recadrage important à faire est de différencier l'hypnose thérapeutique de l'hypnose de spectacle. Cette dernière est bien un art de la scène et il est important de recontextualiser les croyances qui peuvent y être associées hors du champ thérapeutique.

Enfin, Marie insiste sur l'importance de l'alliance thérapeutique sans laquelle toute tentative de traitement est vaine.

## 2. Bénédicte

*Présentation de Bénédicte* : 50 ans, journaliste, formée en conseils conjugaux, reconvertie en sexologie, puis devenue thérapeute EMDR car ses outils de thérapie cognitives et comportementales ne lui suffisaient pas face aux événements que ses patients déposaient en séance. Bénédicte anime régulièrement des groupes de parole pour femmes victimes de violence sexuelle. Par ailleurs, elle est formée en PTR également. Elle pratique son activité de thérapeute en cabinet privé.

### Spécificités de la clinique du trauma sexuel :

Bénédicte estime que le trauma sexuel est « le plus grave des traumas », faisant écho au *Livre noir des violences sexuelles* de Salmona (2019).

Bénédicte est convaincue que nous ne pouvons pas traiter un trauma, sexuel ou non, uniquement par la parole. Mettre des mots sur la souffrance ne change rien au fait que les événements sont engrammés de manière bancale, ils restent bloqués et non traités de manière efficace.

Bénédicte a pu remarquer divers symptômes chez les victimes de traumas sexuels, parmi lesquels beaucoup de troubles du comportement alimentaire, de dissociation, de troubles anxieux généralisés, d'anorgasmie, de vaginisme, de problèmes digestifs, de troubles allergiques, de problèmes cutanés comme le vitiligo, et énormément de somatisation. Bien souvent, ces personnes « portent les stigmates de la violence qu'elles ont subie ».

L'expérience a montré à Bénédicte que les victimes de traumas sexuels semblent hantés par des *introjects malveillants*. Il s'agit de pensées négatives à son égard qui résultent d'une sorte d'identification à son agresseur et d'une intériorisation de sa violence. Olivier Piedfort-Marin, par exemple, propose divers protocoles pour venir à bout de ces croyances limitantes. Un travail de recadrage en hypnose peut aussi se révéler précieux, par exemple, en visualisant et en interagissant avec les différentes parties, bienveillante et malveillante, de son compagnon maltraitant.

Notre répondante considère que la *dissociation* représente quelque chose de positif puisqu'elle répond d'un mécanisme de protection face à un événement impensable et violent. Elle qualifie cet état de protection dissociative de structurelle, par opposition à une forme de dissociation émotionnelle. La victime d'un trauma intériorise souvent ses ressentis et développe une *partie apparemment normale de la personnalité [PAN]* pour donner le change qui est complètement dissociée de ses vraies émotions, comme si elle portait un masque ; et la *partie émotionnelle de la personnalité [PE]* qui reste bloquée dans le temps et non-intégrée dans l'histoire de la personne. Il est important de rencontrer ces PE et de rapidement leur permettre de s'intégrer en mémoire grâce à des stimulations bilatérales alternées.

Une autre notion importante, et plus particulièrement dans le cas des traumatismes sexuels, concerne le champ du *somatic experiencing* [SE], théorisé par Peter Levine, qui place l'inscription du trauma au niveau du corps physique. Il théorise que le trauma immobilise le corps dans un état de sidération douloureuse. Ainsi, la notion de *titrage* désigne les sensations ancrées dans le corps, comme celles de continuer à ressentir l'étreinte des mains de son agresseur sur sa gorge bien longtemps après l'agression, par exemple. Soigner le trauma est alors indissociable d'une remise en mouvement de ce corps immobilisé.

La formation de base en EMDR enseigne le traitement des traumatismes simples, or les violences sexuelles sont souvent des traumatismes complexes. Il est donc nécessaire de s'ouvrir à la conjonction de différentes techniques pour les traiter.

#### Explications de sa méthode thérapeutique (EMDR, PTR, IFS, ICV, TRE) :

Bénédicte croit fortement aux bénéfices de travailler le trauma sexuel de manière intégrative, en combinant diverses approches thérapeutiques.

Avant de travailler directement sur le trauma sexuel, Bénédicte trouve intéressant et nécessaire de procéder à une stabilisation, à une réduction de certains symptômes. Après cela, il convient d'adopter une approche progressive dans l'emploi de l'EMDR, en se rapprochant peu à peu du noyau du trauma avec délicatesse.

L'EMDR a pour but de modifier la vision de la personne sur certains événements de vie encore douloureux. En plus de travailler sur la formulation d'une croyance positive que la personne aimerait voir prendre vie et qui servira de guide pour les objectifs en séance, l'EMDR procède en associant plusieurs éléments ensemble, comme l'image la plus perturbante liée à la situation traumatique que la personne a vécue, une croyance limitante et négative qu'elle a sur elle-même et son ressenti corporel. Une fois bien associés en tête, nous lui proposons de regarder les doigts du thérapeute, qui procède à un balayage en aller-retours horizontaux à hauteur du visage de son patient. Cela peut aussi s'opérer par des tapotements en alternance sur les genoux, par exemple.

Cela permet de relancer le processus neurobiologique de *traitement adaptatif de l'information [TAI]*, qui va « permettre au cerveau limbique de fournir une solution », comme nous l'explique Bénédicte. Il est important de régulièrement ce qui se passe pour elle dans les images qu'elle voit, ou ce qu'elle ressent physiquement ou émotionnellement. Les stimulations bilatérales alternées vont faire bouger les bribes de souvenirs traumatiques, elles vont leur faire changer d'espace : passant de la *mémoire vive* à la *mémoire d'archive* du cerveau. Cette notion de TAI rejoint le concept de *processus autonome auto-thérapeutique [PAAT]* qu'emploie la PTR.

Quand cela est fait, la personne a accès au souvenir de l'événement douloureux, mais il n'induit plus de reviviscence, la charge émotionnelle qui lui était associée a changé. C'est la même idée que la *recolorisation émotionnelle* en PTR.

Une procédure classique en EMDR pour le traitement d'un trauma sexuel comprend la création d'un lieu sûr, suite à quoi nous introduisons une perturbation pour s'assurer de sa solidité. Puis nous créons une boîte qui renferme la liste des traumas à travailler. S'ensuit une phase de stabilisation, via des exercices de pleine conscience, cohérence cardiaque, etc. jusqu'à ce que la personne se sente prête à aborder le trauma. Quand elle est mûre pour cela, nous prenons un élément de la boîte aux traumas pour le travailler en EMDR.

Par ailleurs, elle n'hésite pas à employer diverses techniques de manière complémentaire, inspirées par l'hypnose, l'EMDR, l'internal family system [IFS], l'intégration du cycle de la vie [ICV], pour ne citer qu'eux.

L'IFS postule que lorsqu'il y a dissociation, l'unité dans le cerveau est compromise. Il en résulte que différentes parties de l'identité de la personne ne communiquent plus entre elles, on dit qu'il y a plusieurs *états du moi*. L'IFS propose de personnifier ces différents états du moi et d'aller les rencontrer, comme par exemple imaginer une réunion à laquelle ils auraient tous été conviés. La personne observe quelles parties acceptent l'invitation, quelles autres parties restent bloquées à la porte, avant de leur donner la parole à chacune avec

bienveillance, de les questionner sur les raisons pour lesquelles elles sont blessées, et petit à petit rétablir un dialogue pour ouvrir vers plus de cohérence interne.

L'ICV, quant à elle, propose de replacer sur une grande ligne du temps plusieurs événements positifs et négatifs pour chaque année de vie depuis la naissance de la personne. Passer en revue ces éléments en les lisant rapidement permet à leur cerveau de recréer une cohérence narrative, d'intégrer ces événements au sein d'un récit de vie plus unifié.

Bénédicte ajoute qu'elle emploie également les *traumatic release exercises [TRE]*. Il s'agit d'une technique qui induit une fatigue corporelle via l'induction de tremblements volontaires des jambes. Ces tremblements vont détendre profondément le muscle psoas et permettre un état dans lequel des traumatismes peuvent se résoudre et donner l'accès à plus de bien-être.

#### Avantages/Limites particulières à leur méthode thérapeutique (EMDR) :

La formation en EMDR est chère et copyrightée, mais elle propose une mise en pratique rapide des techniques enseignées. En outre, elle est très complète. Les formateurs sont « des gens solides, qui ont les connaissances les plus pointues et les plus poussées dans la dissociation ».

Le réseau EMDR est vaste et riche, avec l'organisation de conférences et de multiples ateliers spécialisés, sans compter de nombreuses publications chaque année. C'est une communauté très intéressante. De plus, comme le titre de praticien en EMDR est accrédité, il est nécessaire de continuer les formations pour le rester, ce qui représente un gage de sérieux et de qualité.

En terme d'efficacité, l'EMDR « fonctionne extraordinairement bien », ses effets sont irréversibles car tout ce qui est classé ne remontera plus pour poser problème à la personne. Une fois que les fragments traumatiques sont passés de la mémoire vive à la mémoire d'archive, c'est intégré.

L'EMDR existe depuis 1982, il a fait l'objet de beaucoup de recherches scientifiques qui semblent démontrer son efficacité, tant et si bien qu'il est reconnu et conseillé par l'OMS dans le traitement du psycho-traumatisme.

Selon notre répondante, l'EMDR constitue le meilleur outil pour traiter les traumatismes sexuels.

Bénédicte juge que l'EMDR est une approche thérapeutique plus subtile, plus riche, plus complexe, plus nuancée et moins brutale que la PTR. Elle reconnaît tout de même l'utilité d'employer l'hypnose, notamment pour les personnes qui présentent « trop de résistance ».

Elle juge que l'EMDR est un outil complet, qui ne souffre d'aucune lacune que ce soit.

#### Remarques particulières :

Selon Bénédicte, le trauma n'existe pas dans la nature. Il n'existerait uniquement qu'au contact de l'être humain.

Au niveau de la rapidité du traitement des traumatismes sexuels, elle estime que dans sa pratique, cela prend généralement une année.

Elle ajoute qu'il n'existe pas un type de traitement qui fonctionnera automatiquement pour tout le monde.

De plus, le traitement des traumatismes peut être très ludique et amusant, même avec des sujets très lourds. Bénédicte rigole souvent avec ses patients.

Enfin, pour elle, installer et entretenir une relation thérapeutique humaine est primordial, sans lequel rien n'est mobilisable.

### 3. Aline

*Présentation de Aline* : 26 ans, psychologue clinicienne, sexologue, formée en PTR avant la fin de ses études universitaires, puis en thérapie d'acceptation et d'engagement [ACT]. Elle partage son activité clinique entre une institution hospitalière et son cabinet privé.

#### Spécificités de la clinique du trauma sexuel :

Aline nous explique que suite à un traumatisme sexuel vécu, le corps peut réagir en « créant des maladies et de la souffrance physique », sous forme de douleurs psychosomatiques chroniques (du vaginisme, des dyspareunies, des névralgies pudendales, par exemple). Pour traiter ces douleurs, il est indispensable de traiter le trauma qui en est la source.

Elle remarque que pour les viols, par exemple, les manifestations physiques ont tendance à se localiser particulièrement autour du périnée.

Typiquement, Aline emploie l'hypnose PTR pour les traumas avec ses patients, puis elle profite de son expertise en sexologie pour leur apprendre à mieux adapter leurs positions corporelles dans le cas d'endométriose, par exemple. Ensuite, elle les aide à reprendre le contrôle sur leur vie sexuelle. Le travail en hypnose et la clinique sexologique sont très complémentaires.

Parmi les symptômes traumatiques chez les victimes de violences sexuelles, elle note particulièrement la présence d'hyper-vigilance continue, de pensées intrusives, de flashbacks, de cauchemars, etc. Si elle remarque des problèmes physiques de type psychosomatique, c'est à dire que tout semble aller bien d'un point de vue purement mécanique et que la cause du problème reste indéterminée par le corps médical, elle explore systématiquement l'hypothèse d'origines inconscientes et traumatiques. Ces patients présentent une vie sexuelle compliquée, faite souvent de douleurs diverses et de problèmes digestifs (diarrhée, constipation, etc.).

### Explications de sa méthode thérapeutique (PTR) :

Tout d'abord, la collaboration avec le monde médical est utile et importante pour Aline. Le statut de figure d'autorité que les médecins incarnent pour beaucoup de patients peut aider à les convaincre d'entamer une thérapie, ce qui renforce l'alliance thérapeutique. De plus, il est parfois utile qu'un accompagnement médicamenteux soit mis en place, pour calmer des douleurs trop intenses le temps d'en traiter la cause traumatique, par exemple. Enfin, collaborer avec divers professionnels de la santé qui entourent le patient ne peut lui être que bénéfique et maximiser l'efficacité du traitement. Aline tient particulièrement à collaborer avec les kinésithérapeutes dans le cadre de traumatismes sexuels. Les kinésithérapeutes mobilisent le corps, et elle apprend aux patients à relâcher et à prendre conscience de leur corps, ce qui soutient le travail en kinésithérapie en retour. Ce sont des entraînements bottom-up et top-down qui oeuvrent en complémentarité.

En début de suivi, Aline commence par une anamnèse complète, suivie par une explication claire de la PTR : que cette méthode permet de traiter les traumatismes ; qu'il s'agit d'une hypnose en collaboration active, qu'elle a besoin d'eux pour travailler efficacement tout comme les patients peuvent avoir besoin d'elle pour les accompagner ; que cela nécessite une honnêteté dans l'expression de ce qu'ils ressentent ; qu'ils ont le contrôle de ce qui se passe en séance et qu'ils se rendront vite compte qu'ils contrôlent leurs émotions bien mieux qu'ils ne peuvent le penser ; que l'objectif est de travailler sur le traumatisme, mais de manière douce et sécurisée. Ensuite, elle leur explique comment se déroulent les séances en PTR.

Elle entame toujours avec une séance consacrée à un bon moment, dans lequel les patients peuvent ressentir les sensations de leurs corps et expérimenter avec diverses protections dissociatives sans enjeu trop important. « Quand on les entraîne à provoquer des protections lors de la première séance, ils les réutilisent dans les situations [concrètes de la vie quotidienne] ». Un instant de débriefing est prévu à l'issue de chaque séance d'hypnose. Au plus la personne ressent de la sécurité rapidement, au plus rapide et facile sera l'approche du cœur du trauma à travailler.

Il s'agit de co-construction permanente avec les personnes, et Aline s'adapte à eux en notant ce qui fonctionne et qu'elle pourra mobiliser par la suite, et ce qui fonctionne moins bien et qu'elle peut laisser tomber. C'est une thérapie faite sur mesure, adaptée aux particularités de chacun.

Comme Aline ne dispose que de peu de temps par séance, elle se concentre sur la co-création de moments de sécurité, sans quoi elle n'aborde pas le travail des traumatismes. « On va aller vers l'événement traumatique petit à petit, en douceur et confort [...] le trauma peut surgir sans prévenir dès que la personne se sent suffisamment en sécurité ».

Bien souvent, la désensibilisation comprend de redonner le contrôle à la personne, puis s'il y a de la colère, elle l'exprime de la manière qui lui convient dans l'imaginaire, comme pour frapper son agresseur avant de s'en débarrasser quand toute la colère a été investie.

Aline questionne beaucoup ses patients pour évaluer l'efficacité de son travail. Elle leur demande régulièrement de quantifier l'intensité des symptômes de SSPT avec lesquels ils étaient arrivés (la qualité du sommeil, l'appétit, les pensées intrusives, l'état d'hyper-vigilance continu, etc.) et leur manière de réagir à divers événements de la vie quotidienne qui se présentent à eux.

Après la recolorisation émotionnelle des fragments du trauma, et l'intégration de ces morceaux en un souvenir cohérent en mémoire, il peut y avoir des changements spectaculaires chez la personne, dans sa vie quotidienne, sexuelle, professionnelle, etc.

#### Avantages/Limites particulières à leur méthode thérapeutique (PTR) :

Contrairement à d'autres approches hypnothérapeutiques éricksonniennes plus classiques, la PTR est un type d'hypnothérapie où le patient est actif. Le type d'interaction avec le thérapeute et le patient est conversationnel ; il permet de mettre les gens au travail. Ils deviennent de la sorte des acteurs responsables de leur guérison. De plus, cette non-passivité

maximise les chances de succès avec les personnes qui souffrent de déficits attentionnels [qui sont récurrents avec la dissociation traumatique].

La PTR n'est absolument pas interprétative. Elle reprend ce que les personnes amènent et laisse leur inconscient choisir de ce qui émerge ensuite, de ce qui est prêt à être travaillé.

Aline chérit particulièrement l'aspect de co-construction avec le patient et du grand respect de ses limites et de ses défenses, que nous renforçons d'ailleurs. « On ne lui impose rien » et nous nous adaptons en permanence. Les protocoles ne sont pas rigides. En PTR, les patients jouissent d'une grande liberté.

La PTR permet un traitement d'une rapidité exemplaire, et qui représente un budget financier bien moins important qu'une psychothérapie classique ou « qu'une psychanalyse pendant dix années ». Aline estime qu'en moyenne, il faut six à sept séances entre l'anamnèse initiale et l'apaisement du vécu traumatique. Dans les cas de traumatismes particulièrement complexes, ce chiffre peut monter jusqu'à une petite dizaine de séances, en comptant large. Mais le travail d'un même événement traumatique peut être vraiment très court en PTR : il lui arrive que ce soit traité en une à quatre séances de quarante-cinq minutes seulement.

La formation en PTR met un accent particulier sur le traitement du trauma sexuel, ce qui en fait un outil complémentaire précieux avec les problématiques sexologiques. Douceur, confort et zéro douleur font partie des règles d'or de la méthode.

#### Remarques particulières :

Aline a régulièrement remarqué que les patients s'adressaient à elle pour des problèmes traumatiques, prioritairement. La sexothérapie vient souvent en complément de ce premier objectif.

Il lui arrive régulièrement d'avoir du succès en PTR avec certains patients que l'EMDR n'avait pas aidés. Elle précise qu'elle ignore si cela est dû à une inadéquation de la méthode, ou que le courant était mal passé avec le thérapeute.

A sa connaissance, si les personnes qui consultent ont accès à leur imaginaire et qu'elles éprouvent des émotions, elles sont sensibles à l'hypnose. Cependant, pour faire du travail en PTR, il est nécessaire que la personne accepte de s'engager dans une co-construction de ce type et se sente prête à soulever des choses et à vivre des émotions.

## 4. Diane

### 4.1 Son vécu comme praticienne

*Présentation de Diane* : Trente-cinq ans, psychologue clinicienne, formée en EMDR de premier niveau, chercheuse universitaire spécialisée dans les questions d'attachement et de trauma, praticienne et formatrice certifiée en PTR. Elle a d'abord découvert l'EMDR et la PTR comme patiente, avant de s'y former.

#### Spécificités de la clinique du trauma sexuel :

Diane a pu observer que les violences sexuelles, comme l'abus sexuel, détruisent complètement les gens. Il s'agit d'une forme de violence particulièrement intrusive et effractante, qui vient directement blesser ses victimes dans leur intégrité physique et émotionnelle. Et les conséquences sont terribles pour elles, retardant la maturation normale de leurs processus de sécurisation.

Plus ces violences surviennent tôt dans le développement de la personne, plus graves seront les impacts dans leur vie. Elles « fout[ent] vraiment les gens en l'air », et de manière différente que dans les autres formes de maltraitance physique. Il en résulte une profonde instabilité et insécurité dans la construction de soi.

Bien souvent, les patients que Diane reçoit en clinique traumatique arrivent avec l'impression que leur vie est sans dessus dessous, présentant de nombreux symptômes comme une désorganisation généralisée, de nombreux symptômes dissociatifs fréquents, de la distraction, des troubles mnésiques, de gros troubles anxieux et crises d'angoisse, etc. Diane observe aussi des états de soumission récurrents chez les victimes de violences sexuelles, qu'elle identifie comme une stratégie qu'elles ont dû apprendre, adopter et systématiser pour leur survie.

Quand nous subissons un traumatisme, nous avons tendance à développer des cognitions particulièrement négatives sur soi et sur le monde. Cela peut être changé par différentes méthodes, dont l'EMDR et la PTR.

Diane estime que le traitement du trauma sexuel en particulier doit impérativement inclure un travail autour du consentement et des limites corporelles. Cela participe à la ré-appropriation par la personne de son propre corps.

#### Explications de sa méthode thérapeutique (EMDR, PTR) :

La PTR propose des techniques hypnotiques intéressantes et simples pour rapidement permettre aux patients de se ré-approprier leur corps, comme les douches purificatrices, par exemple.

Outre la PTR, l'accompagnement en traumatologie fonctionne généralement en plusieurs phases. C'est le cas de l'EMDR qui compte une phase de stabilisation, une phase de consolidation des ressources et de préparation de l'après. Dans un premier temps, cette stabilisation et consolidation des ressources apprend aux personnes à mieux réguler leurs émotions au quotidien et permet d'entrer dans le travail des traumas de la manière la plus sécurisante possible.

Lors de la phase de préparation, nous procédons à un plan de ciblage. Elle a pour but de resserrer la focale sur la cible traumatique à travailler, d'identifier puis de réunir les différents fragments sensoriels, émotionnels et cognitifs qui y sont liés.

Les praticiens en EMDR veillent à quantifier divers éléments avant le début du travail, comme le degré de perturbation du souvenir traumatique (sur une échelle de un à dix, par exemple), ce qu'ils appellent le « SUD » [Subjective Unit of Distress], et le niveau de conviction de la personne en sa croyance négative, ce qu'ils appellent le « VOC » [Validity Of Cognition]. Ces données seront comparées à leurs valeurs après le traitement pour en estimer l'efficacité.

Diane nous explique que l'EMDR, traduit en français pas « reprogrammation et de désensibilisation par le mouvement des yeux », vise à remobiliser les bribes d'un souvenir traumatique dissocié via la reproduction des mouvements oculaires rapides qui ont lieu pendant la phase de sommeil paradoxal, la phase REM [rapid eye movements]. D'une part, cela induit un état attentionnel divisé, focalisé à la fois sur le mouvement de la main du thérapeute et sur le souvenir traumatique. Cela permet de ne plus tout à fait coller à aux vécus brutaux et ouvre vers la possibilité d'une première décharge émotionnelle. D'autre part, la stimulation bilatérale du cerveau réactive le processus naturel de *traitement adaptatif de l'information [TAI]*, qui va intégrer les différents aspects du souvenir traumatique en mémoire de manière cohérente. Diane vérifie où en sont les ressentis de la personne face à l'image du trauma et répète cette technique d'intégration par périodes de vingt secondes jusqu'à ce que la personne exprime un ressenti positif par deux fois.

La PTR emploie l'hypnose comme médiateur principal dans le traitement du trauma. Il s'agit d'un état de conscience modifiée naturel, que nous expérimentons toutes et tous au quotidien. Cette ressource innée favorise le traitement des souvenirs liés à des expériences de vie difficiles. Ce qui pose problème à la personne n'est pas l'événement en soi mais plutôt l'enregistrement désorganisé des émotions liées à cet événement en mémoire. La PTR a pour objectif de changer cet enregistrement émotionnel.

Dans un premier temps, les soubassements théoriques de la PTR sont expliqués à la personne dans un esprit de transparence mais aussi pour qu'elle puisse se les approprier et favoriser son indépendance. Diane passe rapidement à la pratique, car la PTR peut être complexe d'un point de vue théorique, mais c'est avant tout quelque chose qui se vit. Il convient donc de fournir suffisamment d'informations pour que la personne soit sécurisée, avant de passer à une phase plus expérientielle sans tarder.

Lors de la première séance, Diane procède à une anamnèse, elle explique la PTR et propose à ses patients d'expérimenter cette technique dans un moment agréable de leur choix, un souvenir vécu ou qu'ils vont imaginer. Il importe que ce soit un *bon moment*, dans lequel elle entraîne la personne à mobiliser ses défenses dissociatives. Ensuite, quand elle se sentira prête et armée de ses nouveaux outils, elle pourra se confronter aux souvenirs traumatiques de manière confortable et y opérer des changements pour les désensibiliser. Il est parfois nécessaire d'employer la position paradoxale, issue du courant de la thérapie brève de l'école de Palo Alto, pour renforcer l'efficacité de la technique PTR.

Quelle que soit la méthode employée, le prisme de la lecture psychotraumatique « éclaire quasiment toutes les psychopathologies », il est donc très utile pour la psychologie clinique de terrain.

#### Avantages/Limites particulières à leur méthode thérapeutique (EMDR, PTR) :

Diane trouve que l'EMDR est une méthode compliquée à mettre en place, particulièrement lorsqu'elle débutait comme clinicienne. La PTR lui paraît beaucoup plus simple à employer et à proposer aux patients, notamment parce qu'elle opère sur un mode conversationnel, ce qui est plus naturel.

Les différentes phases de traitement imposées à la pratique de l'EMDR peuvent parfois entraver la spontanéité créative, l'adaptabilité et la liberté tant du patient que du thérapeute. Il convient de ne pas employer l'EMDR de manière trop rigide ou protocolaire.

Cependant, comme l'EMDR a fait l'objet de bien plus de recherches, il est fortement documenté et son étayage théorique est bien plus solide qu'en PTR, pour lequel il n'existe pas encore de publication reconnue par la communauté scientifique.

La PTR, quant à elle, est un outil qu'elle qualifie de « vraiment formidable » que Diane emploie avec tous ses patients.

La grande force de la PTR réside notamment dans la rapidité avec laquelle elle permet d'identifier les besoins de l'inconscient de la personne, puis d'y répondre facilement et concrètement. « L'imaginaire et la mémoire travaillent de concert pour permettre de répondre aux besoins de l'inconscient de manière créative, drôle et agréable ». Selon Diane, l'EMDR n'en permet pas l'accès de manière aussi directe.

Au-delà de la seule désensibilisation du trauma, Diane estime qu'il lui faut généralement une dizaine de séances pour assurer un accompagnement complet, pour qu'il soit le plus porteur possible pour la personne. Cela comprend du travail de stabilisation et d'augmentation des ressources également. La désensibilisation traumatique doit nécessairement comprendre ces accompagnements complémentaires. Le nombre de séances nécessaire varie en fonction du type de problématique. Les traumatismes complexes prennent généralement plus de temps que les traumatismes simples, mais une dizaine de séances reste très rapide dans ce type de d'accompagnement. A cela s'ajoutent parfois de petites séances de checkup à la demande du patient.

De plus, la PTR préconise une grande douceur, dans une logique de « zéro douleur », comme expliqué précédemment.

La PTR respecte profondément les besoins et les défenses de la personne, et demande à ses praticiens de s'adapter en permanence à son rythme, sans oublier le système de vie dans lequel elle est inscrite.

Un autre point d'importance pour la PTR est la favorisation de l'autonomie de la personne par rapport au thérapeute. Le but est qu'elle n'ait rapidement plus besoin de ses services.

Si les états de conscience modifiée ne sont pas étrangers à l'EMDR, une particularité unique de la PTR est sa manière d'explorer et de collaborer *avec* l'inconscient. Elle permet d'entrer dans le langage de l'inconscient beaucoup plus facilement, et de le suivre dans toutes ses possibilités créatives sans limite.

Diane reconnaît la valeur et la complémentarité des techniques. Elle emploie régulièrement la PTR avec des compléments de techniques d'EMDR comme des mouvements oculaires alternatifs « pour soutenir et accélérer le processus ». La PTR et l'EMDR sont tout à fait compatibles à ses yeux.

#### Remarques particulières :

La PTR reconnaît les vertus profondément thérapeutiques de l'humour. Il permet notamment de réduire la charge émotionnelle de la peur lors de la désensibilisation traumatique. De plus, il introduit une certaine légèreté là où la gravité régnait en maître absolu jusque là. D'après Diane, l'EMDR ne le mentionne absolument pas.

Il lui paraît intéressant que la recherche en traumatologie se penche sur les mécanismes du fonctionnement de la PTR et les processus neuro-physiologiques qu'elle mobilise. Elle remarque que le concept d'inconscient sur lequel repose les hypothèses opérationnelles de la PTR complexifie la recherche sur son efficacité, qui ne peut se réduire à la réduction de symptômes, selon elle.

Pour évaluer l'efficacité de manière intéressante, se concentrer sur le nombre de séances de manière décontextualisée n'a pas de sens. Selon Diane, il conviendrait bien mieux de rencontrer les patients d'une séance à l'autre et de leur demander comment évolue leur niveau de perturbation au quotidien, sur une échelle de un à dix, par exemple. Cela représenterait un

type de recherche quantitatif sans négliger les aspects plus qualitatifs qui pourraient être riches en informations.

Quelle que soit la méthode employée, un élément nécessaire pour permettre le travail de désensibilisation traumatique est le sentiment de sécurisation. Si l'inconscient ne se sent pas en sécurité, il ne permettra pas l'accès conscient à un terrain traumatique.

#### 4.2 Son vécu comme patiente

Explication du problème qui a mené à une recherche d'aide thérapeutique :

Sans entrer dans les détails, Diane nous confie qu'avant de consulter, ses vécus traumatiques continuaient à interférer avec le présent et à perturber son quotidien, alors qu'ils n'étaient pas liés au présent. Elle ne parvenait pas à être pleinement en contact avec sa vie actuelle parce qu'il y avait « plein de trucs en bordel monstre à l'intérieur ». C'était comme si elle continuait à porter un sac à dos extrêmement lourd, bien qu'elle n'en ait plus l'utilité et dont elle ne parvenait pas à se débarrasser toute seule. Par exemple, elle éprouvait un sentiment d'insécurité quasi permanent, elle ressentait de l'anxiété très forte qui la poussait vers des comportements d'évitement et qui réduisait considérablement la confiance qu'elle accordait à son entourage. Elle était « comme un petit animal blessé qui prend sur elle pour subir la vie [...] c'était l'enfer! »

Type d'accompagnement thérapeutique recherché (PTR, EMDR) :

Diane s'est tournée vers l'EMDR un peu par hasard. Elle cherchait un psychologue dans un annuaire en ligne et elle en a retenu un dont la tête lui revenait bien et parce qu'il lui paraissait sérieux. Elle n'a su qu'il pratiquait l'EMDR que par après.

Ce n'est que dans un second temps qu'elle découvre la PTR.

### De quelle manière cela a pu l'aider ?

Le travail en EMDR a induit une diminution de la charge émotionnelle liée au traumatisme qu'elle désirait travailler.

La PTR lui a permis de vider ce sac à dos écrasant, pierre après pierre.

Quand son thérapeute lui avait demandé « à quoi est-ce que vous verriez concrètement dans votre quotidien que vous êtes en chemin pour aller mieux? », elle avait répondu « quand je n'aurai plus envie de rentrer chez moi en courant à chaque fois que je sors ou que je vais quelque part ». Elle a su qu'elle allait mieux et que la thérapie avait été un succès lorsqu'elle a pu reconnaître ce scénario comme une réalité concrète.

Aujourd'hui, elle n'est plus activée tout le temps, elle constate qu'elle est connectée à ses sensations corporelles et ses émotions, ce qui l'aide à faire des choix dans la vie à chaque instant. Elle parvient maintenant à mettre des limites, à prioriser et se concentrer plus facilement.

### Points fort / points faibles des types d'accompagnement reçus :

Diane a apprécié la relative proximité physique que demande l'EMDR. Tout d'abord, c'est une excellente occasion de questionner la zone de confort de la personne et de mettre au travail les questions de consentement. Une fois que la confiance est suffisamment établie avec le thérapeute, la proximité physique avec cette figure d'attachement procure un grand soulagement et rassure quand on revit des choses difficiles. L'EMDR nécessite que nous nous rapprochons un peu, avec ou sans contact physique, alors que la PTR ne le propose pas explicitement.

Bien que l'EMDR lui convenait bien, elle a rapidement senti la différence avec la PTR quand elle a eu l'occasion de s'y essayer, à laquelle elle reconnaît une plus grande liberté, une rapidité plus importante et une meilleure efficacité. Elle a l'impression que la PTR est plus

précise et travaille plus en profondeur. Une fois qu'elle était prête à travailler ses traumas, la PTR a beaucoup plus rapidement été « dézinguer le bazar ».

Ce qui lui a fait beaucoup de bien, outre la technique thérapeutique, étaient les qualités de ses thérapeutes, de leur fiabilité, leur respect, leur écoute, la validation émotionnelle qu'elle ressentait à leur contact.

Qu'on lui apprenne à se sécuriser elle-même et à rencontrer ses émotions sans crainte a été d'une importance capitale dans le parcours thérapeutique de Diane.

Qu'a-t-elle vécu de particulièrement important lors de sa thérapie ?

De son expérience de patiente et comme praticienne, Diane insiste : « Au-delà de la technique, c'est la qualité de la relation qui est super importante. [...] On a beau avoir la technique, si on n'est pas capable d'installer un cadre sécurisant, ça ne fonctionnera pas ».

Remarques particulières :

Bien au-delà de la maîtrise technique du thérapeute en EMDR qu'elle a consulté, Diane a été particulièrement marquée par son éthique de travail, son humanité et sa compétence. Ça l'a inspirée à se former dans l'accompagnement des psychotraumatismes.

## 5. Gilles

*Présentation de Gilles* : 30 ans, assistant social à Bruxelles.

Explication du problème qui a mené à la recherche d'une aide psychothérapeutique :

Les parents de Gilles se sont séparés lorsqu'il avait environ 7 ans, son frère et lui vivaient en alternance entre le domicile de leur père et celui de leur mère, qui ont tout fait pour les épargner de leurs querelles. Il décrit sa mère comme quelqu'un de doux et de rassurant, ce qui

n'était pas le cas de son père, un ancien militaire qui perdait souvent le contrôle de ses colères, imprévisibles pour son entourage, bien qu'il aimait éperdument ses deux enfants. Lorsque Gilles avait 7 ans également, son père a été diagnostiqué avec un cancer, dont il décédera sept années plus tard alors que leur relation était devenue plutôt froide et distante, ce qu'il regrette aujourd'hui.

Mais la raison principale pour laquelle il cherchait de l'aide psychothérapeutique était liée à des abus sexuels qu'il avait subi de la part d'un professeur de théâtre entre ses douze et ses dix-sept ans. Tant les attouchements que le fait de garder le secret, le mettait dans une situation très inconfortable. Il se sentait sale, à la fois honteux et coupable de ce qui lui était arrivé et qu'il savait anormal, ce qu'il s'est évertué à enfouir en lui bien après qu'il eut coupé tout contact avec ce professeur. Il avait tenu sa langue dans l'espoir d'en faire de l'histoire ancienne, et pour protéger sa mère qu'il ne voulait pas inquiéter d'autant plus qu'il n'était plus en danger. Mais plus il essayait d'oublier, plus les souvenirs s'imposaient spontanément. Il n'a finalement brisé le silence que lorsque des policiers l'ont contacté au sujet de son agresseur, qui avait été arrêté pour des faits de mœurs sur d'autres enfants.

Libérer la parole a été bénéfique pour Gilles, même si les traces de ces événements ont continué de faire irruption dans sa vie sous forme de flashbacks déstabilisants ou des états de panique incompréhensibles à chaque relation sexuelle (homosexuelle) qu'il engageait, d'un besoin de contrôle absolu de tout et particulièrement de sa sexualité, ce qui inhibait complètement sa libido, source d'une grande frustration. C'était comme si son corps l'abandonnait. Il s'est rapidement renfermé dans une addiction à la pornographie qui lui paraissait comme une forme de sexualité plus rassurante. Petit à petit, il ressentait de moins en moins de sensations physiques et d'émotions profondes, jusqu'à se sentir comme déconnecté de lui-même. Il compensait cela avec la pratique intensive de sport qui était un moyen de se sentir exister, jusqu'à se blesser parfois.

Gilles qualifie ses relations amoureuses de cet époque comme « désastreuses », répondant à un besoin d'être rassuré avant tout. Il se sentait finalement très seul et « désespérément en

quête de solution ». Il a fini par demander une aide professionnelle pendant ses études supérieures.

#### Type d'accompagnement reçu (d'orientation psychanalytique, psycho-corporel, PTR) :

Gilles a tout d'abord consulté une psychologue clinicienne d'orientation plutôt psychanalytique freudienne pour quelques séances, avant de se tourner vers des approches psycho-corporelles, dont la respiration holotropique (une technique de respiration basée sur de la musique rythmée) que pratiquait un autre thérapeute bruxellois. A 27 ans, il a finalement consulté une thérapeute formée à la thérapie brève et à l'hypnose PTR.

#### Résultats de la thérapie et apports particuliers de la PTR :

La thérapie d'orientation psychanalytique lui a permis de mettre des mots clairs sur ses vécus et de comprendre la logique de ses comportements d'addiction à la pornographie comme tentative de contrôle sur ses pulsions sexuelles. Cependant, cela n'a rien changé à ses angoisses, à ses comportements d'évitement des relations sexuelles avec un partenaire, ni à son insensibilité corporelle et émotionnelle.

La technique de respiration holotropique l'a forcé à expérimenter la perte de contrôle sur son corps, et a débloqué l'accès à beaucoup d'émotions profondément refoulées, sans chercher à leur attribuer du sens, ce qui semblait lui être cathartique. De plus, il ressentait à nouveau du mouvement dans sa vie, comme quelque chose s'était déverrouillé. Il a graduellement espacé les rendez-vous, le temps d'intégrer ce qu'il avait ressenti, jusqu'à ne plus y retourner finalement.

Mais il semblerait que ce soit l'hypnose PTR qui ait été le plus grand catalyseur de transformation dans sa vie. Tout d'abord, cela lui a permis de comprendre qu'il n'était pas fou, que la logique traumatique expliquait tout à fait ce qu'il avait pu ressentir depuis tant d'années. Dans ce premier rendez-vous, elle l'a aussi entraîné à jouer avec les images et les sensations qu'il ressentait, ce qui a réactivé de la colère qu'il avait toujours envers son père.

Grâce au travail, il a pu apaiser immédiatement ses émotions inconfortables. Suite à cela, Gilles affirme ne plus éprouver de colère. Lors du second (et dernier) entretien en PTR, une fois que Gilles a visualisé une scène agréable et ressenti la sécurité qu'elle lui procurait, des tremblements sont apparus dans ses bras. La thérapeute l'a invité à les augmenter, à les laisser grandir, ce qui a ramené spontanément le souvenir du tout premier attouchement qu'il avait subi chez son professeur de théâtre quand il avait 12 ans. Un sentiment d'angoisse est apparu et la modification de certains éléments de la visualisation l'ont immédiatement calmé, ce qui a permis à une grande colère de prendre toute la place. Gilles a alors ressenti une grande clairvoyance sur sa vie : les abus qu'il avait subi et les symptômes qui l'accablaient durant tant d'années étaient manifestement liés. Il ressentait la conviction profonde que tout prenait sens. Sous les conseils de sa thérapeute, il a permis à sa colère d'exploser contre son ancien professeur de théâtre et sa maison, puis il a pris le temps de prendre soin du jeune garçon de 12 ans comme si c'était son petit frère, avec beaucoup de tendresse. Gilles s'est immédiatement senti satisfait, détendu et léger car soulagé d'un poids énorme, puis submergé par une grande émotion à la réalisation soudaine qu'il ressentait son corps, comme s'il y était reconnecté.

Depuis lors, il n'a pas ressenti le besoin de prendre rendez-vous chez cette hypnothérapeute car il se sentait enfin « maître de ses émotions et de sa vie ». Sa vie sentimentale et sexuelle « s'est immédiatement améliorée, avec un retour rapide de libido ». Par ailleurs, les flashbacks ont disparu, le souvenir des abus ne lui font plus rien. Il se sent heureux et il est en couple depuis quelques années. Gilles conclut en affirmant que « ces deux rendez-vous ont littéralement changé ma vie ».

#### Points forts / points faibles des types d'accompagnement reçus :

La thérapie psychanalytique a donné quelques repères à Gilles pour qu'il ne se sente « pas complètement fou », mais la relation thérapeutique n'était pas suffisamment sécurisante que pour aller plus loin dans le travail, et la psychologue « était trop dans la tête » et pas assez dans le concret à son goût.

La thérapie psycho-corporelle lui a fait ressentir des émotions et des sensations corporelles quand il lâchait son besoin de contrôle, ce qu'il n'avait pas été capable de faire depuis des années. Cela a été libérateur pour lui. De plus, le fait que le thérapeute était un homme rassurant a profondément apaisé son rapport aux hommes. Par contre, ses problèmes principaux étaient toujours là.

Gilles nous dit qu'en PTR, « le travail était très concret et ses effets immédiats ». Cela n'a pris que deux séances, ce qu'il juge très rapide pour venir à bout de ses démons. Ils sont arrivés droit au but : se laisser guider par les sensations physiques et les émotions ressenties dans le moment ont immédiatement mené au cœur des souvenirs traumatiques.

Il semble aussi qu'il ait apprécié la réactivité de la thérapeute qui était rendue possible grâce au mode conversationnel de cette méthode, particulièrement quand des sensations ou des émotions effrayantes sont apparues. Il a trouvé cela très rassurant.

Enfin, il ajoute que les explications théoriques du trauma par son hypnothérapeute PTR étaient simples, facilement compréhensibles, et pleines de bon sens, ce qu'il a trouvé très rassurant et qui a augmenté sa confiance en elle. Il était convaincu.

#### Remarques particulières :

L'hypnothérapeute PTR est celle qui lui a le plus convenu parce qu'il s'est rapidement senti compris et en confiance. Elle ne cherchait pas à interpréter ses paroles ni à le perdre dans des explications théoriques trop complexes. Elle lui parlait simplement, de manière claire, sans jugement et avec empathie. Elle n'avait pas peur de travailler les dossiers les plus lourds. Et puis, comme elle était comique, il s'est bien amusé avec elle, ce qui a amené beaucoup de légèreté dans ses histoires. Pour Gilles, la qualité de la relation combinée à la maîtrise de son métier ont permis à cette thérapeute d'être aussi efficace qu'elle l'a été.

## 6. Grégory

*Présentation de Grégory* : 20 ans, étudiant.

Explication du problème qui a mené à la recherche d'une aide psychothérapeutique :

Grégory ne s'est jamais senti bien dans sa peau. Depuis son plus jeune âge, comme insensibilisé sous anesthésie générale en permanence, il est incapable de ressentir quoique ce soit dans son corps. Il n'avait aucune libido ni aucune motivation de réalisation personnelle. Il se sentait perdu, incompris et très seul.

Il nous explique que depuis toujours, son père était pratiquement inexistant de sa vie et de celle de ses quatre sœurs (à l'exception de quelques jours par an). Ils étaient tous les cinq « abandonnés » à une mère très insécurisante, maltraitante physiquement et émotionnellement. En dehors des cris assourdissants et des coups de ceinture, Grégory a longtemps fait l'objet d'abus sexuels de la part de leur mère (masturbations, fellations, pénétrations forcées) depuis l'âge de 8 ans. Il attribue cela au fait d'être le cadet de sa fratrie et le seul garçon parmi ses sœurs. Sa mère l'a toujours terrifié. L'une de ses sœurs faisait office d'unique présence rassurante pour lui, comme une « vraie maman » qui essayait de le protéger du mieux qu'elle pouvait, sans toujours y parvenir malheureusement.

Comme les enfants intériorisaient toutes les violences qu'ils subissaient et dont Grégory avait honte, personne ne les remarquait à l'extérieur. Mais pour lui les effets se faisaient déjà sentir à l'école, surtout si quelqu'un haussait la voix ou manifestait de la colère : Grégory était envahi d'une angoisse et d'une panique incontrôlables. Pour s'y soustraire, il a petit à petit développé des stratégies d'évitement. Il ne parlait jamais de ce qui se passait, il se faisait le plus discret possible à la maison et en dehors, comme invisible.

Lors de sa première déception amoureuse vers 14 ans, il a fini par « véritablement baisser les bras » et abandonner tout espoir de solution. Il était épuisé et s'est renfermé de plus en plus jusqu'à ce que son corps « lâche » et qu'il soit incapable de se lever. Il était

complètement dissocié de son corps, il ne ressentait plus rien, ni la peur quand sa mère criait, ni ses coups quand elle le frappait et rien non plus quand elle abusait sexuellement de lui. Il était comme sans vie. Parallèlement à cela, il souffrait d'insomnies si graves qu'il a littéralement « frôlé la mort » et a dû être sédaté à l'hôpital après que sa sœur ait appelé une ambulance.

A 17 ans, il a été placé en famille d'accueil, ce qui lui a permis de couper tout contact avec sa mère. De la sorte, il a pu terminer ses secondaires au calme, avec un an de retard.

Le nouveau chapitre de vie qui s'ouvrait avec le début de ses études l'a motivé à enfin consulter un professionnel de la santé mentale pour traiter tout ce qu'il avait vécu et qui le suivait à la trace en permanence. Il savait qu'il savait que son enfance n'avait pas été « normale » et que ses attaques de panique quand il percevait la moindre tension dans l'air ou son insensibilité corporelle y étaient sans doute liées.

Types d'accompagnement reçus (EMDR, PTR) :

Grégory a d'abord contacté un thérapeute en EMDR, sans qu'il n'éprouve une profonde amélioration. Il s'est ensuite tourné avec un thérapeute formé en PTR de Bruxelles.

Résultats de la thérapie et apports particuliers de la PTR :

Pour Grégory, la thérapie EMDR a calmé un petit peu la violence de ses cauchemars et lui a redonné accès au goût des aliments, mais elle n'a pas produit de changement durable, au-delà de deux semaines. Après deux rendez-vous, il n'y est plus retourné, même s'il avait repris espoir qu'un changement était possible.

Il a ensuite entamé un traitement avec l'hypnose PTR sur les conseils de sa sœur. Aujourd'hui, il consulte toujours ce thérapeute. Il en est à son cinquième rendez-vous et il « [sent] déjà beaucoup de changement concret » dans son rapport au monde qui l'entoure. Par exemple, plus il ressent des émotions et des sensations, plus il est capable de reconnaître les émotions des autres, ce qui les rend déjà moins menaçants. Il se sent de plus en plus libre et

léger au quotidien. Plus il exprime sa colère envers sa mère, plus il se sent en contact avec son corps et trouve ça agréable. Il dort de mieux en mieux. Reconnecter son corps et son esprit était l'objectif énoncé dès le premier rendez-vous en PTR et ça lui semble déjà bien entamé.

Il se permet d'investir de plus en plus l'instant présent et ses relations actuelles, notamment avec ses sœurs ou ses camarades de l'université. Il se sent bien moins seul et la vie lui semble se simplifier. Il remarque aussi un éveil du désir sexuel en lui, qu'il prendra le temps d'explorer doucement.

Points fort / points faibles des types d'accompagnement reçus :

L'explication du traumatisme psychique par son hypnothérapeute a « beaucoup soulagé » Grégory. Il n'était « pas complètement dingue finalement ». Il a enfin compris ce qu'étaient des symptômes dissociatifs, ce qui a donné du sens à son expérience d'anesthésie émotionnelle et corporelle comme protection.

Il a trouvé que la PTR était une approche très concrète et claire de ses problèmes, ce qui semble avoir renforcé l'alliance thérapeutique. De plus, jouer avec les images mentales pour accéder et exprimer ses émotions lui a paru très facile à faire. Il s'est senti de plus en plus au contrôle de ses émotions.

Il salue aussi la rapidité avec laquelle il a commencé à ressentir un changement bénéfique dans sa vie quotidienne, après la première séance déjà.

Sans jamais le forcer à quoique ce soit et en lui permettant une grande liberté, son thérapeute PTR lui a donné l'occasion d'expérimenter ce que ce mot signifiait. Ça lui a permis d'expérimenter ce qu'il avait envie d'expérimenter et a augmenté sa confiance en lui et renforcé sa relation avec l'hypnothérapeute. Il était pris au sérieux, comme un adulte responsable, ce qui lui a fait du bien.



Remarques particulières :

Sans parler de sa thérapie, son entourage a remarqué les changements qu'il ressentait en lui et modifié leurs relations.

## V - DISCUSSION

A l'instar de Salmona (2009), tous nos participants considèrent la violence sexuelle comme l'une des formes de violences les plus graves, en ce qu'elle est particulièrement intrusive et effrayante pour les victimes. Il en résulte une profonde instabilité, insécurité et désorganisation dans la construction de soi. De telles blessures de son intégrité physique et émotionnelle maximisent les risques de symptômes dissociatifs et de SSPT. L'impact sur la vie des personnes est donc singulièrement destructeur.

Lors des interviews, il est ressorti que la lecture psychotraumatique apporte un éclairage intéressant sur beaucoup de psychopathologies. Considérer cette hypothèse peut s'avérer précieux dans la pratique de la psychologie clinique de terrain.

Il ressort de l'expérience de nos participants, patients et thérapeutes confondus, que la thérapie par la parole (non-interventionniste et non-expérientielle, d'inspiration psychanalytique, par exemple) peut soulager la personne en lui permettant de mettre des mots sur son état ou ses comportements qui étaient vides de sens jusque là. Cependant, ils s'accordent tous pour affirmer que ce soulagement n'est ni durable ni suffisant. Une telle approche ne leur semble pas efficace dans le traitement du psychotraumatisme (sexuel ou non), des états dissociatifs et des autres symptômes associés au SSPT. En outre, en se concentrant quasi-exclusivement sur l'attribution d'un sens cognitif aux vécus (dans l'espoir qu'un rééquilibrage émotionnel en découle inévitablement), elle augmenterait même le risque de reviviscence d'événements traumatiques, sans moyen techniques pour les traiter. Il est donc nécessaire d'approcher la traumatisme psychique sous d'autres angles paradigmatiques.

Au sein des approches spécialisées en traumatologie, les praticiens de l'EMDR n'hésitent pas à exprimer leur enthousiasme quant aux nombreuses qualités de leur outil qui est résolument le meilleur, plus subtil, plus riche, plus complexe, plus nuancé et moins brutal que d'autres approches. Les praticiens en PTR, pour leur part, défendent leur méthode qu'ils qualifient de plus profonde et plus rapide que les autres, malgré la grande douceur qu'elle

permet. Les patients, quant à eux, semblent conquis par la PTR tout en reconnaissant la valeur de l'EMDR pour ceux qui l'ont essayé. Comparons ici les nombreux arguments qui ont été avancés de part et d'autre.

Les hypothèses théoriques qui sous-tendent les deux approches se rejoignent en divers aspects. Tant l'une que l'autre considèrent que, après une expérience traumatogène, ce qui fait trauma provient d'un enregistrement déstructuré des émotions lié à cet événement de vie.

Qui plus est, tant l'EMDR que la PTR ont pour objectifs de provoquer : le rassemblement des bribes sensorielles liées à l'épreuve vécue ; leur intégration irréversible en mémoire ; une réduction significative d'activation émotionnelle au rappel du souvenir ; et la relance fonctionnelle de mécanismes cérébraux automatiques, le TAI (après passage du souvenir de la mémoire vive à la mémoire d'archive) avec l'EMDR et le PAAT (après recolorisation émotionnelle) avec la PTR.

Tous les praticiens rencontrés reconnaissent que leurs méthodes peuvent toutes deux s'appliquer à un très large spectre de psychopathologies. Cependant, la PTR conserve son efficacité même si le patient présente "trop de résistances" pour l'EMDR.

De surcroît, grâce à son ancrage psycho-corporel important, il semblerait que la PTR soit particulièrement indiquée pour le traitement des symptômes psychosomatiques (qui sont typiques dans les cas de traumatismes liés à des violences sexuelles). Elle permet une reconnexion rapide aux sensations corporelles dans l'instant présent. En cela notamment, elle se rapproche de la pratique de la Pleine Conscience, déjà bien connue en traumatologie pour ses effets bénéfiques (Van der Kolk, 2018).

Lorsque le patient arrive en séance dans un état de forte activation émotionnelle, l'EMDR procède à une phase de stabilisation avant tout travail de ce qui cause cet état. Notre participante spécialiste de l'EMDR nous confie qu'elle systématise cette étape avec toute demande relative à un trauma sexuel. L'approche de la PTR est un peu différente, bien qu'elle tienne également à instaurer un temps de sécurisation émotionnelle et de développement des

ressources de chaque personne à travers une induction de type I (ou « *bon moment* »). En effet, quand quelqu'un entre en entretien avec des émotions fortement activées, la PTR saisit l'opportunité pour entrer directement dans leur exploration pour effectuer une désensibilisation immédiate avec une induction de type II. Cette approche plus frontale ne fait pas l'économie de la douceur, comme nous le rappellent les patients et praticiens PTRistes. Le renforcement des protections dissociatives permet une telle approche directe mais douce et confortable des souvenirs pénibles à traiter pour le patient, sans aucune douleur si le travail est bien réalisé.

D'après l'une des praticiennes, formée en EMDR et PTR, le traitement d'un trauma sexuel réclame un travail de réappropriation par la personne de ses limites corporelles et de la notion de consentement. L'EMDR demande une certaine proximité physique (avec ou sans contact) qui peut déjà mobiliser ces besoins. La PTR, quant à elle, propose divers outils de reconnexion psycho-corporelle en hypnose.

Parallèlement à cela, l'EMDR et la PTR opèrent des recadrages cognitifs similaires pour lutter contre les pensées intrusives, les croyances limitantes, les introjects malveillants et les attitudes de soumission récurrentes des victimes. Il peut s'agir : de techniques de positionnement paradoxaux (comme une exagération volontaire des pensées limitantes du patient qui renvoie au patient la logique bancal qu'il a intériorisée et qui n'est plus fonctionnelle, par exemple) ; de psycho-éducation (par exemple, redéfinir le viol comme un crime et non comme relevant de la sexualité) ; de protocoles de recadrage spécifiques (comme ceux de Piedfort-Marin et Reddemann (2017)) ; d'exercices de visualisation en hypnose ; etc.

Toujours en termes techniques, l'EMDR paraît plus compliquée à mettre en place que la PTR. Elle répond à une logique de succession de phases distinctes et d'application protocolaire assez stricte. Ce faisant, elle court le risque d'entraver une certaine forme de spontanéité créative, d'adaptabilité et de liberté pour le patient et le thérapeute. Il convient donc de l'employer de manière sérieuse certes, mais aussi flexible qu'adaptative. La PTR pose un cadre théorique et éthique très solide qui permet, en son sein, des expériences

hypnotiques fluides et emprises d'un sentiment de grande liberté, ce qui renforce l'estime de soi et son sentiment d'efficacité personnelle. La PTR permet l'apprentissage d'outils expérientiels concrets, utiles et simples à employer en séance et dans la vie quotidienne, ce qui favorise l'autonomie et l'indépendance de la personne par rapport au thérapeute et à ses services. Se sentir capable de se sécuriser soi-même est d'une importance capitale pour que le changement soit durable.

La position active que la PTR confère au patient la rend accessible à celles et ceux qui souffriraient de troubles de l'attention (qui est un symptôme dissociatif fréquent), alors que l'EMDR demande de pouvoir mobiliser une attention soutenue, ce qui pourrait constituer un facteur déterminant dans le choix de traitement traumatique.

En outre, le mode conversationnel sur lequel opère l'hypnose en PTR rend cette intervention plus naturelle et familière pour le patient, donc potentiellement plus simple à adopter pour le patient et à employer pour le thérapeute. Puis, étant donné que cet état hypnotique serait un phénomène psychique naturel chez l'humain, il serait théoriquement accessible à tous.

En terme de vitesse de traitement, notre experte en EMDR estime qu'un trauma sexuel peut être digéré en une année en moyenne. A ce sujet, la rapidité des prises en charge en PTR constitue l'un de ses points forts qui est salué par les patients. Il semblerait qu'elle puisse rapidement identifier les besoins inconscients de la personne et y répondre de manière concrète. L'EMDR n'offrirait pas un accès aussi direct à ces besoins. Les PTRistes rencontrées n'ont jamais excédé les dix séances pour venir à bout d'un trauma sexuel, même complexe. Déjà à l'issue du premier rendez-vous, les effets sur la vie quotidienne des patients interrogés étaient immédiats.

Et la rapidité du traitement traumatique permet de réduire le coût total de la thérapie, ce qui représente un gain financier pour les patients mais aussi pour les services de santé publique.

Tous les participants, patients et thérapeutes, insistent sur l'importance d'une alliance thérapeutique de qualité, dans laquelle la confiance règne, sans laquelle rien n'est mobilisable et toute tentative de traitement serait vouée à l'échec. Ressentir que son thérapeute est fiable, respectueux, non-jugeant, à l'écoute, empathique et fait preuve de validation émotionnelle soulage beaucoup. La qualité de la relation est au moins aussi importante que la maîtrise technique. Ainsi, « Au-delà de la technique, c'est la qualité de la relation qui est importante [...] On a beau avoir la technique, si on n'est pas capable d'installer un cadre sécurisant, ça ne fonctionnera pas ».

Qui plus est, le travail du trauma peut être une expérience très ludique et amusante, tant en EMDR qu'en PTR. Si il est à propos et bien dosé, l'humour peut parfois être un levier cathartique et thérapeutique précieux pour renforcer l'alliance thérapeutique, permettre de reconnecter à la réalité, apporter un peu de légèreté et réduire l'intensité de la peur éventuelle lors de la désensibilisation.

Au-delà de leurs différences, il est ressorti que l'EMDR et la PTR étaient des modèles thérapeutiques dont la complémentarité était possible, bénéfique et même souhaitable, particulièrement dans la prise en charge des traumatismes complexes. Combiner diverses approches de manière intégrative et progressive est particulièrement intéressant dans le traitement du trauma sexuel, qui nécessite de la délicatesse. Par ailleurs, elles sont également combinables avec l'Internal Family System [IFS], l'Intégration du cycle de vie [ICV] et les Traumatic Release Exercises [TRE]. Remarquons qu'une expertise en sexologie peut être avantageuse s'il est question de trauma sexuel. Plus le sac à outils du thérapeute est rempli, plus les processus qui sous-tendent chacune des techniques sont accélérés.

Un autre point de convergence entre les participants est la conviction qu'il n'existe pas de traitement universel qui fonctionne automatiquement pour tout le monde. Un thérapeute sérieux a le souci de diversifier les approches thérapeutiques pour adopter celles qui conviennent le mieux au patient.

La collaboration avec le monde médical (médecins, kinésithérapeutes, entre autres) qui entoure le patient est importante pour que sa prise en charge soit la plus complète / holistique possible. Cela permet des interventions sous de multiples angles, ce qui maximise les chances d'efficacité thérapeutique. Un tel partenariat entre professionnels est aussi souhaitable pour que l'information circule, surtout si un traitement médicamenteux (pour la gestion de la douleur, par exemple) est prescrit parallèlement à la psychothérapie.

## VI - LIMITES, APPORTS ET PERSPECTIVES

### 1. Limites et apports

Rappelons qu'aucune étude à ce jour n'a été publiée sur l'hypnose PTR à notre connaissance. Ces résultats sont donc à considérer comme des pistes préliminaires pour orienter la réflexion de futurs travaux de recherche. Pour cela, elles nécessitent d'être opérationnalisées sous formes de diverses variables indépendantes dans un modèle prédictif du bien-être, par exemple.

Notons que l'échantillon considéré est bien trop petit que pour être statistiquement représentatif de la population des patients traumatisés sexuellement. Par manque de participants, nous avons dû nous baser sur un nombre insuffisant de témoignages pour tirer ces conclusions, ne nous permettant pas d'être généralisées.

Ensuite, nous devons reconnaître un biais important dans notre échantillonnage de participants. En effet, seuls les thérapeutes et les patients convaincus par la méthode (à propos de laquelle ils témoignent) ont accepté de répondre à notre appel. De ce fait, cela se combine donc avec un biais de confirmation pour notre part, et au biais de désirabilité sociale de la part des participants. Effectivement, chaque personne va défendre favorablement la méthode dont elle entend répondre. Nous pouvons supposer qu'il y a un désir des participants de se montrer comme « bons thérapeutes » ou « bons patients ». Rappelons au passage que les souvenirs peuvent être malléables, ce dont doit s'accommoder toute enquête qui repose sur un recueil de données a posteriori comme la nôtre.

Enfin, il nous aurait fallu plus de temps afin de pouvoir envisager cette étude sur une plus large échelle. Ainsi, nous aurions pu évaluer l'efficacité du traitement PTR quelques temps après le traitement.

Cependant, notre étude a néanmoins le mérite d'engager une réflexion qui pourrait servir à de futures recherches sur l'intérêt clinique de l'hypnose PTR. Cette méthode, peu connue, a

montré son efficacité (bien qu'anecdotique) pour notre échantillon de participants. Par ailleurs, nous avons observé que l'EMDR et la PTR se complètent dans la prise en charge. Notre étude permet d'ouvrir les champs de solutions pour le traitement des violences sexuelles. Plus il existe d'outils cliniques, plus les thérapeutes pourront s'adapter aux besoins conscients et inconscients de leurs patients. Donc plus ces techniques sont connues, enseignées et employées, plus les traitements psychothérapeutiques ont des chances d'être efficaces.

## 2. Perspectives

De futures recherches pourraient trouver intéressant de considérer quelques pistes à explorer.

Nous pensons que la recherche sur l'efficacité de l'hypnose PTR ne devrait pas se réduire à l'évaluation quantitative de la diminution des symptômes ou au nombre de séances nécessaires à la personne pour qu'elle se sente libérée de son traumatisme. Cela serait courir le risque de décontextualiser les données recueillies et de perdre de précieuses informations qualitatives.

Une approche mixte, quantitative et qualitative à la fois, serait plus riche en enseignements. Il est possible d'imaginer de rencontrer régulièrement les patients en cours d'accompagnement PTR, par exemple, pour leur demander une évaluation quantitative des niveaux de perturbation sur leur quotidien, par exemple.

En somme, une manière de procéder pourrait envisager un design expérimental quantitatif mais exploratoire pour des analyses en post-hoc, dans un premier temps. Il pourrait considérer des variables indépendantes comprenant : le genre (femme, homme) ; l'âge (sur une échelle continue) ; le type de trauma (pas de trauma, trauma simple/de type I, trauma complexe/de type II ou III) ; la longueur de la thérapie (nombre de séances) ; le budget que représente la thérapie ; la qualité de la relation avec le thérapeute (suivant une échelle validée ou à créer) ; le type de techniques de désensibilisation traumatique employées (sous forme de plusieurs

variables dichotomiques de type « PTR: oui/non ») ; ainsi qu'une variable indépendante intrasujets pour les différents temps de recueil de données avec chaque patient (avant la thérapie, au début, pendant 1, pendant 2, ... , à la fin de la thérapie, 6 mois après, 1 an après, par exemple).

En fonction de la nature de la recherche, différentes échelles et inventaires simples pourraient être employés afin de renseigner les chercheurs sur les variables dépendantes d'intérêt, comme le bien-être de la personne, l'intensité des symptômes dissociatifs qu'elle expérimente ou encore le sentiment de sécurité générale. Ils pourraient considérer, par exemple, des questionnaires tels que :

- La grille symptomatique de Palo Alto (cf. Annexe n°8) ;
- L'inventaire de terreur psychologique de Leymann [LIPT] (Niedhammer, David & Degionni, 2006) ;
- L'échelle revisitée d'impact de l'événement de Weiss et Marmar [IES-R] (Weiss & Marmar, 1997) ;
- L'échelle hospitalière d'anxiété et de dépression [HADS] (Stern, 2014) ;
- L'inventaire de dépression de Beck [BDI-21] (Beck, Steer & Brown, 1996) ;
- Le test d'inventaire de burnout de Maslach [MBI] (Maslach & Leither, 2006) ;
- L'échelle de stress perçu [PSS] (Cohen, Karmarck & Mermelstein, 1983, Quintard, 1994) ;
- L'inventaire d'anxiété générale - état - de Spielberger [STAI-Ya] (Spielberger, Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993) ;

- L'inventaire d'anxiété générale - trait - de Spielberger [STAI-Yb] (Spielberger, Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993) ;
- L'échelle subjective de fatigue de Pichot (Gardenas *et al.*, 2002) ;
- Le questionnaire d'évaluation de la somnolence d'Epworth [ESS] (Johns, 1991) ;
- L'index de sévérité de l'insomnie de Morin [ISI] (Morin, 1993) ;
- Le questionnaire de santé générale de Goldberg [GHQ-28] (Goldberg & Hillier, 1979, Goldberg & Williams, 1988 , Bolognini, Bettschart, Zehnder-Gubler & Rossier, 1989) ;
- Le questionnaire d'évaluation de l'affirmation de soi / assertivité [EADS] (Rathus, 1973).

Avec un nombre suffisant de participants pour permettre des analyses paramétriques (c'est à dire avec un minimum de 30 participants au sein de chaque modalité de la VI catégorielle d'intérêt), il pourrait être intéressant d'investiguer, par exemple :

- quel serait le coefficient de corrélation le plus fort entre le niveau de bien-être et une série d'autres variables comme la qualité de la relation thérapeutique, le nombre de séances, le prix des séances, etc. : pour distinguer ce qui, lors de la thérapie, a le plus d'impact sur le bien-être de la personne ;
- quelles seraient les différences significatives en termes de budget et de nombre de séances nécessaires à la désensibilisation entre les différentes méthodes spécialisées (PTR, EMDR, etc.) : pour discerner les différences d'investissement personnel que chaque approche demande ;
- quelle serait l'incidence d'une intervention en hypnose PTR sur la prégnance des symptômes dissociatifs et sur le niveau de bien-être, via des régressions linéaires ou

une ANCOVA de médiation : pour tester la représentativité des opinions favorables à la PTR que vous avons récoltées ;

- quel serait l'impact de la combinaison de différentes méthodes (PTR, EMDR, Pleine Conscience, etc.) sur le bien-être en comparaison de leur impact pris indépendamment les unes des autres : pour tester l'hypothèse selon laquelle il y a un avantage significatif à combiner les techniques tel qu'on nous l'a suggéré.

Dans un second temps, en fonction des trouvailles du processus exploratoire, il conviendrait de formuler des hypothèses a priori claires et de les tester ensuite pour renforcer la validité des observations cliniques. Bien entendu, il serait particulièrement passionnant de tester l'efficacité de l'hypnose PTR grâce à une étude longitudinale, qui évaluerait les effets du traitement un an voire quelques années après la fin du traitement.

Enfin, la recherche pourrait profiter des grands progrès technologiques en neuro-imagerie pour explorer les processus neuro-physiologiques qui sont mobilisés lors d'une désensibilisation en hypnose PTR. Cela aurait l'avantage de passer outre l'écueil du concept d'inconscient, sur lequel repose cette méthode et qui est fondamentalement non-scientifique au sens poppérien car infalsifiable par essence.

## VII - CONCLUSION

Notre hypothèse de départ allait dans le sens que la PTR avait un avantage à être utilisée dans le traitement des traumatismes liés à des violences sexuelles. Au fil des différents récits de patients et de thérapeutes, nous avons pu remarquer une complémentarité des approches d'EMDR et de PTR, avec leurs qualités et spécialités propres.

Cependant, nous devons admettre avoir été confrontés aux limites que présentent un échantillon de trop petite envergure, à différents biais inhérents à la méthodologie employée, comme la loyauté envers sa propre méthode ainsi qu'un temps trop court pour permettre une vision d'ensemble sur le long terme de l'efficacité du traitement.

Malgré cela, nous n'avons pas de raison de douter de l'hypothèse selon laquelle la PTR apporte une plus value au champ du traitement des psychotraumatismes, grâce à son efficacité relatée, sa rapidité, son « zéro douleur » et son traitement « sur-mesure ». Il s'agit à présent de tester cette hypothèse en isolant les nombreuses variables qu'elle mobilise pour déterminer les raisons qui étayent le succès grandissant de la PTR. Notre étude a permis de mettre en évidence une complémentarité des méthodes: là où l'EMDR risque de bloquer, la PTR intervient et vice-versa.

En conclusion, traiter les violences sexuelles par hypnose PTR permettrait de dépenser moins d'argent (vu sa rapidité), d'approcher les traumatismes en douceur et sans reviviscence, ainsi que d'apporter un soulagement profond et durable avec un impact concret dans la vie quotidienne des patients.

## Références bibliographiques

- American Psychaitric Association (2015). *DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.)* (M.-A. Crocq & J. D. Guelfi, Trad.). Issy-les-Moulieaux : Elsevier Masson.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swanston, H. (pour l'Organisation Mondiale de la Santé) (2004). Child sexual abuse. *Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors (vol.2)*, 1851-1940. En ligne : [https://www.ipcc.ch/apps/njlite/ar5wg2/njlite\\_download2.php?id=11196](https://www.ipcc.ch/apps/njlite/ar5wg2/njlite_download2.php?id=11196), consulté le 15 mars 2022.
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W. A., Hébert, P., Majumdar, S. R., O'Beirne, M., Palacios-Derflinger, L., Reid, R. J., Sheps, S., & Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study : The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686. doi:10.1503/cmaj.1040498.
- Balken, J. (2004). *Hypnose et psychothérapie : concepts et clinique*. Paris : Editions l'Harmattan.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II. *APA PsycTests*. doi:10.1037/t00742-000.
- Beecher, H. K. (1946). Pain in Men Wounded in Battle. *Annals of Surgery*, 123(1), 96-105.
- Bluhm, R. L., Williamson, P. C., Osuch, E. A., Frewen, P. A., Stevens, T. K., Boksman, K., Neufeld, R. W. J., Théberge, J., & Lanius, R. A. (2009). Alterations in Default Network Connectivity in Posttraumatic Stress Disorder Related to Early-life Trauma. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 34(3), 187-194. En ligne : <https://www.jpn.ca/content/jpn/34/3/187.full.pdf>, consulté le 23 juillet 2022.

- Bolognini, M., Bettchart, W., Zehnder-Gubler, M., & Rossier, L. (1989). The validity of the French version of the GHQ-28 and PSYDIS in a community sample of 20 year olds in Switzerland. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238(3), 161-168. doi:10.1007/bf00451005.
- Boscarino, J. A. (2004). *Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness : Results from Clinical and Epidemiologic Studies*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 141-153. doi:10.1196/annals.1314.011.
- Brand, B., Carlson, E., Dalenberg, C., Dorahy, M., Gleaves, D., Loewenstein, R., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the Evidence for the Trauma and Fantasy Models of Dissociation. *Psychological Bulletin, American Psychological Association*, 138(3), 550-588. doi: 10.1037/a0027447.
- Brassine, G. (2019). Protections dissociatives - Anesthésiants pour l'hypnothérapie du trauma. *Hypnose & thérapies brèves*, 55. En ligne : <https://www.imheb.be/news/publications/protections-dissociatives-anesthesiants-pour-lhypnotherapie-du-trauma/>, consulté le 9 aout 2022.
- Brassine, G. (2021a). *PTR, Psychothérapie du Trauma Réassociative, Hypnose conversationnelle, Stratégie et Paradoxe : Syllabus Printemps 2021*. Document non-publié, Institut Milton Erickson de Belgique, La Hulpe.
- Brassine, G. (2021b). Le pouvoir de la dissociation - corps et trauma. *Hypnose & thérapies brèves*, 61, 22-32. (Avron : Editions Métawalk.)
- Briole, G., Lebigot, F. (1994). *Le Traumatisme psychique*. Paris : Masson.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (2012). *Etymologie*. En ligne : <https://www.cnrtl.fr/etymologie/traumatisme>, consulté le 19 mars 2022.

- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. doi:10.2307/2136404.
- Constitution Belge (2014). *Titre II : Des Belges et de leurs droits, Article 23* (dernière version, révisée à la date du 6 janvier 2014). En ligne : [https://www.senate.be/doc/const\\_fr.html](https://www.senate.be/doc/const_fr.html), consultée le 19 mars 2022.
- Côté, L. (1996). Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 209-227. doi: 10.7202/032388ar.
- Crocq, L. (2003). Stress et trauma. *Le Journal des Psychologues*, 206, 8-12. En ligne : <https://www.unitheque.com/UploadFile/DocumentPDF/T/R/VEGK-9782294713811.pdf>, consulté le 19 mars 2022.
- D'Argembeau, A., Ruby, P., Collette, F., Degueldre, C., Baeteau, E., Luxen, A., Maquet, P., & Salmon, E. (2007). Distinct Regions of the Medial Prefrontal Cortex Are Associated with Self-referential Processing and Perspective Taking. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19(6). 935-944. doi:10.1162/jocn.2007.19.6.935.
- Darwin, C. (2001, 1re éd. en 1872). *L'Expression des émotions chez l'homme et les animaux* (D. Féral, Trad.). Paris : Editions Rivages poche.
- Direction générale Sécurité & Prévention, Service public fédéral Intérieur (s.d.). *La violence sexuelle*. En ligne : <https://www.besafe.be/fr/themes-de-securite/violence/la-violence-sexuelle>, consulté le 15 mars 2022.
- Encyclopædia Britannica (2022). *Vietnam War*. En ligne : <https://www.britannica.com/event/Vietnam-War>, consulté le 22 mars 2022.

- Erickson, M. H. (1999). *L'hypnose profonde et son induction. L'intégral des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose - Tome 1* (A. Touyarot & J. Taillandier, Trad.). Bruxelles : Éditions Satas (Oeuvre originale publiée en 1980).
- Ferenczi, S. (1930). Principe de relaxation et néocatharsis, dans *Œuvres complètes*, 82-97. Paris : Payot.
- Ferenczi, S. (1932). Réflexions sur le traumatisme, dans *Psychanalyse IV. Œuvres complètes* (Trad. équipe du Coq Héron, 1982). Paris : Payot.
- Freud, S., & Breuer, J. (1893). Du mécanisme psychique de phénomènes hystériques. Communication préliminaire. *Études sur l'hystérie*, 5-6.
- Freud, S. (1921). *Au-delà du principe du plaisir*. Paris : Payot.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of traumatic stress*, 13(4), 539-588. doi:10.1023/a:1007802031411.
- Gardenas, J. et al. (2002). Échelles et outils d'évaluation en médecine générale, *Le Généraliste*, 2187. En ligne: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=249151>, le 9 septembre 2021.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire, *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145. doi:10.1017/s0033291700021644.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. London : GL Assessment.
- Grinker, R., & Spiegel, J. (1945). *Men under stress*. Philadelphia : Blakiston.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine* (10e éd. : 1930). Paris : F. Alcan.

- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale, *Sleep*, 14(6), 540-545. doi:10.1093/sleep/14.6.540.
- Josse, E. (2007). *Le traumatisme psychique. Quelques repères notionnels*. La Hulpe. En ligne : [http://resilience-psy.com/IMG/pdf/reperes\\_trauma.pdf](http://resilience-psy.com/IMG/pdf/reperes_trauma.pdf), consulté le 22 mars 2022.
- Josse, E. (2013). *Etat de Stress Aigu et Etat de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5?* La Hulpe. En ligne : [http://resilience-psy.com/IMG/pdf/chgt\\_dsm\\_ptsd\\_asd.pdf](http://resilience-psy.com/IMG/pdf/chgt_dsm_ptsd_asd.pdf), consulté le 22 mars 2022.
- Josse, E. (2019). Chapitre 18. Conception classique du psychotraumatisme. Dans : Cyril Tarquinio éd., *Pratique de la psychothérapie EMDR*, 197-206. Paris: Dunod. doi : 10.3917/dunod.tarqu.2019.02.0197.
- Josse, E. (2020). *L'EMDR*. En ligne : [http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/emdr\\_2020.pdf](http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/emdr_2020.pdf), consulté le 14 juillet 2022.
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic neuroses of war*. Washington : National Research Council.
- Lebois, L. A. M., Harnett, N. G., van Rooij, S. J. H., Ely, T. D., Jovanovic, T., Bruce, S. E., House, S. L., Ravichandran, C., Dumornay, N. M., Finegold, K. E., Hill, S. B., Merker, J. B., Phillips, K. A., Beaudoin, F. L., An, X., Neylan, T. C., Clifford, G. D., Linnstaedt, S. D., Germine, L. T., Rauch, S. L., Haran, J. P., Storrow, A. B., Lewandowski, C., Musey, P. I., Hendry, P. L., Sheikh, S., Jones, C. W., Patches, B. E., Swor, R. A., McGrath, M. E., Hudak, L. A., Pascual, J. L., Seamon, M. J., Datner, E. M., Chang, A. M., Pearson, C., Domeier, R. M., Rathlev, N. K., O'Neil, B. J., Sergot, P., Sanchez, L. D., Miller, M. W., Pietrzak, R. H., Joormann, J., Barch, D. M., Pizzagalli, D. A., Sheridan, J. F., Smoller, J. W., Luna, B., Harte, S. E., Elliott, J. M., Kessler, R. C., Koenen, K. C., McLean, S. A., Stevens, J. S., & Ressler, K. J. (2022). Persistent

Dissociation and Its Neural Correlates in Predicting Outcomes After Trauma Exposure. *American Journal of Psychiatry*, appi-apj. doi:10.1176/appi.ajp.21090911.

Levine, P. (2016). *Trauma et Mémoire. Un guide pratique pour comprendre et travailler sur le souvenir traumatique* (P. Jouy, Trad.). Malakoff : Dunod.

Maslach, C., & Leither, M. P. (2006). *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Pontarlier : Editions du Belvédère.

McFarlane, A. C., Bookless, C., & Air, T. (2001). Posttraumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Inpatient Population. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 633-645. doi:10.1023/a:1013077702520.

McFarlane, A. C. (2010). The Long-term Costs of Traumatic Stress : Intertwined Physical and Psychological Consequences. *World Psychiatry*, 9(1), 3-10. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x.

Moniteur belge (s.d.). *Code Pénal, Article 375*. En ligne : [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/loi\\_a1.pl?DETAIL=1867060801%2F&caller=list&row\\_id=1&numero=2&rech=4&cn=1867060801&table\\_name=LOI&nm=1867060850&la=F&dt=CODE+PENAL&language=fr&fr=f&choix1=ET&choix2=ET&fromtab=loi\\_all&trier=promulgation&chercher=t&sql=dt+contains+%27CODE%27+%26+%27PENAL%27and+actif+%3D+%27Y%27&tri=dd+AS+RANK+&imgcn.x=41&imgcn.y=12#LNK0096](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?DETAIL=1867060801%2F&caller=list&row_id=1&numero=2&rech=4&cn=1867060801&table_name=LOI&nm=1867060850&la=F&dt=CODE+PENAL&language=fr&fr=f&choix1=ET&choix2=ET&fromtab=loi_all&trier=promulgation&chercher=t&sql=dt+contains+%27CODE%27+%26+%27PENAL%27and+actif+%3D+%27Y%27&tri=dd+AS+RANK+&imgcn.x=41&imgcn.y=12#LNK0096), consulté le 15 mars 2022.

Morin, C. M. (1993). Insomnia Severity Index, *APA Psychological Tests*. doi:10.1037/t07115-000.

Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., ... & Foy, D. W. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental

Illness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(3), 493. doi: 10.1037/0022-006X.66.3.493.

Neuburger, R. (2005). *Les familles qui ont la tête à l'envers, revivre après un traumatisme familial*. Paris : Editions Odile Jacob.

Niedhammer, I., David, S., & Degioanni, S. (2006). La version française du questionnaire de Leymann sur la violence psychologique au travail : le "Leymann Inventory of Psychological Terror" (LIPT). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 54(3), 245-262. doi:10.1016/s0398-7620(06)76720-7.

Organisation Mondiale de la Santé (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. En ligne : [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/full\\_fr.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf), consulté le 15 mars 2022.

Organisation Mondiale de la Santé (2012). *Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes - la violence sexuelle*. En ligne : [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12\\_37/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_37/fr/), consulté le le 15 mars 2022.

Organisation Mondiale de la Santé (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. En ligne : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1), consulté le 17 mars 2022.

Organisation Mondiale de la Santé (2013b). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. En ligne : [file:///Users/pierrehalloy/Downloads/9789241505406\\_eng.pdf](file:///Users/pierrehalloy/Downloads/9789241505406_eng.pdf), consulté le 14 juillet 2022.

Organisation Mondiale de la Santé (2014). *Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women*. En ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112325>, consulté le 15 mars 2022.

- Piedfort-Marin, O., & Reddemann, L. (2017). *Psychothérapie des traumatismes complexes: Une approche intégrative basée sur la théorie des états du moi et des techniques hypno-imaginatives*. Bruxelles : Éditions Satas.
- Quéméner, M. (2016). Chapitre 1. Auteurs et victimes de violences sexuelles. Dans : Roland Coutanceau éd., *Victimes et auteurs de violence sexuelle*. Paris: Dunod. doi:10.3917/dunod.couta.2016.04.0001.
- Quintard, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu. In M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (2003). *Introduction à la psychologie de la santé*, Chap.2, 43-66. Paris : PUF.
- Rathus, S. A. (1973). A thirty item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 298-406. doi:10.1016/s0005-7894(73)80120-0.
- Salmona, M. (2019). *Le livre noir des violences sexuelles* (2e éd.). Malakoff : Dunod.
- Schilder, P. (1952). Depersonalization. Dans : *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry*. New York : International Universities Press.
- Schnurr, P. P., & Green, B. L. (2004). *Trauma and Health : Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Selye , J. (1950). *The Stress of life*. New York : McGraw-Hill.
- Serlin, I., & Cannon, J. (2004). Ch.16, A humanistic approach to the psychology of trauma. Dans *Living with Terror, working with trauma : A clinician's Handbook*. Lanham (US) : Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Shapiro, R. (2007). *Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures*. Paris : InterEditions.
- Sledjeski, E. M., Speisman, B., & Dierker, L. C. (2008). Does Number of Lifetime Traumas Explain the Relationship Between PTSD and Chronic Medical Conditions? Answers

from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *Journal of Behavioral Medicine*, 31(4), 341–349. doi:10.1007/s10865-008-9158-3.

Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2014). EMDR and the Adaptative Information Processing Model : Potential Mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(3), 96-107.

Spielberger, C. D., Bruchon-Schweitzer, M., Paulhan, I. (1993). Inventaire d'Anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y). Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée.

Stern, A. F. (2014). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occupational Medicine*, 64(5), 393-394. doi:10.1093/occmed/kqu024.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas : an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.

Van Der Kolk, B. (1989). The Compulsion to Repeat Trauma : Re-enactment, Re-victimization and Masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411. doi:10.1016/S0193-953X(18)30439-8.

Van Der Kolk, B., Greenberg, M. S., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1989). Endogenous Opioids, Stress Induced Analgesia, and Posttraumatic Stress Disorder. *Psychopharmacology bulletin*, 25(3), 417-421.

Van Der Kolk, B. (2018). *Le corps n'oublie rien* (Trad. Aline Weil). Paris : Albin Michel.

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997) In Brillon, P. (2013). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique* (5è éd.). Montréal: Québec-Livres.

Zoellner, L. A., Goodwin, M. L., & Foa, E. B. (2000). PTSD Severity and Health Perceptions in Female Victims of Sexual Assault. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 635-649. doi: 10.1023/A:1007810200460.



# Annexes

## ANNEXE n°1 : Formulaire de consentement éclairé

[recto]

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ (exemplaire du participant)**

#### **Informations relatives à la passation de l'entretien de recherche**

Vous êtes invité à participer à cet entretien mené par nous-même, Pierre P. Halloy, étudiant en master en Faculté des Sciences Psychologiques et de l'Éducation de l'Université Libre de Bruxelles, sous la direction du Pr Christophe Leys (ULB - Faculté des Sciences Psychologiques et de l'Éducation).

**L'objectif** de cette recherche est de récolter des témoignages concernant l'emploi d'états de conscience modifiée, comme avec l'hypnose PTR, dans le traitement des traumatismes sexuels. Nous cherchons à déterminer quelles seraient les plus-values de cette méthode.

Nous vous garantissons de préserver votre **anonymat**. Vous êtes également libre de pouvoir **arrêter l'expérience à tout instant**.

Si vous le souhaitez, nous pouvons vous transmettre les résultats globaux de la recherche par e-mail.

Nous vous rappelons qu'il s'agit d'une recherche scientifique et non d'un suivi psychothérapeutique, bien que l'étude soit conduite par un psychologue. Ce dernier veillera à préserver votre intégrité psychique mais ne cherchera en aucun cas à initier une quelconque thérapie. Toutefois, il est probable que certains processus s'initient d'eux-mêmes au travers de votre discours.

Pour toute question, n'hésitez pas à la poser directement au chercheur à l'adresse e-mail suivante : [pierre.Halloy@ulb.be](mailto:pierre.Halloy@ulb.be)



[verso]

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ (exemplaire du participant)**

Je soussigné(e).....déclare poser mon accord libre et informé pour participer à la recherche menée par le Service de Psychologie du Développement et de la Famille de l’Université Libre de Bruxelles.

Ce projet prend place au sein de la Faculté des Sciences Psychologiques et de l’Education à l’Université Libre de Bruxelles. La coordination de cette recherche est assurée par le Pr Christophe Leys.

Les différentes modalités de cette étude (objectifs et méthodes) m’ont été clairement expliquées. J’ai reçu la possibilité de poser toutes les questions ou d’exiger toutes les explications que je jugeais nécessaires, et j’ai reçu des réponses claires, précises et suffisantes.

Je peux décider d’arrêter ma participation à l’étude à n’importe quel moment si je le souhaite, et ce sans devoir motiver ma décision.

J’accepte que les résultats de cette étude soient communiqués aux autorités concernées. Mon nom et mon adresse seront gardés confidentiels.

Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Nom : ..... Prénom : .....

Tél : ..... E-mail : .....

Fait le : ..... À : .....

Signature du participant : .....

Je confirme avoir expliqué la nature, le but et les effets prévisibles de l’étude au participant mentionné ci-dessus.

Signature du chercheur : .....

## ANNEXE n°2 : Retranscription d'interview n°1 : Marie

Q- Merci beaucoup de prendre un peu de temps pour répondre à mes questions.

R- Avec plaisir.

Q- Surtout qu'en votre qualité de sexologue, j'imagine qu'en ce qui concerne les traumatismes sexuels, vous devez en connaître un rayon, sans compter votre pratique de la PTR?

R- Oui.

Q- Ici, j'explore donc la plus-value de l'hypnose PTR dans la thérapie du trauma sexuel.

R- Oui.

Q- Puis-je commencer par vous demander de vous présenter, de présenter un peu le parcours qui fait que vous êtes devenue la clinicienne que vous êtes aujourd'hui?

R- Ok. Du coup, j'ai 30 ans et j'ai une carrière d'une dizaine d'années en tant que journaliste et je me suis très fortement dirigée vers tout ce qui est psycho/sexo dans mes intérêts de lecture et de conférences... Ce sont vraiment des sujets qui me passionnent et qui me touchent particulièrement, qui m'ont amenée petit à petit à me diriger aussi vers un féminisme plutôt engagé; et dans une volonté d'aider les gens qui m'a amenée à reprendre des études pour devenir thérapeute.

J'ai choisi la sexologie parce que je me suis rendue compte que dans ma bibliothèque, c'était quasiment la majorité des bouquins que j'ai achetés : c'étaient des livres sur la sexualité parce que j'avais besoin de comprendre à quel point un sujet peut être universel et en même temps autant tabou et créer autant de disparités ; et mener aussi à autant de violence et du coup, c'est assez naturellement que ce choix s'est fait et je regrette pas du tout parce je pense que ça me va bien et que ça m'épanouit beaucoup donc c'est chouette.

Par contre, après mon cursus en sexologie, j'ai déjà trouvé -pendant ma formation- qu'on n'y parlait pas suffisamment des violences. Je trouvais que je manquais concrètement d'outils pour accompagner mes patients/patientes. Donc c'est pour ça que j'ai voulu trouver quelque chose d'efficace, d'accessible malgré le fait que j'avais pas un diplôme de psychologue... Et du coup j'ai opté pour l'hypnose suite à plusieurs cours, des petits modules en fait que j'avais eu d'hypnose en me disant que ça pouvait être une piste intéressante, et donc c'est pour ça que je me suis inscrite à l'IMHEB, chez [Gérald] Brassine. Et là, depuis 5 mois, ça a été une révélation, l'hypnose! Ça a changé complètement mon approche thérapeutique. Je n'utilise quasiment plus les autres outils, en fait, que ça soit dans des thématiques plutôt de désir ou dans des thématiques de trauma liés à la sexualité, j'emploie l'hypnose PTR. Je trouve ça

fabuleux! Ca a un potentiel incroyable et ça vient toucher profondément les émotions. Et je pense que ce que j'aime bien aussi (mais j'imagine qu'on y reviendra), c'est le lien corps-esprit, qui est très présent avec l'hypnose. Donc voilà.

Q- D'accord. Merci beaucoup. Vous parliez de modules qui faisaient partie déjà de la formation de sexologie...?

R- Alors, j'ai suivi un module d'hypnose avec Amélie Simon, qui a été formée en PTR. Et j'ai suivi aussi des formations privées avec des personnes qui avaient fait la PTR, et donc qui en parlaient beaucoup comme d'un outil très pratique et ça m'a convaincu en fait. C'était plié après 2 min, de me dire « OK je veux faire ça! »

Q- Sentiez-vous qu'il y avait vraiment un besoin spécifiquement lié au trauma sexuel, qui n'était pas rempli par votre formation en sexologie?

R- Hm hm, Oui.

Q- Et qu'avez-vous remarqué comme spécificités liées à la clinique du trauma sexuel? Qu'est-ce qui manquait [aux formations]?

R- Je pense que la thérapie verbale peut soulager sur une courte durée, dans le sens où pouvoir trouver un espace qui est bienveillant dans lequel s'exprimer : ça peut faire du bien, bien qu'il y ait cette ambivalence entre faire du bien et revivre sans cesse ce qui a été traumatisant au fur et à mesure qu'on le raconte... Moi, ce qui me manquait, c'est en fait que j'ai l'impression que les personnes qui sont victimes d'abus sexuel, qu'importe le contexte, ont un rationnel qui est déjà quelque part un peu stabilisé par rapport aux notions de culpabilité, de honte, par rapport aux responsabilités envers l'agresseur, etc. parce qu'il y a plein de choses qui sont conscientisées via un travail qui a été fait spontanément, parce qu'il y a un besoin au niveau des victimes...

Q- Cette compréhension rationnelle se stabiliserait-elle spontanément, selon vous?

R- Je pense, en tout cas, que les victimes que je rencontre dans ma clinique ont fait beaucoup de recherches, ont lu beaucoup de choses sur les viols, sur les agressions sexuelles, etc. et donc je pense que le fait qu'il y ait plusieurs témoignages qui soient accessibles, que ça soit dans les bouquins ou en ligne, ça rassure déjà le rationnel. Il y a un côté où tu dis : « je ne suis pas le ou la seule! Les choses que je ressens, les autres personnes les ressentent aussi! » Donc, je pense que j'ai l'impression que, dans de nombreux cas, le rationnel est conscientisé beaucoup de choses par rapport à tout ce schéma d'agression sexuelle grâce au partage, mais il y a quelque chose d'émotionnel dans les tripes qui est toujours là et qui ne part pas! Et c'est là où je manquais d'un outil, que le verbal ne peut pas m'apporter. C'est à dire que, moi, je peux recadrer, je peux parler des responsabilités, je peux parler de la culpabilité, de la honte... Et même si la personne le comprend, même si elle le rationalise, il y a toujours quelque chose de

décalé qui est inscrit dans les tripes. Et là, j'avais pas d'outil pour lever tous ces symptômes, en fait : d'émotions bloquées, de ce truc où « je sais que c'est pas de ma faute, je sais que je l'ai pas cherché, etc. mais y a quand même quelque chose dans mon ventre qui me dit le contraire, quoi! » Et là, pour la prise en charge de ces états où le rationnel et l'émotionnel sont dissociés, je trouve que la thérapie verbale a ses limites.

Q- Et que remarquez-vous, parmi vos patients qui sont victimes de trauma(s) sexuels, au niveau de leurs plaintes, de leurs symptômes...?

R- Je dirais que les 2 choses qui sont systématiques : c'est le sentiment de culpabilité et de honte. Ce sont vraiment 2 émotions que je rencontre systématiquement. La honte d'en parler, la culpabilité d'avoir l'impression d'avoir une responsabilité dans ce qui s'est passé... mais toujours avec ce côté où « mon rationnel sait que c'est pas de sa faute mais il y a quelque chose qui me dit le contraire [dans les tripes] », et donc ça active souvent, au niveau des symptômes, des déclencheurs : rien que d'en parler, la personne est très fort dans l'émotion, elle est angoissée, elle est stressée... dans les autres symptômes, il y a tout les comportements d'évitement de certains lieux, évitement de certaines pensées, et surtout des impacts majeurs au niveau de leur sexualité. Soit il y a un évitement total de la sexualité, parce que c'est trop douloureux, soit il y a des reviviscences de trauma pendant la sexualité... Donc, par exemple, j'ai des patientes (pour le coup, c'est plutôt des femmes), lorsque leurs partenaires les touchent, elles ont des actes violents et complètement incontrôlés (les repousser, les frapper...) en me disant que « Ca dépasse la volonté de mon esprit, c'est quelque chose qui part tout seul, comme un réflexe. » Et puis, des douleurs aussi, de la psychosomatique... en fait, en gros, ça reprend globalement tout le tableau à la fin du syllabus de PTR : trouble de mémorisation, distorsion temporelle, beaucoup de dissociations aussi, une impression de plus être connecté à ses émotions ou à son corps... Avec la dissociation, les personnes disent souvent « Il y a 'le moi d'avant l'agression' et 'le moi d'après'. Et je ne me reconnais plus. Et je ne sais pas comment me reconnecter aux sensations de joie, au moments de plaisir et de bonheur, qu'importe si c'est dans le cadre de la sexualité ou pas », parce qu'il y a un événement qui s'est produit et qui fait barrière/blocage et empêche l'accès à la joie ou le plaisir.

Q- Et comment donnez-vous du sens à l'apparition de ces barrières qui s'imposent à ces patientes? Pourquoi apparaissent-elles? Quelle est leur fonction?

R- J'ai l'impression qu'il y a des croyances erronées autour de la sexualité qui ont besoin d'être brisées et la vérité rétablie. Par exemple, l'une des premières choses que je leur dis [recadrage] : c'est que l'agression sexuelle, même s'il y a le mot « sexuelle » dedans, n'est pas de la sexualité! C'est un crime! Et donc, il y a vraiment 2 registres. Et il est important, quand on vit de la sexualité, de ne pas avoir l'impression de retomber dans le registre du criminel. Il y a ces fausses croyances là...

Je pense qu'il y a des idées qui sont ancrées en nous de par notre éducation, de par la façon dont la société fonctionne, qui amènent des croyances qui vont avoir des retombées corporelles. Et puis, il y a tous les phénomènes physiologiques qui se passent dans notre cerveau quand on vit une agression : tout ce qui est de l'ordre de l'amygdale, le système sympathique et parasympathique... qui ne fonctionnent plus bien. C'est comme si le cerveau perdait les pédales et donc il met en place, à ce moment-là, des systèmes de défense de l'ordre du *Freeze, Fight, or Flight* ... Et je pense que le figement qui peut se mettre en place lors d'une agression reste comme protection dissociative même longtemps après le trauma.

Et donc, l'idée c'est d'aider les personnes à reconnecter le corps et l'esprit dans un endroit de sécurité qu'est le corps ; de montrer que le corps n'est plus en danger. Je pense que c'est ça qui fait blocage, c'est qu'un moment donné le corps a senti un danger dont il n'est jamais sorti, même longtemps après le trauma. C'est là qu'il y a une barrière qui peut se mettre en place, je pense.

Q- Avez-vous remarqué quelque chose de particulier aux symptômes, aux plaintes, aux besoins propres victimes de traumatismes sexuels?

R- Je sais pas si c'est propre au trauma sexuel, mais je remarque souvent cette impression que son corps a trahi l'esprit, a trahi la volonté. Pour les personnes qui ont une sexualité de base, qui veulent exprimer des choses à travers la sexualité (en comparaison aux personnes qui se disent asexuelles et qui n'ont pas d'élan de désir) j'ai l'impression que le trauma sexuel va couper un élan de désir. Or l'élan de désir est un élan vital! Donc, j'ai l'impression que, quand on a vécu un trauma sexuel, il y a un élan vital qui se coupe aussi. Mais, par contre, c'est pas forcément propre au trauma sexuel parce que c'est quelque chose qu'on peut aussi observer dans d'autres types de trauma, mais j'ai l'impression que, dans ces cas, ça ne touche peut-être pas aussi profondément, dans toutes les sphères de la vie privée. Alors que dans le cadre du trauma sexuel, il y a un truc de l'ordre du « mon corps m'a trahi » donc ça peut mener loin, jusqu'à des phases dépressives ou suicidaires.

Q- Quand vous dites « mon corps m'a trahi », parlez-vous du fait que le corps a pu éventuellement ressentir une jouissance qui se heurtait à la violence de la situation dans laquelle la personne était?

R- Il y a plusieurs cas de figure. Soit le figement qui a empêché la fuite, et donc l'impression que le corps n'a pas répondu à une demande du cerveau ;

Il y a aussi les sensations qu'on a associé à du « plaisir », où là j'ai l'impression c'est encore un stade au-dessus, de se dire « comment j'ai même pu profiter de ce moment, ça alors que c'était de la violence? », pour citer des personnes qui me confient. Encore une fois, il y a tout un système de croyances qui dit que « si j'ai ressenti des sensations qui sont d'habitude associés au plaisir, ça veut dire que, quelque part, j'associe à l'agression une forme de bien-être... » Et c'est là qu'on a aussi un rôle à jouer, en tant que thérapeute : c'est de bien redéfinir ce qu'est le

bien-être ; [expliquer] la concordance entre la *libido d'en-haut* avec la *libido d'en-bas* ; de bien montrer que le corps peut avoir des réactions physiologiques pures. J'entends par là que, si on prend une vulve ou un pénis coupé de tout corps et qu'on les touche longuement, à un moment donné, il y aura une réaction physiologique qui va se passer. Alors que, si on recadre bien, en expliquant que le plaisir est l'expression d'un lien corps-esprit, c'est pas la même chose que s'il y a eu une sensation ressentie au niveau des zones génitales.

Q- Cela rejoindrait-il la définition de l'*orgasTe*, cette réaction purement physiologique et nerveuse?

R- C'est ça, oui.

Q- Et vous me disiez que, maintenant, vous employez l'outil de la PTR?

R- Oui.

Q- Pouvez-vous m'expliquer en quoi cela consiste?

R- Pour moi, la PTR, c'est un outil qui va permettre de lever les protections dissociatives mises en place lors d'un trauma afin de réguler les émotions et de lever ces punaises qui sont ancrées dans notre inconscient. Et, ce que j'explique à mes patients, c'est aussi de permettre au corps de re-fonctionner ce selon une énergie continue et de ne pas devoir déployer une énergie supplémentaire pour éviter les reviviscences de trauma tous les jours. Je fais toujours un dessin, à chaque fois :

[DIAGRAMME : cf. p.43]

Donc je dis qu'il y a le trauma qui se passe, les protections dissociatives qui se mettent en place et que ces protections dissociatives sont un cadeau parce qu'elles empêchent le trauma de remonter dans le conscient tous les jours. Et si le trauma remontait dans notre conscient tous les jours, bah on ne pourrait pas fonctionner normalement donc on serait dysfonctionnel. Et donc j'ai expliqué qu'on a tendance à voir les protections dissociatives comme des symptômes négatifs, alors qu'au final ce sont des cadeaux qui nous permettent de continuer à fonctionner.

[DIAGRAMME : cf. p.44]

Et j'explique qu'avec l'hypnose au moment du trauma, il y a des punaises qui vont se mettre dans l'inconscient entourée des protections dissociatives. Et donc ça [montre ligne de base droite et horizontale, sous les punaises] si c'est l'expression de l'énergie habituelle, avec les traumas [punaises] et les protections dissociatives par dessus, le cerveau doit découpler son énergie pour éviter les traumas.

Mais grâce à l'hypnose PTR, on va pouvoir lever les punaises et les enlever pour retrouver une forme de fluidité dans l'expression de soi. C'est comme ça qu'il explique en consultation.

Et du coup j'explique aussi, notamment avec l'exemple du citron, que parfois le cerveau/ l'inconscient n'a pas besoin d'avoir une image réelle dans la réalité pour avoir une réaction physiologique. Donc quand je dis aux gens de penser à un citron : ils se mettent à saliver, et je leur montre « vous voyez y a pas de citron, le citron vous l'avez inventé de toutes pièces, et pourtant la salive est effectivement là dans le monde réel. Ce qui veut dire que si on modifie des souvenirs d'événements qui se sont passés : comme votre conscient est tout à fait au courant qu'il n'y a pas de citron mais qu'il a été inventé et donc ça veut dire qu'on peut aussi modifier des images pour déclencher des processus physiologiques bien réels afin de réguler aussi les émotions. Et à quoi je vois que ça a marché (et je pense que c'est à ça que je suis totalement accro en consultation), c'est ce moment où arrive ce soupir de soulagement, comme quand t'as eu un gros chagrin et que tu inspires profondément avec les émotions puis tout se relâche. Quand je vois ça chez des gens : là je sais que j'ai réussi et que j'ai bien fait mon boulot. C'est vraiment le signal pour moi que j'ai été jusqu'au bout, que j'ai fait tout ce qu'il fallait.

Q- Est-ce quelque chose que vous voyez régulièrement dans vos consultations et suivis thérapeutiques?

R- A chaque fois, oui. Et souvent la personne ne revient plus à partir de ce moment-là... parce que je pense qu'on a fait le travail. Et je prends des nouvelles régulièrement, en demandant les changements et c'est fou à quel point ça change très vite quoi! Vraiment! Avec cette fluidité de d'énergie vitale qui se qui se réinstalle. Je pense que c'est vraiment à partir de ce moment-là que je sais que j'ai été jusqu'au bout de la PTR et que j'ai fait tout ce qu'il fallait : c'est quand il y a ce mouvement qui se produit.

Q- Et concrètement, comment vous y prenez-vous, en général, dans un accompagnement tel que celui-là?

R- Alors j'essaie toujours de partir d'un bon moment, en « induction 1 », c'est à dire d'instaurer la personne dans une image qu'elle crée (souvent) ou quelque chose qu'elle a vécu ou quelque chose qu'elle imagine : un endroit où elle se sent bien, en sécurité, et je j'essaie de recueillir ses impressions sur le VAKOG, donc de lui demander ce qu'elle voit, ce qu'elle entend, ce qu'elle sent, s'il y a des personnes autour d'elle, etc. de bien s'imprégner de ces bonnes sensations et de lui montrer que, même quand c'est des bonnes sensations, elle a aussi le contrôle dessus en lui permettant de d'expérimenter plusieurs protections dissociatives, notamment la *dissociation physique*, la *dépersonnalisation*, la *déréalisation*,... le fait d'expérimenter l'*anesthésie émotionnelle*, l'*anesthésie physique*, de montrer qu'on peut utiliser un  *curseur pour faire bouger les émotions*... et voir on peut jouer avec tout ça. Ca c'est dans le meilleur des cas.

Mais aussi, bien souvent j'ai beaucoup de personnes qui arrivent en détresse : donc là je pars plutôt dans ce qu'on appelle une « induction 2 », pour montrer que, même quand on ressent une angoisse ou des émotions qui sont considérées comme des affects négatifs, on peut aussi reprendre du contrôle, et donc en expliquant toujours que si la personne peut les augmenter elle peut aussi les diminuer. Je répète souvent en consultation « n'oubliez pas que c'est de l'hypnose et que vous êtes Spielberg, donc vous pouvez tout faire parce que si vous êtes le maître lors de ce moment qu'on va partager ensemble, ça veut dire que vous pouvez tout changer : du moindre son au moindre toucher. » Et donc, une fois que la personne a bien compris tout ça, je pars de ce que j'appelle, comme [Gérald] Brassine, le petit le plus petit trauma . Donc je lui propose de choisir quelque chose qui lui est le moins douloureux par rapport au reste et elle expérimente les changements, sur ce petit trauma, tout en revenant toujours au corps comment les émotions se régulent au fur et à mesure.

Alors dans ma pratique (je sais pas si c'est le cas pour tout le monde), c'est toujours dans le même ordre : c'est d'abord de la tristesse, puis de la colère, puis après de la culpabilité, puis après il y a soit qui me demande de pardon, soit une dernière expression de la colère et puis c'est terminé. Et c'est là que j'ai le souffle qui se dégage. C'est tout le temps dans cet ordre là que j'expérimente ma clinique, donc c'est assez rigolo ; pas de mon choix, mais c'est comme ça que ça s'affiche à moi.

Et donc je montre bien aux personnes que les émotions, on les ressent dans le corps, ce qui permet souvent de lever la protection dissociative de dissociation : parce que si on revient au corps et qu'on expérimente ces émotions dans son corps, on n'est plus dissocié! Et de leur montrer qu'elles peuvent retrouver de la maîtrise de leurs émotions et de ce qu'elles ont vécu, de leur offrir aussi la possibilité d'être acteur/actrice dans ce souvenir, alors que lors de l'agression du viol, etc., il y avait pas cette possibilité.

J'ai 2 caractéristiques -qui me sont personnelles et que je pense être que c'est très liées à ma personnalité- j'utilise énormément l'humour, je fais beaucoup beaucoup de blagues parce que je pense que ça ramène dans la réalité dans une certaine légèreté même quand on vit des choses difficiles. Donc l'humour, c'est un outil que j'utilise beaucoup ; et la 2e c'est la provocation : j'y vais franchement sur la provocation, toujours avec un demi-sourire dans la voix. J'ai déjà remarqué que ça ne passait pas avec tout le monde, donc j'ai besoin de clarifier en fin de consultation que la provocation est voulue / cherchée et que y a une bonne raison : c'est qu'il faut pousser enfin les raisonnements par l'absurde pour qu'ils puissent se lever aussi. Je pense notamment dans tout ce qui est question de culpabilité et de honte : que la personne puisse vivre dans son corps que ce qui a amené cette émotion est un raisonnement absurde, et dans ce cas-là, pousser par la provocation en disant bien « oui oui, sens bien comme c'est de ta faute! »

Q- Si je comprends bien, vous reprenez la vision du monde de la personne et vous lui renvoyez en version amplifiée?

R- C'est ça : amplifiée, et souvent je le pousse loin quoi. Je te donne un exemple pour illustrer parce que ça sera peut-être plus clair :

J'ai une personne y a pas très longtemps qui a perdu son ex-compagnon parce qu'il se droguait et qu'il a fini par faire une overdose. Ca n'a rien à voir avec un trauma sexuel, par contre. Et elle me disait qu'elle ressentait plein de culpabilité parce que, la veille de sa mort, elle lui avait envoyé un message en lui disant « si tu continues comme ça tu vas mourir! » Et donc, elle avait l'impression que la personne était décédée à cause d'elle, à cause du mail qu'elle avait envoyé qui avait certainement amené ce garçon à prendre la dose de trop dans une tristesse pas possible. Et donc, la provocation que j'avais poussée, c'était de dire : « Bah oui! Sens bien qu'en fait tu aurais dû arrêter de travailler, et peut-être même aller au CPAS pour juste être sûr de pouvoir manger, comme ça t'aurais pu le surveiller 24h/24, et vérifie bien que tu ne vois plus tes amis, que tu ne parles plus à ta famille parce que si tu pars 1 seconde, ce sera de ta faute si la personne meurt! » Voilà, donc c'est très frontal, mais ça a fonctionné parce que la personne a répondu en éclatant de rire, en me disant : « Mais oui! En fait, je suis absurde dans ce que je pense! Je n'aurais rien pu faire et maintenant je suis convaincue dans mon ventre que c'est pas de ma faute quoi! »

Q- Vous l'avez donc aidée à se réassocier en la ramenant dans ses émotions vécues dans le corps, c'est bien ça?

R- C'est ça, exactement.

Q- Et y aurait-il un exemple de suivi d'une personne dans une problématique de trauma sexuel que vous accepteriez de partager avec moi? Un suivi assez illustratif, pour vous, d'un travail rondement mené?

R- Oui, tout à fait. C'est un cas d'inceste, si c'est ok?

Q- Tout à fait.

R- Donc, à la base:

C'est une personne qui vient me voir lors d'une séance de couple parce que... donc elle vient me voir avec son compagnon, à la demande de son compagnon parce qu'elle a plus de libido. Et elle pense que la naissance de son 2e enfant a réveillé un trauma qu'elle a vécu quand elle était plus petite. C'est à dire qu'elle soupçonne son demi-frère de l'avoir touchée. Et depuis, elle m'explique en gros que son corps est freeze, qu'il est figé : dès que son mari l'a touchée, elle a un mouvement de dégoût, de rejet. Et lui, il est très insistant, il lui met beaucoup de pression parce que il veut retrouver sa femme, il veut refaire l'amour avec elle, il l'aime plus que tout, etc. Donc, il y a eu tout un accompagnement sexothérapeutique sur le sujet du consentement, le fait que la pression implique un cercle

vicieux, etc. Je te passe les détails, c'est vraiment le côté sexo-thérapeutique. Et puis, du côté plus hypnose PTR, j'ai proposé un suivi individuel à cette patiente. Ce qu'on a fait, c'est expérimenter l'hypnose à coups de bons moments en retrouvant bien des bonnes sensations pour la reconnecter à son corps : là, en l'occurrence, c'était un jogging en forêt. Et puis, on a pris le trauma du 2e accouchement, qui avait été compliqué, mais qui était moins compliqué pour elle a travaillé que l'inceste (remarque qu'on savait pas encore que c'était de l'inceste à ce moment-là...) Et donc, on change l'accouchement, on change le gynécologue qu'on transforme en quelqu'un de gentil, etc. il y a beaucoup de d'apaisement dans son corps et donc il y a déjà quelque chose qui se passe de positif. Et comme là, l'alliance thérapeutique est bien créée, qu'elle a pu expérimenter la PTR à part entière sur un trauma et voir des retombées assez rapidement : dès la 2e séance, elle me dit « ok c'est parti! Je veux travailler ce qui s'est passé quand j'étais plus petite! » Donc là, j'ai eu une levée d'amnésie que j'ai travaillée en ce sens : comme elle savait que c'était dans sa maison d'enfance, je lui ai proposé qu'on refasse le puzzle en commençant par l'extérieur, en trouvant la saison, plus ou moins le mois, quel âge elle avait, et puis de savoir où elle était dans la maison : c'est comme ça qu'on a trouvé que c'était effectivement dans la chambre de son demi-frère et que ce qu'elle pensait être juste un coup de langue sur cette fesses s'est avérer être en fait pénétration anale à plusieurs reprises quoi. Et c'était pas juste une fois, ça c'est passé vraiment beaucoup de fois. Ca on l'a trouvé en faisant le puzzle et toujours en partant de ce figement du corps. Donc, elle me disait, « Bah là je suis figée. » Donc, pour renforcer ça, je lui disais « Bah, sens bien que t'es figée, comme s'il y avait pas un pet d'émotion qui pouvait sortir, donc bloque bien toutes les failles! » : ce qui permet de lever la protection dissociative. A ce moment-là, l'expression de la colère a permis de régler son compte à cette personne, puis après est venu la culpabilité : donc là, on l'a dissociée physiquement, on l'a mise à une hauteur lointaine de l'événement, elle se voyait elle-même et son demi-frère sous forme de PlayMobile, on a changé le cadre de la maison d'abord avec le papier-peint, la lumière, etc. puis après, on a mis une forêt tout autour ça soit plus doux... Puis je l'ai replacée dans sa défense de figement. Puis, je lui ai demandé de bien voir que le PlayMobile ne savait pas bouger. Elle m'a dit « Oui, le PlayMobile ne peut même pas lever un petit doigt! » Et donc, là, je pose des questions de recadrage cognitif de l'ordre de « Est-ce que tu aurais pu faire autrement? Est-ce que tu sens toujours que c'est de ta faute? » et là, ça a été très clair que non. Et c'est à ce moment-là qu'elle m'a dit « Mais en plus, c'est pas arrivé qu'une seule fois, c'est arrivé plein de fois! Je viens de m'en rappeler! » Après ça, on a refait un VAKOG pour vérifier qu'il n'y avait pas de sensation problématique, etc. C'est là qu'elle m'a dit que ces fesses étaient contractées. En fait, elle savait qu'elle avait des problèmes au niveau du coccyx parce qu'apparemment ça faisait 25 ans que ses fesses sont contractées et dur comme de la pierre... Et elle me disait « C'est dingue parce que, maintenant qu'on a travaillé ça, je sens que ma fesse droite s'est relâchée! Par contre, la fesse gauche est toujours serrée! » En continuant le travail, je me suis rendu compte qu'en fait, si la fesse gauche était toujours serrée, c'est parce que le beau-père avait aussi abusé d'elle. Donc, on avait une 2e levée d'amnésie et une fois que le corps est redevenu connecté à l'esprit, qu'elle avait le contrôle de chacun de ses muscles, que les émotions étaient régulées et qu'on a fait le même travail pour le beau-père que pour

le demi-frère, le travail traumatique était terminé. Et donc, on est repassé à un travail plus sexo-thérapeutique de réappropriation du corps et comment faire maintenant qu'on a « des nouvelles chaussures », pour se réapproprier ces nouvelles chaussures ; et pour voir aussi, une fois que elle se sera sentie parfaitement en sécurité dans son corps et aura pu se réapproprier sa sexualité, comment faire pour que elle puisse se reconnecter avec son compagnon. Voilà, c'est tout l'accompagnement et j'en suis là à ce stade : comment se reconnecter avec son compagnon.

Q- C'est un accompagnement qui est toujours en cours aujourd'hui?

R- Oui.

Q- Et avez-vous des nouvelles de cette patiente depuis cet entretien-là?

R-

Oui. Elle m'a dit qu'elle avait l'impression de reprendre sa place, d'être reconnectée à ses émotions et d'être beaucoup plus affirmative, d'être beaucoup plus maîtresse aussi de ce qui se passe avec son mari ; c'est à dire d'oser dire « non », d'oser demander des choses qui lui plaisent dans le cadre de la sexualité. Elle a également posé beaucoup plus de limites dans sa vie parce que, malheureusement, elle est toujours en contact avec ces personnes qui font, pour elle, partie de sa famille... donc, là, elle a une distance avec ces personnes-là. Elle s'est reconnectée aussi à des choses qu'elle aime : comme c'est une musicienne, elle recommence à faire de la musique... Il y a des choses qui ont bougées suite à la PTR, quoi!

Et je vois à travers des éléments concrets de la vie réelle qu'il y a des changements qui se mettent en place au niveau corporel et psychologique parce que, qui dit « engouement pour un centre d'intérêt qui avait disparu » dit « reconnexion à cet élan vital qui est en nous » (sic).

Q- C'est cette fameuse *baseline* qui est retrouvée?

R- Exactement, oui.

Q- A la lumière de votre emploi de la PTR, quels seraient les avantages particuliers de cette approche, comparée à d'autres comme l'EMDR par exemple? Qu'est-ce qui est spécifique à cette méthode, selon vous?

R- Ca va très vite! Ca va très très vite! Puis la personne est active, elle est actrice de sa thérapie. Moi, thérapeute, je ne suis là que pour accompagner : et je trouve ça super important de mettre les personnes dans un rôle d'acteur de changement dans leur vie et c'est des changements qu'ils peuvent expérimenter en direct. Donc, le fait d'exprimer une émotion, d'en reprendre la maîtrise et surtout de pouvoir changer des éléments dans leur vie de revenir dans leur corps, etc. Donc, il y a ce côté rapidité ; très ludique au final comme outil ; très facile à

comprendre quand on l'expérimente et le côté être acteur du changement je pense que c'est vraiment 3 choses qui sont incroyables avec la PTR. Et pour moi, d'avoir expérimenté la thérapie verbale et la thérapie par EMDR, c'est pas la même chose quoi! C'est pas le même fonctionnement!

Q- Vous aviez mentionné, avant notre entretien, que vous aviez essayé la PTR comme patiente et que vous accepterez d'en parler un peu. Si c'est toujours le cas, qu'avez-vous pu expérimenter comme autres approches thérapeutiques? Avez-vous ressenti qu'il y avait quelque chose de plus passif dans d'autres approches que la PTR, par exemple?

R- C'est moins profond, en fait je dirais. Cela dit, l'EMDR a fait des miracles pour moi, et plein de personnes qui ont fait de l'EMDR trouvent ça fabuleux, et je trouve ça fabuleux, mais je trouve que le travail en EMDR est moins profond que la PTR, dans le dans ce travail dans les tripes. Et moi, l'EMDR que j'ai essayé, c'était : partir d'une croyance, d'une phrase, donc « je suis comme ceci, ou je suis comme cela » et d'aller rechercher des moments qui ont pu créer cette fausse croyance. Je trouve que l'EMDR est très chouette pour le traitement des fausses croyances. En tout cas, c'était comme ça que ma thérapeute l'utilisait et il y a peut-être d'autres façons de l'utiliser, je ne sais pas, mais pour moi ça n'a rien à voir avec hypnose PTR. Avec l'hypnose PTR, je sais que je peux traiter une thématique en une séance d'une heure et demie!

Q- Donc cet accompagnement dont vous me parliez tout à l'heure en exemple, il s'est déroulé en une séance?

R- Non non non. Si on prend juste l'emploi de la PTR pour ce trauma, c'est 2 séances. Mais on a fait d'autres séances en plus pour d'autres traumas. C'était une personne polytraumatisée, donc il y avait beaucoup de choses à faire, mais donc : l'accouchement, c'était une séance ; le l'inceste avec le demi-frère, c'était une séance ; le l'inceste avec le beau-père, c'était une 2e séance. Voilà.

Q- Et avez-vous trouvé que la personne s'approprie ce travail?

R- Oui, elle se familiarise et rapidement s'approprie l'outil. Ca va de plus en plus vite, en fait, la prise en charge. Et surtout, il y a beaucoup de gens qui font de l'auto-hypnose à domicile ; donc qui continuent de faire du travail. Donc, ils reviennent en disant « Ah, l'autre fois, je l'ai acheté à la poubelle et j'ai fait ça, j'ai fait ça... » [Rigole] C'est rigolo parce que je sens qu'il y a une autre appropriation de ces émotions, en fait. Quand on a l'outil de la PTR, c'est comme si, par exemple, la colère : on n'avait plus besoin de la... Puisqu'on ne peut pas se permettre de tabasser tout le monde dans la rue, avec la PTR on peut le faire dans son esprit! Et du coup, ça permet de réguler la colère, par exemple. Je trouve que ça donne des outils concrets qu'on peut utiliser dans le quotidien, qui sont chouettes et qui sont très puissants.

Q- D'accord, merci. J'imagine vous n'êtes pas sans savoir que, pour le moment, la PTR est relativement inexistante aux yeux de la science et qu'aucune étude scientifique à son sujet n'a été publiée jusque maintenant puisque c'est un outil qui est jeune et qui continue à évoluer... Pour vous, qu'est-ce qu'il semblerait intéressant d'investiguer? Qu'est-ce qui représenterait une plus-value amenée par la PTR pour les connaissances en clinique du trauma sexuel?

R- Ben, je sais qu'une thérapie pour une violence sexuelle coûte entre 11.000€ et 40.000€ pour qu'une personne se sente sur la voie de la guérison. Donc, quand tu vois qu'en 3 séances de PTR, tu peux déjà retrouver du contrôle sur ta vie et qu'une séance coûte entre 60€ et 150€, imagine le gain financier pour les victimes! Plus la rapidité parce que c'est une approche de l'ordre de la thérapie brève, alors qu'il y a des suivis thérapeutiques qui sont très très longs (et parfois qui durent toute une vie)... Donc, je pense qu'il y a là un énorme gain financier, avec un traitement rapide et efficace qui permet aux personnes de reprendre du contrôle sur leur vie. Et puis, au delà de l'ordre de individuel, le gain financier est aussi sociétal, pour l'état, parce que toutes les personnes qui ont vécu des traumas ont de grandes chances de développer des maladies psychosomatiques un jour ou l'autre. Donc, il y a aussi toute une question du médical tout autour. Donc, je pense que ça serait intéressant à étudier. Et d'un point de vue purement biologique/physiologique, je pense qu'on devrait étudier ce qui se passe dans le corps quand il y a des des régulations d'émotions, et de voir comment le corps vit ça ; comment le lien corps-esprit peut se recréer avec ce type de thérapie.

Q- Chez vos patients en trauma sexuel, remarquez-vous des symptômes d'ordre psychosomatique?

R- Oui, souvent! Je remarque que, souvent, dans tous types de traumas, il y a beaucoup d'angoisse qui vont se loger au niveau de la poitrine et au niveau du ventre...

Mais, chez les victimes de traumas sexuels, il y a aussi de l'angoisse au niveau du sexe : ces personnes vont se sentir quelque chose dans le bas du ventre qui est, je pense, souvent, une espèce de reviviscence des sensations vécues pendant le trauma. Je pense que ça serait fascinant d'étudier ça! D'étudier comment ça se passe dans le corps quand ces émotions-là sont régulées? Qu'est-ce qui se passe d'un point de vue hormonal ou autre...? Je trouve que tout le côté psychosomatique est vraiment super intéressant. Comment ça se fait que de telles émotions qui vont se loger là où là? Pourquoi on les ressent dans le corps? Qu'est-ce qui se passe dans vos entrailles? Si je pouvais être une bactérie pour aller regarder ça en temps réel, ce serait incroyable! [Rigole]

Q- [Rigole] Chouette, merci beaucoup! Je trouve tout particulièrement intéressant de prendre le prix que coûte la thérapie entre le premier rdv jusqu'à ce que la personne se sente « sur la voie de la guérison », comme vous dites, comme facteur à étudier. Là où des modèles qui se focaliseraient sur les nombreux facteurs symptomatiques, dissociatifs et/ou

psychosomatiques, peuvent se complexifier très rapidement et coûter très cher à étudier, commencer par l'accessibilité financière pourrait être intéressant...

R- Pour des chiffres à ce sujet, je vous conseille de vous renseigner auprès de Quantum Way. Ils font des sommets tous les ans pour présenter des nouveaux courants thérapeutiques, etc. Et j'avais suivi un justement un séminaire sur l'inceste, et ça expliquait que c'était 41.000\$, le prix moyen par victime à payer, que ça soit en frais de médecin et tout ce qu'il y a en frais à cause de cet épisode-là, ça revient à 41.000\$ par personne, ce qui est incroyable! C'est énorme comme budget! Evidemment, il y a des gens qui ne peuvent pas se payer ça, donc ils vont être en détresse toute leur vie! Et je trouve ça affolant! Affolant! Raison pour laquelle une reconnaissance de l'efficacité de la PTR comme outil est important!

Il y a beaucoup de charabia autour de l'hypnose, d'associer ça à Mesmer, qu'il y a des gens qui ont peur. Les gens me disent toujours « Mais moi, j'aime pas trop lâcher prise! » et donc je leur dis « mais surtout, gardez le contrôle! » Il y a beaucoup de fausses croyances autour de l'hypnose, donc il y a clairement à communiquer là-dessus! Et les avantages à quantifier en termes scientifiques : et au niveau des prix des thérapies, clairement, c'est quelque chose à faire, quoi!

Q- Merci beaucoup! Ca me donne beaucoup à réfléchir!

R- Avec plaisir! J'espère que cela vous a été utile.

## ANNEXE n°3 : Retranscription d'interview n°2 : Bénédicte

Q- Je vous explique un petit peu ma démarche ici. Pour la fin de mes études en psychologie clinique, je réalise un mémoire qui s'intéresse aux méthodes de traitement des traumatismes, et plus particulièrement les traumatismes sexuels que je trouvais intéressants parce qu'ils amènent notamment des phénomènes de dissociation notamment. Je m'intéresse donc à investiguer différentes approches pour en déceler les avantages, les limites, leurs complémentarités éventuelles. L'EMDR s'est alors naturellement présentée comme une méthode à considérer puisqu'elle occupe bien l'espace dans la littérature scientifique liée au travail des traumatismes psychiques, pour de très bonnes raisons j'imagine. Mais n'étant pas formé en EMDR, je cherche des praticiens et praticiennes formés à cette approche qui accepteraient de partager leurs lumières, raison de notre rdv aujourd'hui. Pour commencer, pourriez-vous m'expliquer en quoi consiste l'EMDR?

R- D'accord. Je vais d'abord vous expliquer qui je suis, mon parcours, ce qui m'a amené à l'EMDR, parce que je pense que ça a son sens. Moi, je ne suis pas comme vous psychologue de formation, j'ai d'abord un parcours de journaliste. J'avais toujours eu envie d'être psy, mais reprendre l'université à 35 ans, je travaillais déjà, c'était beaucoup, donc je me suis orientée vers une formation de conseillère conjugale à Louvain La Neuve, en cycle de formation continue. J'ai fait ça mais je me suis rendu rapidement compte que cela n'allait absolument pas m'aider à avoir une pratique, et j'ai fait la sexologie. J'ai commencé à avoir mes premiers patients en sexologie. Alors je ne sais pas si c'était mon karma ou la société actuelle, mais toujours est-il que je me suis rendu compte que les patientes amenaient des choses que je ne pouvais pas travailler, et les outils que j'avais en ma possession étaient les TCC, ce qui n'était pas grand chose face aux événements qu'elles me déposaient en séance... Et assez naturellement comme l'EMDR m'intriguait déjà beaucoup, que je voyais comme quelque chose d'un peu magique à l'époque, je me suis dit « bon vas-y, lance-toi! » C'est une formation assez chère, copyrightée, il n'y a que une personne qui peut l'enseigner en Belgique [Ludwig Cornile], par un seul organisme [Intégrativa] pour avoir une formation reconnue. Je me suis lancée et dans les premiers jours, je me suis dit que j'avais fait l'erreur de ma vie, « qu'est-ce qu'il raconte? on fait des balayages devant les yeux et ça va effacer des choses? » Ca me paraissait absolument dingue. Et toujours-est-il qu'il nous avait dit que « quand vous sortez de formation, le lundi matin, vous attaquez directement, vous commencez! » Et ce qui a été assez dingue, c'est que j'avais une patiente depuis un petit temps, avec qui ça pédalait un petit peu dans la choucroute, ça n'avancait pas :

Elle avait vu, quand elle était en primaire à l'école, un reportage sur un accouchement. L'accouchement qu'on y voyait était montré de manière assez « cash », avec du sang, des liquides, le bébé qui sortait... tout un bazar. Et elle est tombée dans les pommes. Et depuis, elle se rendait compte qu'elle ne serait jamais capable de tomber enceinte et d'accoucher. Et chaque fois qu'elle voyait des émissions télévisées avec des femmes qui allaient jusqu'à l'accouchement, elle tombait à nouveau dans les pommes.

Là, je me suis rappelé mon cours de ce weekend, et je lui ai demandé -c'est comme ça qu'on fonctionne avec l'EMDR, on associe plusieurs éléments, on prend d'abord *l'image la plus perturbante*- « quelle est l'image qui vous perturbe le plus? » Et elle m'a dit que c'était justement « ce moment où cette femme est en train de pousser, où il y a du sang partout et où elle crie... » Rien que de le dire, je la voyais trembloter, elle avait les larmes aux yeux... Et on associe à cette image une cognition, une croyance négative que l'on a sur soi-même. Et je lui ai demandé : « quand vous voyez cette image, qu'est-ce que vous croyez de négatif sur vous-même? » et elle m'avait répondu « Je crois que je ne serai jamais capable de faire de genre de chose. » Et donc, on se rend compte que, en EMDR, pour travailler un trauma, on a absolument besoin que la personne puisse nommer une *cognition, une croyance limitante et négative* qu'elle a d'elle-même, à laquelle on associe un dernier élément qui est le *ressenti corporel*. « Et quand vous voyez cette image, que vous vous dites 'je ne serai jamais capable d'accoucher!', comment ça fait dans votre corps? », « bah je me sens horriblement triste! Et puis en même temps j'ai peur quand je vois cette image ». « Et cette tristesse-là, elle est où dans votre corps? », « Elle est ici, au niveau du plexus solaire, j'ai la peur au ventre... ». « OK! je vais vous demander de prendre ces trois éléments, de les mettre ensemble et de regarder mes doigts » : à ce moment-là, je commence à faire un balayage avec mes doigts comme ceci [main droit en mouvements de balayage aller-retours, horizontalement de gauche à droite, à hauteur du visage]. Dès lors, elle a revécu cette scène, et nous étions à nouveau en classe, au moment du visionnage de cette vidéo. C'était ma première séance d'EMDR, et c'était ma plus belle, c'est pour cela que je vous la raconte. Et au fur et à mesure, elle voit l'accouchement de cette femme, et à un moment donné, s'enclenche ce qu'on s'appelle le TAI (traitement adaptatif de l'information), qui est un processus neuro-scientifique, c'est à dire que vraiment le cerveau va, au moment où il est stimulé au bon endroit, donc dans le cerveau limbique, va fournir une solution. Le processus va se réaliser tout seul, il ne faut absolument pas intervenir. Il faut uniquement faire les balayages devant les yeux, s'arrêter et demander à la personne « qu'est-ce qui est là? » A ce moment, elle me dit « je revois l'accouchement, et à un moment, j'ai switché ». J'avais compris avant qu'elle ne me l'explique qu'à un moment, c'était elle qui était en train d'accoucher : elle a fermé les yeux et elle s'est mis à pousser. Dans mon cabinet, nous étions en salle d'accouchement! Elle a poussé et poussé, je me suis dit « qu'est-ce que je fais maintenant? » parce que je me sentais franchement démunie, je ne vais pas vous mentir. Et à un moment donné, elle a ouvert les yeux et elle m'a dit « Il est né, et maintenant je sais que je pourrai le faire! » Là je me suis dit « wow! Elle vient de me donner un cadeau de la vie! » Dès lors, je suis devenue passionnée d'EMDR, j'ai fait mon second niveau, donc j'ai obtenu mon accréditation, je suis devenue responsable de la communication d'EMDR Belgique, puisqu'avec ma licence en journalisme, je suis à même de communiquer, de répondre aux interview, etc. et d'expliquer le processus. Ca c'est un exemple concret, car je crois qu'on retient mieux comme ça.

Alors, je vous ai parlé du cerveau limbique. Vous connaissez le cortex et la partie réflexive. On ne traite pas un trauma uniquement par la parole, ça c'est ce que démontre la PTR mais bien évidemment l'EMDR également. C'est comme si vous aviez un évier bouché : c'est bouché, ça ne passe pas par le tuyau, ça reste engrammé, ça reste bloqué. Et le fait de faire les

stimulations bilatérales alternées devant les yeux va faire comme si on mettait du Destop dans le tuyau. A un moment donné, ça va bouger et ça va changer d'espace : vous allez passer de la *mémoire vive* à la *mémoire d'archive du cerveau*. Dès lors que c'est en mémoire d'archive du cerveau, vous vous souvenez que vous avez été violé.e, que vous avez vécu un accident, etc. mais ça n'a plus la même charge émotionnelle; c'est un souvenir sans reviviscence. Voilà.

Q- Cela ressemble-t-il donc à ce que la PTR appelle la « re-collorisation émotionnelle »?

R- Oui, effectivement, c'est la même idée [que la re-collorisation émotionnelle en PTR], je trouve juste qu'au niveau de la formation de Gérald [Brassine], ça manque un peu de consistance. Il y a très peu d'explication sur le trauma, la dissociation... Il y a des choses qui manquent. Ce que je pourrais reprocher un peu à Gérald c'est de présenter de de se servir de son outil [PTR] comme d'un outil magique et de croire qu'il peut tout résoudre en 3 séances. Pour moi, c'est faux! Mais je fais aujourd'hui un mixe d'hypnose [PTR] et d'EMDR. C'est à dire que quand les gens sont partis dans leur imaginaire, je tapote sur leurs genoux, ce qui est la même chose pour provoquer une alternance cerveau gauche - cerveau droit. D'ailleurs, il y a même des études en cours... Les études sur l'EMDR sont ce qui est le plus randomisé, et ce sont vraiment des études qui montrent qu'il ne s'agit pas là d'une croyance, mais qu'il s'agit d'un réel fonctionnement optimal. Vous êtes de l'ULB?

Q- Oui.

R- Bah, l'EMDR est rentrée à l'ULB depuis maintenant un an ou deux - et l'hypnose aussi d'ailleurs - avec Evelyne Josse, grande praticienne de l'EMDR et hypnose. C'est elle d'ailleurs qui m'a dit « fais les deux en même temps, tu verras, ça va bien marcher! » Et effectivement, c'est assez magique!

Q- Oui, j'ai eu l'occasion de lire quelques articles de Mme Josse en EMDR. Mais il est vrai que l'étayage théorique, s'appuyant sur des études scientifiques, manque un peu à la formation en PTR...

R- Et le fait que ce soit accessible au tout venant, et que l'on se demande un peu ce que les gens vont faire quand ils se retrouveront avec de grosses dissociations et des états du moi... Moi je travaille un peu avec les états du moi. Connaissez-vous l'*Internal Family System*?

Q- Non, pouvez-vous m'expliquer un petit peu ce que c'est?

R- Pour l'*Internal Family System [IFS]*, je vous montre mes petits bonshommes ici [montre diverses figurines] : ce sont toutes les parties du cerveau. On part du constat que lorsque l'on est dissocié, il n'y a plus d'unité dans le cerveau mais plusieurs *états du moi*, différentes parties qui ne communiquent plus les unes avec les autres. Par exemple, il peut y avoir des phobies dissociations qui fait que nous avons la trouille d'aller rencontrer telle ou

telle partie en soi. Bien souvent, avec cette figurine de Schtroumpf apeuré [le montre], j'illustre cette partie horriblement blessée. Et l'idée est d'aller rencontrer ces parties. En EMDR, en IFS aussi, on peut faire un travail de meeting room où on imagine (ça c'est de l'hypnose, et c'est en cela qu'il y a des points communs) une salle de réunion à laquelle sont conviées les différentes parties autour de la table. Et on regarde qui accepte de rentrer, qui reste caler devant la porte, et on essaie de donner avec bienveillance la parole à chacun, de questionner les raisons pour lesquelles ces parties sont blessées : « tiens, qu'est-ce qui se passe que tu es si blessé? » Bien souvent, on fait de l'EMDR sur ce qui émerge. Par les mouvements de l'EMDR, ça va favoriser la production d'acétylcholine (la substance qui crée le réseau synaptique), et plus les synapses sont présentes, plus vous allez pouvoir avoir une vision différente, plus différenciée de l'événement.

En EMDR, je vous ai parlé de la croyance négative, mais on travaille déjà aussi sur une croyance positive! Par exemple, « à la place de 'je ne suis pas capable d'accoucher', qu'est-ce que vous souhaiteriez pouvoir un jour penser de vous-même? », « Eh bien j'aimerais pouvoir me dire que je pourrai le faire un jour! Mais ça je n'y crois pas du tout pour le moment! », « C'est très bien, c'est normal que vous n'y parveniez pas, mais vous aimeriez? », « oui, j'aimerais. » Ca prépare déjà l'autoroute vers ça quand on fera la stimulation.

Q- Ca donne une direction? Comme engager en directions de valeurs importantes pour la personne, qui servira de guide pour planter de petits objectifs le long du travail?

R- C'est ça. Exactement. C'est une forme de recadrage aussi.

Q- Avez-vous remarqué des spécificités dans le travail avec des patients et patientes victimes de traumas sexuels?

R- Alors oui, il y a beaucoup de spécificités à ce sujet. J'anime une fois par mois un groupe de femmes victimes de violence sexuelle, ce qui existe très peu à Bruxelles. On pourrait éventuellement envisager que vous veniez vous poser dans le groupe, bien qu'en tant que bonnes féministes convaincues, elles sont assez anti-mecs [rires]. Je crois qu'elles préféreraient que vous portiez une jupe [rires]. Mais voilà, ça peut s'envisager si cela vous intéresse. Ce que je remarque au sein du groupe, c'est qu'il y a beaucoup de Troubles du comportement alimentaire [TCA] ; des beaucoup de dissociation ; beaucoup de Troubles anxieux généralisés [TAG] ; beaucoup d'anorgasmie et de vaginisme ; beaucoup de problèmes digestifs, de perméabilité intestinale : l'intestin étant la dernière barrière entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Vous le savez très bien, il y a une sérotonine au niveau ventral et une sérotonine neuronale, ce sont souvent des femmes qui ont des perturbations au niveau digestif, qui finissent par avoir des colons spathiques, etc. Et des troubles allergiques... des tas de choses comme ça. Des troubles de peau, aussi. J'ai beaucoup constaté des... bah moi c'est mon quotidien, je ne fais pratiquement que ça, des violences sexuelles, donc je suis bien contente qu'il y ait quelqu'un d'autre qui arrive sur le marché [rires]. Ah, du vitiligo, beaucoup aussi!

Q- Qu'est-ce que c'est?

R- Le vitiligo, c'est quand la peau se dépigmente et devient toute blanche. Et ça, elles vont le développer beaucoup autour des zones sexuelles ; si elles ont dû faire une fellation, ça sera autour de la bouche ; elles peuvent en avoir entre les cuisses, ça s'étend entre les cuisses... Et ça ça va être assez dramatique parce qu'elles portent les stigmates de la violence qu'elles ont subie.

Q- Donc, si je comprends bien, vous constatez énormément de somatisation dans cette clinique particulière?

R- Oui, énormément de somatisation.

Q- Et du coup, comment employez-vous l'EMDR comme outil dans ce type de clinique?

R- Alors, la formation de base de l'EMDR s'adresse aux traumatismes simples, comme celui que je vous ai raconté, que j'ai fait lors de mon premier jour de pratique. C'était mon rare, peut-être mon unique -ou alors j'ai peut-être raté un épisode- de trauma simple. Très rapidement, il a été réglé, en une demi-heure, alors que ça faisait des mois que je voyais cette femme. Maintenant, avec les violences sexuelles, ce sont des traumatismes complexes! Pour cela, il existe toute une série de formations complémentaires en EMDR, dont une première essentielle qui travaille... alors EMDR est copyrighté [formaté] dans le monde entier : tout le monde suit la même formation [de base]. Mais il y'a une femme, Hélène Delucci, qui est très connue, qui a créé une formation qui s'appelle la « boîte de vitesse » qui permet d'agir avant l'EMDR. C'est à dire qu'elle se sert de l'EMDR pour réduire certains symptômes sans travailler directement sur le trauma. C'est une formation essentielle pour pouvoir faire de la stabilisation et travailler en dehors du trauma. Ensuite, il y a Dolores Mosquera, qui propose une formation très complète sur les troubles dissociatifs, PTSD, etc. en approche progressive en EMDR. « Progressive » signifie que si le trauma se trouve ici, au milieu de ma main [montre le centre de sa paume], elle va avancer un petit peu ici, puis un petit peu ici, puis un petit peu ici [montre successivement une phalange de son pouce, puis majeur, puis auriculaire : en périphérie de la paume] pour se rapprocher en EMDR peu à peu du noyau du trauma [la paume]. Je pense que si on veut vraiment bien travailler le trauma, il faut bosser, il y a beaucoup à bosser [étudier]. Moi je bosse presque tous les jours, et pourtant je pense que je connais déjà quelques petits trucs déjà... C'est vraiment du boulot, et l'EMDR en formation de base, clairement ça ne suffit pas!

Il y a la formation de psycho-traumatologie qui est chouette aussi au Belgium's Institute for Psychotraumatology [BIP], avec Manoëlle Opchet. Cette personne est essentielle dans l'univers du trauma. C'est elle qui traduit la plupart des bouquins comme *Le Soi hanté*, ainsi que tous les grands bouquins de tous les psycho-traumatologues. Il est indispensable de la connaître et de la citer dans votre mémoire.

Au fait, n'hésitez pas comme j'y connais un rayon, et particulièrement en trauma sexuel, à me demander pour relire votre travail. Ca serait avec plaisir, et puis ça m'intéresse aussi personnellement.

Pour continuer à répondre à votre question concernant ce que j'avais remarqué parmi les victimes de traumatismes sexuels, il y a ce qu'on appelle les introjects malveillants.

Q- Pouvez-vous m'expliquer un petit peu ce dont il s'agit?

R- Alors un introject malveillant, c'est... si vous êtes victime... j'en ai plusieurs comme ça : elles ont rencontré des mecs sur des sites de rencontre, et elles se sont faites hameçonner par des pervers narcissiques, mais pas que, il y avait aussi des pervers sexuels. De grosses personnalités manipulatrices. Elles étaient très jeunes, la proie idéale. Elles ont été s'installer chez le gars en France, petit à petit, il les a isolées... Et puis il a commencé à exiger de la sexualité tous les jours, des fellations tous les jours, de la sodomie tous les jours, etc. Et on va vers une traumatisation. Si pendant tout ce temps, le mec lui dit « de toute façon, tu ne vauds rien! Tu n'as pas d'amis! » Et qu'il lui dit toutes ces croyances négatives ; qu'il lui vient l'asséner de négatif, il va finir par y avoir une sorte d'empreinte dans son cerveau, et elle va finir par croire qu'elle est ce qu'on lui a dit.

Q- Une sorte d'identification?

R- Une forme d'*identification à l'agresseur*, qui va créer un *introject malveillant*. Et là, il sera intéressant de travailler avec cet introject malveillant et de voir quand il est arrivé dans sa tête, comment il est arrivé, quelle est sa fonction. Ca, ça va être très intéressant. Alors, ça c'est une théorie qui se trouve dans « *Psychothérapie des traumatismes complexes* » d'Olivier Piedfort-Marin. Et lui, il a des protocoles que je trouve absolument dingues sur les introjects malveillants. Je pense que ça, c'est assez novateur.

Alors ce qu'on peut faire aussi en hypnose et que j'aime bien, c'est dire « tiens, ce mec-là, quand il t'a séduite, il avait des bons côtés, non? Il avait des chouettes côtés? », « ah ouais ouais ouais... il avait des chouettes côtés, c'est pour ça que je n'arrive pas à m'en détacher ». « Est-ce que tu peux visualiser cet homme, avec les différentes parties de lui : avec une partie plus malveillante et une partie plus bienveillante? » [cf PTR : 2 TVs pr travail ambivalence], « oh oui, je vois, oui ». Alors c'est complexe : « est-ce que cette partie bienveillante de ton agresseur peut s'adresser à toi, qu'est-ce qu'elle te dirait à toi, cette partie bienveillante? », « elle me dirait de fuir! » Et là, c'est un recadrage. Là où toutes les copines se sont fatiguées à la conseiller de prendre ses jambes à son cou, que c'était un connard... sans succès, si c'est la partie interne de ce qu'elle imagine du mec qui lui dit, elle va le quitter. C'est un exemple de travail avec l'introject malveillant. Je ne vous perds pas trop?

Q- Non non, pas du tout. Ça rejoint justement la manière dont la PTR travaille avec l’ambivalence envers les agresseurs, bien que je ne connaissais pas cette idée de faire parler la partie bienveillante à la victime au sujet de la partie malveillante.

R- C’est génial, oui! C’est hyper puissant je trouve. C’est un très bon recadrage qui fait soudainement bouger des choses [grand enthousiasme]. Bon, moi ,je suis une passionnée, hein! [rires].

Je travaille encore un mi-temps en dehors du cabinet : je travaille dans une chaîne de télévision. Donc, j’ai la chance d’avoir une pratique avec peu d’heures, avec 11 ou 12 patients par semaine, mais principalement tous avec des traumatismes sexuels. Et le fait de travailler à la chaîne de télé, ça m’amène du fun dans ma vie et c’est pas trop lourd, quoi. Mais je suis débordée par la demande. Mon téléphone n’arrête pas de sonner, si bien que j’ai mis en place un répondeur qui annonce que je ne prends plus de patients. Donc la demande est énorme.

Q- Du coup, je ne suis pas étonné que le travail du trauma intéresse de plus en plus la recherche universitaire.

R- Il était temps! [rire] L’EMDR existe quand même depuis 1987! On est en 2022, hein! Aujourd’hui, reconnu par l’OMS, et par toute une série d’instances et d’organismes très sérieux.

Q- Pour revenir sur la liste de questions que j’avais préparée pour notre entrevue : tout en comprenant qu’il n’y a pas deux cas identiques, que les outils thérapeutiques s’emploient différemment en fonction des différents besoins des patients... Mais admettons que vous isoliez l’EMDR pure jus d’autres méthodes dans votre pratique, comment l’emploieriez-vous dans le travail d’une personne traumatisée sexuellement? Je comprends qu’il n’y a pas vraiment de recettes en clinique, mais...

R- Il y en a quand même quelques unes, quelques bases. Déjà, la première chose c’est que (1) on fait un lieu sûr, comme en hypnose. Puis, (2) on fait un lieu sûr avec perturbation, pour voir si le lieu sûr tient bien la route. Ensuite, (3) on fait un contenant : c’est une espèce de coffre -c’est aussi un exercice d’hypnose- et on va lister toutes les choses qu’on aimerait bien mettre dedans, ainsi on obtient une liste des traumatismes : et donc gros gain de temps! Elles vont vous dire « bah oui, j’ai un trauma à 6 ans avec mon grand-père »... alors, souvent, il y en a des multiples... Il y a le grand-père à 6 ans, et puis ça leur donne une fragilité qui fait qu’elles deviennent un oiseau pour le chat, et à 13 ans ça recommence, et à 17 ça recommence. Voilà, c’est souvent comme ça. On dit d’ailleurs que « dans un métro, si il y a un agresseur potentiel, il va repérer au langage non-verbal quelle sera la victime idéale à agresser au moment où tout le monde sortira du métro ». Donc c’est vraiment l’oiseau pour le chat. En faisant le contenant, ça permet d’obtenir une liste, qu’on va pouvoir évaluer. On met tout dans le contenant de manière à « soulager le cerveau ». (4) Je vais beaucoup d’exercices de stabilisation, pleine conscience, cohérence cardiaque, etc. jusqu’à ce que « je sois sûr qu’elle

puisse commencer à aborder le trauma ». Et puis, (5) on va dans la boîte, on prend un truc. Et on commence à le travailler en EMDR.

Je suis aussi formé à l'*Intégration du Cycle de la Vie [ICV]*, très important pour votre mémoire. Ca se donne aussi en institut de psycho-traumatologie, par le BIP. C'est une ligne du temps dans laquelle on demande au patient de repérer depuis qu'ils sont nés, plusieurs événements positifs ou négatifs par année. Donc, par exemple, « en 1982, je suis à l'école machin et je m'amuse, mais mon grand-père aussi me touche ». Donc on va obtenir une grande liste, et on va passer cette liste en revue en lisant très vite ces événements, ce qui permet au cerveau de se les remémorer juste avec les titres, et il va synapser là aussi, ce qui va donner du liant, ça va donner un récit de vie plus cohérent, un fil rouge. Ca j'utilise aussi comme outil.

Et le dernier que j'utilise, c'est le *Trauma Release Exercises [TRE]*. Ce sont les tremblements, vous connaissez?

Q- Non. Vous pouvez m'expliquer?

R- Ca fonctionne au départ du psoas, qui est le muscle le plus puissant de l'organisme. Il démarre ici à l'arrière au niveau du cerveau limbique [semble indiquer la zone occipitale], qui suit toute la trajectoire de la colonne et qui dessert le bassin. Bon, vous me voyez arriver : bassin, trauma sexuel.

Q- [Opine du chef]

R- Parfait. Et c'est un muscle qui est souvent en tension. Les ostéopathes ont du mal à mobiliser ce muscle parce qu'il est très profond et très puissant. En revanche, il existe une technique qui permet de faire trembler une patiente : c'est une fatigue corporelle. Et à un moment vous allez avoir les jambes qui vont trembler, et ça va détendre profondément le psoas et ça peut résoudre les traumas, ça peut amener à plus de bien-être. Et là, c'est utiliser sur les populations telles que les soldats qui reviennent d'Afghanistan, etc. Les mecs qui sont « très testostérone », « et nous on va pas aller se plaindre dans le cabinet d'un psy de toutes les horreurs qu'on a vues, parce qu'on est des hommes forts! » Ces hommes-là, on peut les faire trembler en groupe. Et ils vont tous se mettre à trembler et ça va leur sortir toutes ces images, ce qui va les détraumatiser. C'est le même principe que l'animal qui se trouve dans la jungle. Vous connaissez probablement les réactions automatiques de Fight / Flight / Freeze. Un animal se freeze quand il voit arriver le vilain lion. Et puis il se dit qu'il va quand même essayer de se barrer, donc tout le monde se met à courir. Et là-dedans, il y a une gazelle qui est un peu plus faible que les autres : à un moment donné, elle va tomber, et avant de se faire attraper par le lion, elle va feindre qu'elle est morte, ce qui va faire douter le lion, il peut se demander : « est-ce qu'elle tombe dans les pommes? Est-ce qu'elle est malade? » Parfois, ça va lui sauver la peau, un peu comme une araignée que vous voulez tuer et qui se laisse tomber : elle est dans le freeze. Si le lion s'en va et décide de ne pas en faire son lunch, l'animal va se

remettre sur ses pattes, va trembler (vous trouvez beaucoup de vidéos là-dessus sur internet), ça va complètement le réadapter, il va retrouver son homéostasie, et il va pouvoir re-fonctionner. Pourquoi? Parce que « le trauma n'existe pas chez les animaux, quand ils ne sont pas au contact des Hommes ». « Dans la nature, le trauma n'existe pas. Le trauma n'existe qu'au contact avec l'Homme ». C'est pour ça qu'on peut avoir un chien ou un éléphant traumatisé : parce qu'ils sont battus, parce qu'il leur arrive des choses qui sont impensables pour eux. Mais dans la nature, ils ont tout à fait la capacité, parce qu'ils n'ont pas de cortex (sic) de sortir de l'état traumatique. Je fais votre mémoire, là! [rires]

Q- « Dans la nature, le trauma n'existe pas. Le trauma n'existe qu'au contact avec l'Homme », c'est intéressant.

J'y pense, puisse vous demander votre adresse email pour vous envoyer l'attestation de consentement éclairé pour la participation à cet entretien de recherche, svp?

R- Bien sûr. C'est \_\_\_\_\_ [anonymisé].

Q- Merci beaucoup. Je vous envoie le formulaire en question.

En fait, dans ce mémoire, j'essaierai de centrer un maximum autour des phénomènes dissociatifs. Selon votre approche, comment ces phénomènes dissociatifs se mettent-ils en place?

R- Déjà, moi je vois la dissociation comme quelque chose de positif, comme une protection du cerveau : face à un événement qui est impensable pour lui, il se met en protection. Donc, il y a d'une part la dissociation structurelle, cet état de protection ; mais il y a aussi on peut parfois dissocier les émotions. Par exemple, si le parents, qui est censé amener une sécurité émotionnelle et une sécurité physique, si le parent en fait pas ce qu'il doit et qu'il abuse de son enfant, l'enfant ne comprend pas pourquoi on ne remplit pas [ses besoins de sécurité], pourquoi on ne l'aide pas comme il en aurait besoin, et donc il apprend à dissocier, à sortir une partie de lui de manière à se protéger et à pouvoir fonctionner : c'est ce qu'on appelle la *Partie Apparemment Normale de la personnalité [PAN]*. C'est un peu le faux-self, si vous voulez. Il développe une PAN pour fonctionner comme le parent l'attend. C'est un père qui s'énerve vite, et en plus quand il a besoin de se déchaîner, il attend que maman infirmière aille travailler et il vient abuser de moi. Et pour que ça arrive le moins possible, je vais essayer de ne pas l'énerver et je vais mettre toutes mes émotions de côté. Et donc on crée une *Partie émotionnelle de la personnalité [PE]* qui est engrammée, qui est bloquée, qui est dissociée car elle représente tout ce qui n'avait pas lieu d'être dans cette relation parce que ça n'y avait pas sa place.

Et l'idée est de partir de l'enfant, je vous montre ici [montre une figurine d'un petit Bambi] l'enfant qui était plein de naïveté et qui, à un moment donné, a été blessé, et c'est d'arriver à un adulte qui peut fonctionner par lui-même [montre une figurine d'un fier cerf adulte]

pailleté] qui est plein de paillettes, qui est rose, qui a plein d'espoir, qui fonctionne de manière adaptée.

Q- Donc l'idée serait de questionner la PAN et mettre plus la PE à l'avant plan?

R- Oui, à rencontrer les PE's de différentes manières, mais en faisant dès que possible les stimulations bilatérales alternées pour que le cerveau puisse passer au dessus du trauma et qu'une intégration normale du psychisme puisse de refaire.

Q- Puisque vous êtes aussi formée en PTR, est-ce que ce que vous m'expliquez ici rejoindrait la notion de *Processus Autonomes Auto-Thérapeutiques [PAAT]*, ce processus automatique et spontané de retour à la cohérence interne?

R- Oui.

Q- Et Gérald Brassine ne cache pas qu'il s'est appuyé sur des notions de thérapie brève de Palo Alto, d'EMDR, etc. Cela ne m'étonne donc pas qu'il y ait des traits communs.

R- Ou, bien sûr. Heureusement que les choses se rejoignent. Je pense que ce qui peut encore différencier fortement est la *Somatic Experiencing [SE]*. Le bouquin de Peter Levine « *Réveiller le Tigre* », et en Belgique : Michel Schittecatté qui est le grand psychiatre qui s'occupe de SE... La SE qui dit que le trauma est dans le corps, pas que le cerveau : qu'il y a vraiment une inscription corporelle. Et donc, pouvoir remettre le corps en mouvement et arriver à faire ce qu'on aurait voulu faire, c'est à dire que face à cet agresseur qui m'a bloquée dans une ruelle, j'aurais voulu pouvoir lui mettre un gros coup de poing dans la gueule et m'encourir! Et à la place de ça, je me suis figée, et donc mon cerveau a dissocié pour me protéger. Je me suis vue d'en haut en train de me faire violer. Et donc, je n'ai pas pu faire ce que l'animal aurait fait. Si ça avait été un tigre au milieu de la ruelle, il ne se serait pas laissé bouffer.

Q- Donc, si je vous suis bien, la SE est un modèle théorique qui explique comment un trauma s'engramme [Muse « oui »], ou y a-t-il aussi des pistes thérapeutiques associées?

R- Ah, oui, ces pistes thérapeutiques, il faut absolument que vous connaissiez parce que là, il faut acquérir un vocabulaire spécifique comme « le titrage », qui est l'idée de sentir le trauma dans son corps. Par exemple, j'avais une copine qui avait été attrapée par l'arrière [de la nuque] et violée dans une rue, et [pose ses deux mains en position d'étranglement sur sa gorge] depuis plus de 20 ans, elle avait des problèmes de nuque. Elle a été chez Michel Schittecatté et elle a pu, à un moment donné, retrouver le mouvement de sa nuque. Tout doucement, sa nuque s'est remise en place, et elle n'a plus jamais eu besoin d'aller chez l'ostéo[pathe]. En fait, le trauma était vraiment calé là.

Et il n'y a pas de traitement, à l'inverse de ce que dit Gérald [Brassine], qui va fonctionner pour tout le monde! Parce que Gérald [en PTR] ne travaille pas assez sur le système défensif (sic). Il pense que « Ok, alors on va dans le truc, on fonce... » il est très « on passe tout de suite la 3e [vitesse], quoi! Moi, je trouve que ça, ça craint un peu : il y a toutes les défenses à considérer! Comme l'identification à l'agresseur qui fait que, « malgré tout, il s'agit quand même de mon papa, et c'est pas facile de voir ce qu'il m'a fait! » Et donc, il y a ici, et je prends alors ce personnage-ci [montre une figurine de chevalier en armure, avec heaume, bouclier, l'épée brandie dans la main droite] : la défense! Dans ces cas-là, moi je fais de l'EMDR sur lui [montre la figurine de chevalier]. « Depuis combien de temps es-tu là? Parce qu'à force de brandir ton épée et de tenir fermement ton bouclier, tu finis par avoir de la tendinite au bras! Parce que c'est dur de défendre ce système! Et est-ce que tu as encore autant besoin de défendre ce système aujourd'hui en 2022? » Parce que souvent, les personnes traumatisées, quand on s'adresse à leurs PE's, les PE's ne savent pas qu'on est en 2022, elles pensent qu'on est calés en 1988.

Q- Ce seraient donc toujours les défenses de la petite fille qui restent actives bien des années après les faits?

R- Ce sont toujours les défenses de la petite fille, oui! Du coup, aujourd'hui, ce chevalier-là, dès qu'il voit un mecs arriver, tout bien intentionné qu'il soit en venant draguer un peu la fille, il va se dire « Wow! Danger : un mec! Ca ne va pas! »

Q- Donc, même si l'adulte aujourd'hui avait les capacités de comprendre ce qui se passe en elle, de gérer les nouvelles rencontres, c'est en fait toujours la petite fille à l'intérieur qui a peur, ou plutôt les défenses qui avaient été créées pour mieux protéger cette petite fille qui perdurent et bloquent l'adulte dans son passé? Il s'agit donc de trouver un moyen de rassurer la petite fille tout en respectant ses défenses, pour mieux l'inviter à baisser la garde qui nuit à son bien-être dans le présent?

R- Oui. Il faut absolument respecter les défenses de la patiente, et ne jamais promettre que le trauma sera réglé en un nombre de séance prédéfini! Ca pourrait mener au suicide! Je trouve ça vraiment dangereux. Dans ma pratique en général, les traumas sexuels, c'est un an, quoi!

Aussi, bien souvent, on sous-estime les troubles de l'attachement, et surtout quand l'attachement n'a pas pu bien se faire parce que c'était le père qui a abusé... Là on a vraiment des trucs hyper complexes. Alors pour ça, les scénarios des « bons parents » ou « l'usine à bon parents » que Gérald emploie pour transformer les parents, ça s'est assez sympa. Mais c'est à refaire encore et encore pour que cela s'ancre bien.

Il y a la SE qui est essentielle en trauma[tologie], mais aussi ... ça ne me revient pas, je vous enverrai par message ce nom quand je le retrouverai. C'est important que vous citiez les différentes approches pour être assez complet, tout en restant sur les gros trucs, sans partir sur

le perlinpinpin. Mais moi, malgré tout, je vais me former avec Jordan Véro, qui est un grand hypno[thérapeute]. Je me suis aussi formé à l'hypnose avec Evelyne Josse, Olivier Perrot, etc. Et là, je vais probablement me former à l'EFT. Alors, l'EFT, très étonnant parce qu'il s'agit de thérapie énergétique, et moi j'étais un peu hostile [mouvement de recul sur son siège et de maintien à distance avec les main devant elle] avec ce genre de truc parce que j'aime bien quand même les trucs un minimum démontrables [scientifiquement]... Mais Jean-Michel Gurret, qui a une école d'EFT et qui s'y connaît très bien en IFS, enseigne l'EFT, et Jordan Véro aussi. Et lui fait de l'EFT-H, qui est l'association entre l'EFT et l'hypnose. Et il obtient un très très bon résultat sur les gens qui ont un système défensif trop fort et qui disent que « de toute façon, l'hypnose ça ne marchera pas sur moi, l'EMDR ça ne marchera pas sur moi », tout simplement parce que la défense est trop violente. Et moi, bien souvent, je me heurte à des défenses trop violentes, ou à des personnalités dissociations telles qu'elles restent calées... J'ai par ailleurs en ce moment une patiente qui me pose beaucoup beaucoup de problèmes, qui est calée tout le temps dans sa dissociation et qui n'est plus en 2022. Pour elle, ce qui est difficile, c'est de la ramener en 2022! Elle est hyper réactives, avec des flash-backs tout le temps, à se dire sans arrêt « je ne vau rien! », « de toute façon, ça ne vaut pas la peine! » Elle me met en échec en permanence. Dès qu'elle est dans le cabinet, elle me dit « de toute façon, je n'en vaut pas la peine, donc ça ne vaut pas la peine qu'on travaille, hein... » Ca, il y en a aussi.

Q- Heureusement qu'il y a de la supervision, si je puis dire.

R- Heureusement qu'il y a de la supervision, oui! Ca peut être intéressant de se faire superviser par plusieurs personnes avec différentes approches, aussi. Je suis toujours surprise et flattée quand on me demande de superviser, j'ai toujours l'impression d'apprendre. Ca doit être l'âge [rires], je viens de fêter mes 50 ans.

Q- Bon anniversaire! Ca fait plaisir de sentir votre enthousiasme et votre passion pour ce que vous faites.

R- Ah oui, c'est radical chez moi, c'est vraiment une passion!

Q- Dans ce mémoire, je suis confronté à beaucoup de littérature, dans laquelle je me perds un peu... Je pense donc que je vais me focaliser particulièrement sur les phénomènes de dissociation car cela semble être un point particulièrement marqué dans la clinique des traumas sexuels. A ce titre, je viens d'acquérir « EMDR And Dissociation », dont j'ai oublié l'auteur...

R- Je peux vous conseiller quelques lectures en français, comme « *Psychothérapie de la Dissociation et du Trauma* », de Johanna Smith, qui donne l'ICV [?]; « *Gérer la dissociation d'origine traumatique* », qui est bien aussi. En EMDR, j'en ai aussi vraiment beaucoup. Donc, s'il vous faut quelque chose, une référence, n'hésitez pas à me demander.

Q- Merci beaucoup, c'est déjà super chouette que vous ayez pris tout ce temps pour moi!

Sas vouloir abuser, en quelques mots : comment pourriez-vous définir les avantages de l'EMDR dans la clinique du trauma sexuel, selon vous, par rapport à d'autres approches, par exemple?

R- Pour moi, de tous les outils, c'est le meilleur! Vraiment! C'est celui auquel je conseillerais vraiment de se former. Les formateurs en EMDR sont vraiment des gens solides et qui ont les connaissances les plus pointues et les plus poussées dans la dissociation, qui est un domaine encore peu connu... Je trouve vraiment que l'EMDR fonctionne extraordinairement bien. C'est irréversible : tout ce qui est classé ne remontera pas. Tout simplement parce que ça a changé d'espace : c'est passé de la mémoire vive à la mémoire d'archive, et donc ça ne remontera pas. Et je trouve que c'est un travail qui a beaucoup de subtilité, qui est probablement moins « rentre-dedans » que la PTR... Après, c'est bien de savoir faire des inductions, hein, mais je trouve que l'EMDR est beaucoup plus riche, plus complexe, plus nuancé, plus subtile [que la PTR]. Il y a du travail sur les résistances, sur les états du moi, sur la stabilisation... Il y a du travail sur beaucoup beaucoup... Nous, au sein de EMDR Belgique, nous organisons une assemblée générale par an avec un intervenant d'extrême qualité, il y a des conférences, des petits ateliers... Moi, je m'occupe de la newsletter d'EMDR Belgique où je propose des bouquins à lire, etc. Je trouve que c'est aussi une communauté, une page Facebook, je vous invite à la liker « EMDR Belgium ». Voilà, je trouve que c'est vraiment très intéressant et très complet.

Q- Et si vous deviez aborder quelques lacunes que vous auriez remarqué avec l'EMDR, qu'est-ce qui pourrait être amélioré, selon vous? Quelles seraient les limites de ce modèle?

R- Bah moi, je ne lui trouve pas de lacune, parce qu'il y a suffisamment d'ateliers qui sont organisés tout le temps, avec certains qui mixent les techniques... Moi, j'ai fait « EMDR et IFS » où on peut venir rencontrer ces personnages. Mes patients connaissent bien mes personnages et donc il y a vraiment des histoires qui se créent (ça, ça vient vraiment de l'hypnose). Les patients savent que moi, je suis quelqu'un d'un peu ludique, mon adresse e-mail, elle est ludique, mes petits personnages sont ludiques... Moi, j'aime bien que même si il y a des trucs très lourds, on rigole quand même avec les patients. Moi, je ne suis pas « prise de tête ». Et e que j'aime bien avec l'EMDR, c'est qu'on y propose des tas de petites formations annexes, comme Gérard [Brassine] le fait, sauf que lui vend beaucoup beaucoup sa soupe. Il y a des trucs qui sont bien dedans, mais il est très « rentre dedans »... L'EMDR est accrédité, donc i faut avoir 50 crédits sur 5 ans pour pouvoir rester thérapeute accrédité et faire partie du site : ce que je trouve important parce que c'est un gage de sérieux. Donc, je ne trouve pas que ça manque de quoique ce soit, mais voilà, moi je lis beaucoup, je m'intéresse beaucoup, je travaille beaucoup, donc pour moi, l'EMDR, c'est complet.

Mais j'aime bien l'idée de l'hypnose pour ceux qui ont trop de résistance, et je vais quand même aller vers *l'EFT* pour ces résistances... Et j'ai moi-même beaucoup de résistances, je ne

fonctionne d'ailleurs pas très bien sur l'EMDR, je passe à côté, mais je pense que j'ai une belle petite armée de soldats à côté de moi [rires]. Mais je le dis à mes patients, et on rigole avec ça!

Q- Ca réhumanise la relation thérapeutique?

R- A bon escient, je trouve qu'on peut parler de soi en thérapie. Certains patients savent les trucs que j'ai vécus, je leur dit « vous savez, moi aussi j'ai eu ça ou j'ai eu ça... et vous voyez, je l'ai dépassé! J'ai aussi mon sac à dos! »

Q- Merci beaucoup pour votre temps, c'était une conversation très riche.

R- Faites une bonne structure. Commencez par votre table des matières, avec ce que vous voulez voir dedans, un peu de théorie sur la dissociation ,etc. Les différentes approches et puis les spécificités de la sexo. Moi, je mettrais un ou deux cas pratiques pour voir un peu comment faire évoluer le bazar. Mais faites bien votre structure et puis remplissez les trous parce que je pense que c'est ça qui vous aidera bien à ne pas vous sentir complètement dépassé dans le flot. C'est comme ça que j'ai fonctionné à l'université pour mon propre mémoire. J'ai vraiment travaillé sur une bonne table des matières. Prenez du temps pour faire une bonne table des matières, ce que les relecteurs scruteront particulièrement à la correction de votre travail. Il faut qu'ils y voient quelque chose de cohérent! « Je pars d'où, j'arrive où, et qu'est-ce que j'ai envie d'apporter, et quel est le côté un peu inédit de mon machin, en fait ». Je veux bien la relire quand vous l'aurez et vous donner mon impression, mais je trouve que de cette manière, on va voir directement la réflexion qu'il y a derrière. Après ça, il suffit d'ouvrir les bons bouquins et de compléter, et ça peut aller vite, quoi! Ca passe par une grande attention apportée à la composition de la table des matières. Ca, ça va calmer votre cerveau que j'imagine en ébullition en ce moment, avec l'amygdale bien activée! Ca va remettre un peu de cortex et du concret là-dedans.

Dans votre mémoire, dites bien que votre but est de donner une meilleure connaissance du trauma, mais que le « trauma », c'est très vaste, vous avez pris l'angle du trauma sexuel qui est le plus grave des traumas, en fait! Pour votre bibliographie, il y a « *le Livre noir des violences sexuelles* » et plein d'autres références pertinentes... donc remplissez bien votre bibliographie! Citez bien Evelyne Josse, Manoelle Opchet, ce sont vraiment des experts high-lever là-dedans! Et vous pouvez me demander si besoin, je les connais tous.

Q- Je vous remercie beaucoup pour votre temps, votre générosité et votre gentillesse.

R- Bon travail, à bientôt.

Q- A bientôt, merci.

## ANNEXE n°4 : Retranscription d'interview n°3 : Aline

Q- Bonjour, merci de me recevoir. Puis-je vous proposer, pour commencer, de vous présenter et de présenter le parcours qui a fait de vous la praticienne que vous êtes aujourd'hui?

R- Alors, j'ai fait des études de psychologies à l'ULB, un bachelier et un master. J'ai étalé ma 3e année de bachelier pour me former parallèlement à l'hypnose parce que je trouvais la manière dont les gens fonctionnent après un traumatisme très intéressant, et la manière dont on pouvait les aider. J'avais lu pas mal sur le sujet, sur l'EMDR et l'hypnose notamment, et l'hypnose m'intéressait bien. Et donc, j'ai recherché ce qui me conviendrait parmi beaucoup de formations, et je suis tombée sur celle de Gérald Brassine, en PTR. Cette approche m'a attirée parce que tout ce qui était passif m'ennuyait, et là il s'agissait d'une hypnose active, je suis quelqu'un qui a besoin d'action!

Q- Vous vous y connaissiez en « hypnose passive »?

R- Non, mais quand je lisais les descriptifs des formations à l'ULB, qui expliquaient un peu ce dont il s'agissait, il y avait beaucoup de « c'est le thérapeute qui parle et le patient reste très passif »... Ma mère avait aussi fait ce type d'hypnose passive pour des acouphènes... Et je trouvais ça extrêmement ennuyeux. Ayant moi-même des difficultés de concentration, j'avais du mal à comprendre comment les gens pouvaient forcément accrocher à juste un texte qu'on lisait, et je voulais plutôt mettre les gens au travail. C'est comme ça que je suis tombé sur la formation de Gérald Brassine à l'IMHEB.

Q- Vous pensez que des difficultés attentionnelles peuvent rendre l'hypnose passive plus difficile à accrocher?

R- Oui, parce que votre esprit s'en va. Si on dit « fleur », on va se dire « Oh, une fleur! Laquelle? » puis partir sur « Oh, les roses! tiens, est-ce que j'ai arrosé mes plantes aujourd'hui à la maison? »... Et le temps que vous pensez à ça, vous avez déjà zappé pas mal de phrases du texte d'induction formelle sur lesquelles vous êtes supposé vous concentrer.

Et l'hypnose PTR est bien plus active parce que les patients ont un rôle actif dedans, dans l'interaction conversationnelle, ils ne peuvent pas décrocher de ce qu'ils vivent ou de ce qu'ils disent quand ils parlent. Comme on reste actif, qu'on parle et que c'est eux qui guident les choses, la faculté de concentration en attention soutenue importe moins. Il y a plus d'actif et on décroche moins facilement qu'en passif.

Q- Ils sont concentrés sur ce qui est en train de se passer pour eux?

R- C'est ça! Donc en étalant ma 3e année, j'ai profité de ne pas avoir beaucoup de cours pour me former à la PTR. Grâce à ça, j'ai trouvé mon stage de master en Clinique de la douleur au \_\_\_\_\_ [nom de l'institution anonymisé], en collaboration avec le Dr. \_\_\_\_\_ [nom anonymisé], qui était un chirurgien digestif de la Clinique du périnée, et qui adorait l'hypnose pour ses patients. Là, j'ai pu commencer à pratiquer très vite avec mes premiers patients avec de l'hypnose. J'ai été confronté à beaucoup de traumas, nous y reviendrons j'imagine. Puis j'ai obtenu mon diplôme de master en psychologie clinique. Et grâce à mon stage, comme le chirurgien avec qui je collaborais était très content de mon travail, il m'a proposé un poste au sein de la Clinique du périnée deux mois après le diplôme. Comme il s'agissait de la Clinique du périnée, avec beaucoup de patients avec des difficultés sexuelles, je me suis formée en sexologie clinique à l'UCL pendant 1 an, pendant ma première année de pratique. Lors de ma 2e année de pratique clinique, je me suis formée à la Thérapie d'acceptation et d'engagement [ACT], à l'ULB. En même temps, j'ai développé ma pratique privée dès que j'ai commencé à travailler. J'ai commencé avec 1 jour par semaine en privé plus 4 jours à l'hôpital, puis je suis passée à 2 jours de privé et 4 jours à l'hôpital, puis 2 jours de privé et 3 jours à l'hôpital : ce qui est mon rythme actuel.

Q- Auriez-vous été spontanément vers le travail du trauma sexuel, ou est-ce la réalité de votre pratique clinique qui vous y a appelée?

R- Alors le traumatisme en général et sexuel en particulier m'ont attirés parce que c'était ce qui était le plus abordé dans la formation en PTR, donc je m'y suis intéressée. Mais pour la clinique du périnée, c'est elle qui est venue à moi. Et finalement, j'y ai trouvé mon compte parce que j'étais hyper intéressée par ce qui relevait des douleurs chroniques : des suites d'avoir vécu un traumatisme, le corps réagit en créant des maladies et de la souffrance physique, etc. C'était mon premier « dada ». Et puis, du coup, il faut traiter le traumatisme pour pouvoir traiter ces douleurs.

Q- Votre « dada » était de comprendre ce qui se passait après un trauma, pourquoi est ce que le corps produisait ça?

R- Oui, et je trouvais ça fascinant qu'après un traumatisme... et souvent il s'agissait de viols ou d'autres violences physiques... Et pour les viols, les manifestations physiques se localisaient beaucoup autour du périnée. C'est pour ça que la périnée m'a appelée, et que d'un autre côté j'y trouvais bien mon compte, parce que ça collait bien avec ce que j'avais étudié en PTR et en psycho. C'était sympa quoi, ça regroupait beaucoup de choses. Et puis, la sexologie/sexothérapie est arrivée.

Q- Ca vous a donné une expertise supplémentaire dans le champs du trauma sexuel en clinique du périnée?

R- Oui. En fait, j'ai des patients avec une pathologie, parfois ce sont des problématiques sexuelles comme du vaginisme, des dyspareunies, des névralgies... Du coup, je traite leurs

traumas avec eux, je leur apprend à gérer leur douleurs, et ensuite on peut passer à des questions de type « Comment je fais maintenant avec ma vie sexuelle? » : dans ma pratique, la sexologie est complémentaire au travail d'hypnose que la base du travail. On ne vient pas me voir uniquement pour de la sexothérapie. On vient me voir parce qu'il y a un trauma et la sexothérapie vient en complément.

Q- Si je vous comprends bien, vous proposez surtout du travail en hypnose, qui s'enrichi ensuite d'autres outils comme la sexologie et l'ACT?

R- Oui, c'est ça.

Q- Et après deux années de cette pratique, quelles seraient les spécificités à la clinique du trauma sexuel? Que remarquez vous de particuliers chez vos patients en termes de leurs plaintes, de symptômes, de leurs besoins particuliers...?

R- Le patient est en hypervigilance continue ; avec beaucoup de pensées intrusives ; des flash-backs ; des cauchemars ... Et puis, dans ma clinique, c'est souvent un peu plus particulier : ils ont généralement des problèmes physiques/psychosomatiques qui mettent la puce à l'oreille, qui mettent sur la piste du trauma. Médicalement, d'un point de vue purement mécanique, tout semble bien aller, et on ne trouve pas la cause du problème. Du coup, de ce point de vue, on se demande si il n'y aurait pas quelque chose d'origine inconsciente et traumatique qui se passe. Ce sont des patients qui, par exemple, ont une vie sexuelle compliquée : soit par des douleurs, soit par du vaginisme, ou alors qui ont carrément des névralgies, des problèmes de constipation ou de diarrhée. Ce sont ce type de symptômes physiques qui les poussent à consulter d'abord le médecin avec d'arriver chez moi.

Q- Vous diriez que votre travail est complémentaire et parallèle à celui du corps médical? Ou est-ce une fois que toutes les causes mécaniques potentielles ont été écartées et que les médecins posent un diagnostic de type psychosomatique, par défaut, qu'ils envoient les patients chez vous?

R- Vu par les médecin, c'est comme ça. Si c'est psychosomatique, on les envoie chez moi. Vu par moi, la collaboration avec les médecins est utile et importante quand même parce que, parfois, on ne va pas croire le psychologue aussi facilement qu'un médecin qui fait figure d'autorité ; et puis, dans certains cas, un accompagnement médicamenteux peut être utile! Parce qu'en attendant, les gens ont mal et qu'on ne peut pas tout régler en une séance, ça peut parfois prendre un certain temps même s'il n'est généralement pas très long... Mais en attendant, quand on crève de mal, bah on crève de mal. Même une attente d'une semaine pour un rendez-vous peut paraître une éternité quand on a mal tout le temps. Travailler avec les médecins est important ; mais la collaboration la plus complémentaire et utile pour moi, c'est avec les kinésithérapeutes.

Q- Comment travaillez-vous en complémentarité avec les kinésithérapeute?

R- Ils mettent les patients au travail concrètement, en mouvement physiquement. De mon côté, j'apprends aux patients comment relâcher et prendre conscience de leur corps, ce qui facilitera et soutiendra le travail en kinésithérapie. La kiné mobilise le corps, moi je m'occupe de la prise de conscience de ce corps, qui est employée pendant les séances de kiné.

Q- Il y a donc complémentarité d'un travail « bottom-up » en kiné et « top-down » en psycho?

R- Oui, et je trouve que cela fonctionne très bien dans tout type de douleur.

Q- Et comment pourriez-vous m'expliquer la manière dont vous utilisez l'outil de l'hypnose PTR?

R- D'abord, j'explique ce qu'est la Psychothérapie du trauma réassociative [PTR] : que c'est une hypnose thérapeutique pensée pour permettre de traiter les traumatismes ; et j'insiste sur le fait qu'il s'agit d'une hypnose active, que j'ai besoin d'eux pour travailler, comme eux peuvent avoir besoin de moi pour les accompagner. Je leur explique que cela nécessite une honnêteté avec moi dans ce qu'ils ressentent, qu'on ne dise pas « oui oui » pour me faire plaisir parce que c'est pas l'idée... Et je leur explique qu'ils ont le contrôle de ce qui se passe, que ce n'est pas du tout comme ils le voient à la télévision avec l'hypnose de spectacle de Mesmer, par exemple... Qu'à tout moment, il s'agit de leurs émotions, de leurs souvenirs, de leur propre contrôle... Et je leur explique comment vont se dérouler les séances, la première séance, puis la deuxième, car j'ai des temps très courts avec chaque patients, je n'ai pas le luxe de faire des séances d'une heure et demie à l'hôpital... Avec moi, ce sont des séances de 45 minutes. Ayant des séances très courtes, ma première priorité est de me concentrer sur des moments de sécurité, et seulement ensuite approcher des traumatismes.

Q- Donc, je je vous comprends bien, en 45 minutes, lors de la première séance, vous expliquez ce que vous faites, vous vous présentez...?

R- ... et je prends l'anamnèse. Je leur explique que mon but n'est pas de leur ~~faire revivre des traumas~~, que mon objectif est d'aller vers le traumatisme de manière douce et sécurisée ; de leur redonner le contrôle de leurs émotions, etc. Et je leur explique aussi comment fonctionne le traumatisme, en me reposant sur ce que Peter Levine explique avec sa métaphore de l'antilope, etc. Et j'explique pourquoi ils présentent des symptômes, au niveau du cerveau archaïque/reptilien... Puis, après on se met d'accord [sur un objectif?], et les premières 45 minutes sont consacrées au bon moment, sensations du corps, protections dissociatives... On fait tout un panel, et ça varie en fonction des patients, mais généralement ça prend un bon 20-30 minutes, et on garde toujours à la fin un moment pour débriefer, pour voir comment le patient s'est senti, si tout va bien pour lui, s'il est d'accord de continuer, est-ce qu'il le sent? Est-ce qu'il y a eu des choses plus compliquées pour lui, parce qu'il y a parfois des patients à qui on ne peut pas demander de grandir comme Alice au Pays des Merveilles parce que c'est pas du tout rationnel pour eux et ne leur convient pas pour

modifier/recoloriser un événement ou un souvenir... J'ai d'ailleurs remarqué que les recolorisations de souvenirs fonctionnent beaucoup mieux si ça porte sur le vif du sujet concret avec les patients plus cartésiens.

Q- C'est à dire?

R- C'est à dire que, pour la visualisation par exemple, s'il s'agit d'une personne qui n'est pas du tout visuelle, il faudra passer dans des sensations physiques. Il ne faudrait pas leur demander, si un membre picote, d'imaginer de petites fourmis. Pour eux ça picote et c'est tout ; il n'y a pas de visuel qui va avec, donc tu passes par le corps. Par contre, il y en a d'autres qui sont complètement visuels et qui ne vont pas ressentir leur corps. Donc, ce qui est aussi important lors de la première séance, c'est de déterminer quelle est la voie d'entrée privilégiée pour eux, la plus facile. Si tu n'es pas visuel, on ne va pas te forcer à l'être. et puis, il y a des personnes qui ne peuvent pas imaginer se grandir de la taille d'un arbre, mais par contre, mettre un écran de TV et visualiser des choses un peu plus comme dans la vie réelle, ça c'est OK.

Q- Et vous testez tout cela avec eux lors de la première séance particulièrement, pour voir ce qui accroche ou n'accroche pas avec chaque patient?

R- C'est ça.

Q- Donc, si je vous comprends bien, il n'y a pas de protocoles strictes, c'est de la co-construction permanente?

R- Oui, c'est ça. C'est de la co-construction permanente, et je note ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Par exemple, j'ai eu une patiente qui était phobique des oiseaux et qui ne l'avait pas mentionné jusque là. Et quand je lui ai proposé de s'envoler, elle a directement refusé, en disant « Non! Pour moi c'est hors de question! Ca me fait directement penser à un oiseau! J'ai une phobie des oiseaux! C'est hors de question! » Du coup, j'ai mis un gros « attention! » dans mes notes, avec la mention « Ne propose surtout pas de s'envoler ou de pendre de la hauteur! » Et surtout pas si on traite un trauma quoi!

Donc il faut que ça soit adapté au patient. Et puis, en fonction de l'anamnèse aussi! Ca me donne une direction vers laquelle me diriger et une idée globale d'où on va s'aventurer. Et à la séance d'après, on va commencer à approcher le trauma en douceur par écran, en s'envolant, par dépersonnalisation... En utilisant tout ce qui a fonctionné lors du premier entretien pour mettre le patient en sécurité rapidement, ce qui permet d'approcher un peu plus vite du cœur du trauma.

Q- Donc, il s'agirait d'abord d'assurer un sentiment de sécurité pour faciliter l'approche d'un trauma?

R- Oui. Et puis des fois, on a de bonnes surprises : le trauma peut surgir sans prévenir dès que la personne se sent en sécurité.

Q- Dans l'accompagnement, l'anamnèse vous sert donc de fil rouge/fil conducteur. Et quels sont les points importants à soulever?

R- Parfois, c'est clairement dit par le patient. Si le patient s'est fait violer, c'est assez clairement le viol qu'on va travailler. Puis, les patient viennent parfois et ne savent pas trop, il vont raconter leur vie en générale... Et certains éléments me mettent parfois la puce à l'oreille, à me dire : « Ok, il semble y avoir une autorité parentale hyper forte, bah ok : comment s'est-il senti? Comment s'est senti la petite version d'eux-même? L'enfant qu'ils étaient? » De nouveau, ça dépend de la problématique... Donc je ne suppose jamais rien! Ca n'est jamais interprétatif de ma part, je reprends simplement ce que le patient amène et je demande comment il s'est senti lors de l'événement et en le revisitant, le ramenant dans ses émotions... Et je propose de voir ce qui émerge. Et, il y a des fois aussi où il y a beaucoup de choses à travailler : et je ne choisis pas, je laisse ce choix au patient ; ou en tout cas, je laisse son inconscient choisir. Dans ces cas, j'utilise soit le nuage, soit l'écran en disant « Quel serait la scène ou l'événement que vous ou votre inconscient voudrait qu'on travaille aujourd'hui? »

Q- Je n'ai pas bien compris, à quoi sert ce « nuage » ou cet « écran »?

R- Donc on l'invite à se dissocier, et on lui propose de se poser sur un nuage loin de tout et en sécurité (si il n'est pas phobique des oiseaux et qu'il n'a pas le vertige), et je propose « Voilà, et maintenant le nuage va avancer tout seul et s'arrêter à un endroit, à un moment où vous pourrez peut-être apercevoir un endroit que vous semblez connaître : et qu'est-ce que vous voyez, etc...? » Et puis « Y a-t-il des choses que vous aimeriez changer? »

Par exemple, j'ai un patient en ce moment qui a été violé à de multiples reprises dans son enfance. Et ne serait-ce que la vision de la maison d'enfance (enfin, c'était un internat) où les viols e sont déroulés, ça provoque déjà énormément d'émotion pour lui. Et donc, pour cette personne, approcher de la maison, c'était déjà beaucoup trop d'un point de vue émotionnel. Donc le patient s'est éloigné jusque Saturne pour la visualiser depuis une distance suffisante pour rester dans un confort qui permet de commencer à y faire de petits changements de loin. « Donc c'était quoi qui était effrayant? », « Bah, il y avait une statue dans le jardin. », « Ok, est-ce qu'on peut la transformer / la ridiculiser / qu'est-ce qu'on en ferait? », « bah en fait, en la supprime carrément... », etc. Tous des trucs comme ça où on rend la maison un peu plus sympa pour pouvoir l'approcher et que ça soit OK pour la personne. Ca va être tous des petits trucs comme ça, et on va aller vers l'événement traumatique petit à petit, en douceur et en confort.

Q- Donc vous recolorisez son souvenir, petite touche par petite touche, tout en vous assurant de laisser la personne dans un état de confort?

R- Oui.

Q- Y a-t-il un risque pour la personne lié au fait de se sentir potentiellement moins confortable?

R- Il n'y a pas vraiment de risque. Parfois, c'est OK de se sentir moins confortable... Mais disons que j'aime bien privilégier la douceur lors des premières séances, parce que je travaille avec une population qui ressent des douleurs. Le risque serait que les douleurs augmentent, prennent un peu trop de place et brouillent les images si la personne n'est pas en confort. Et puis, c'est pas mon style d'y aller trop fort et sans douceur. Augmenter la peur et l'inconfort, j'ai peur que ça leur fasse peur. Et je préfère y aller en douceur, en tout cas lors des premières séances, pour leur montrer aussi que eux peuvent contrôler ce sentiment de peur. Et que si l'émotion vient, de la même manière, ils peuvent eux en faire quelque chose. Tandis que si on les plonge directement dans un bain d'émotions, des fois ça ne prend pas. Il m'est arrivé au début de ma pratique que les gens ne veuillent plus jamais retoucher à l'hypnose parce que les émotions étaient trop fortes et les ont effrayés, que j'ai voulu augmenter trop vite quelque chose sans les mettre suffisamment en sécurité... Donc l'idéal, c'est de leur apprendre à vraiment contrôler leurs émotions : que cette peur, par exemple, ils peuvent l'augmenter mais aussi la diminuer. Et que c'est OK pour eux. Et quand on approche du trauma et qu'il y a vraiment quelque chose de fort, je leur rappelle qu'ils sont capables de contrôler les émotions parce qu'ils l'ont déjà fait. Par exemple, dans une scène totalement horrible, leur rappeler que « comme vous l'avez fait la dernière fois, vous vous rappelez? Vous avez pu augmenter, du coup vous pouvez aussi diminuer les émotions et les sensations. » Et « Qu'est-ce qui vous avait mis en sécurité la dernière fois? », parfois c'est un chat, c'est un chien, c'est un parent... du coup « OK, est-ce qu'on peut rajouter ce parent dans la scène, cette figure de sécurité? » Et cette figure de sécurité prend forme dans cet instant, et ça leur permet de traiter les souvenirs, de traiter les images, et que ça soit fonctionnel.

Q- Accepteriez-vous de raconter un exemple d'accompagnement d'une victime de trauma sexuel avec la PTR?

R- Il y en a plusieurs qui me viennent en tête...

Aujourd'hui-même, j'ai reçu une femme dont le compagnon était violent physiquement et sexuellement avec elle, très probablement un bon manipulateur. er chaque rapport sexuel était vraiment vécu comme un traumatisme. Et avec elle, par exemple, la peur avait pris le dessus : elle n'osait jamais dire « non! » Donc, ce qu'on a fait, c'est qu'on a arrêté les images... C'est à dire qu'on a commencé par la chambre, qui était hyper anxiogène en elle-même : on l'a recolorisé en changeant plein de choses qui s'y trouvaient, comme un coussin et un matelas plus confortable ; ensuite, il y avait l'image de son compagnon qui

était au dessus d'elle sur le matelas : « qu'est-ce que tu as envie de faire? » « Bah déjà il me fait peur, donc je ne sais rien faire! », donc je lui ai proposé de changer quelque chose au compagnon pour le ridiculiser, comme avec un nez de clown, de lui enfiler un tutu, de le réduire en nain de jardin, et comme elle le décrivait comme un « salaud », j'ai proposer de lui mettre des cornes de diable... D'ailleurs, elle ne m'a pas tout raconté, mais ça l'a fait soudainement rire. Et puis, elle s'était spontanément grandie face à lui. Quand on les entraine à provoquer des protections, à la première séance, ils les réutilisent dans les situations. Cet apprentissage s'ancre super vite. Puis elle a shooté dedans, l'a écrasé, et elle l'a envoyé aux enfers.

Q- Quel conséquence cela a-t-il eu sur son émotion de peur?

R-

Son émotion de peur a, du coup, totalement disparu à partir du moment où il avait été ridiculisé, ce qui a permis à la colère de prendre le dessus ensuite : qu'elle a pu exprimer en l'écrasant, en shootant dedans... je ne sais pas tout ce qu'elle lui a fait, mais elle a passé ses nerfs dessus en tout cas avant de l'envoyer aux enfers. Puis elle avait l'air d'aller bien après ça. J'ai demandé si il y avait encore d'autres choses qu'elle avait besoin qu'on traite dans ce souvenirs-là, et elle a dit que non, que « là, c'est OK ». D'elle-même, elle a voulu retourner dans son endroit de sécurité, dans son bon moment. On y est retournées ; on a vérifié que tout était bien OK ; on a vérifié comment elle se sent : « bah il y a un poids en moins! » Du coup, super : est-ce qu'elle peut bien le sentir et augmenter cette nouvelle sensation? Comment ça va dans ses ressentis corporels? (Ca n'était pas une patiente avec des douleurs).

Et un autre exemple me revient en racontant ça, et c'était un de mes cas les plus « wow! » :

C'était une patiente avec énormément de violence dans son histoire et dans son enfance particulièrement. Je me rappelle qu'il y avait de la violence d'un ex-compagnon aussi, mais le plus intéressant dans ce qui s'est passé avec elle a été une levée d'amnésie. Il s'agissait d'une patiente avec la maladie de Lyme, avec une névralgie pudendale... Elle s'est fait traitée de folle par tout le corps médical, on lui a posé le diagnostic de borderline... Mais quand on prend le temps de regarder à son histoire familiale, il y a de quoi péter une durite! Et dans son histoire, elle avait arrêté de grandir, à l'âge de trois ou cinq mois, pendant un certain temps ; et grâce à une levée d'amnésie, on s'est rendu compte qu'elle s'était faite violée par ses grands-parents. Les souvenirs étaient flous, les deux grands-parents étaient présents, et elle a ressenti les sensations physiques de ce moment-là, quand elle était bébé : et immédiatement, on a transformé la scène : il fallait sauver ce bébé et elle-adulte s'en est chargée personnellement. Elle s'est donc auto-sauvée. C'était une séance hyper touchante. Donc elle-adulte a sauvé le elle-bébé ; l'a mise en sécurité ; et une fois que était fait, avec la colère que ça avait suscité en elle, a dézingué ses grands-parents ; elle a brulé la maison ; elle a brulé les grands-parents avec... Elle a fit un

travail énorme. Et puis, en plus de ça, il y a eu un travail sur d'autres événements traumatiques. A cette période, il faut savoir que son immunité était très faible ; et après avoir traité ces souvenirs, les médecins ont constaté un regain soudain d'immunité, sans qu'aucun traitement médical n'intervienne, puisque personne ne la prenait en charge.

Q- Donc, le seul facteur thérapeutique important était le travail effectué en PTR?

R-

Oui. Cela dit, ce suivi était assez long quand même, toute proportion gardée, car c'était des séances de 45 minutes uniquement, à raison de 1 fois toutes les deux semaines... Et elle venait de loin... Ca a duré un bon 6 mois, et puis ça allait beaucoup mieux pour elle. Il ne lui restait vraiment plus que les séquelles physiques de la maladie de Lyme, mais beaucoup moins fortes que quand elle était arrivée. Et comme on n'avait plus grand chose à traiter ensemble, on a clôturé le suivi, et je ne l'ai plus revue depuis, donc j'imagine qu'elle se porte bien.

Q- Du coup, ça a été un accompagnement de combien séances, diriez-vous?

R- Je pense qu'on peut estimer ça à 10 à 12 séances de 45 minutes, plus ou moins.

Q- Et ça a été assez pour remarquer un changement chez cette personne?

R-

Oui, j'ai vu un changement énorme, et elle aussi : dans sa vie sexuelle, dans sa vie de tous les jours, dans son hyper-vigilance qui s'était assoupli, etc. Il y avait énormément de choses qui allaient de mieux en mieux.

Q- Et comment percevez-vous que l'outil de la PTR est efficace?

R- Parce qu'on le voit dans le corps des gens, entre le moment où ils viennent te voir et la fin de la thérapie. Il arrivent généralement tout crispé, tout tendu, pas à l'aise... et puis, au fur et à mesure, ça va se détendre. Mais je leur demande directement : comment ils se sentent, comment ça se passe pour eux? Et bien souvent, il y a une diminution des cauchemars, des flashbacks, etc. Il y a des personnes qui pensaient à leurs traumatismes en permanence et qui n'y pensent plus, ou doivent faire un effort pour y penser alors que cela s'imposait spontanément à eux avant...

Je pense ici à l'une de mes patiente qui avait subi des violences d'un ex-compagnon, violences sexuelles aussi. Puis on a travaillé ça selon toujours le même modus opérandi : on redonne le contrôle à la patiente ; elle emploie la colère qu'elle ressent pour le dézinguer ; elle s'en débarrasse super loin d'elle... Dans son cas, comme certaines

violences avaient eu lieu dans une rue proche de chez ses parents, elle ne retournait plus dans ce quartier depuis 8 ans, ou en tout cas elle évitait totalement la rue : on a été travailler ça. Et 1 ou 2 semaines plus tard, elle est physiquement retournée dans cette rue-là pour faire le teste : elle m'avait dit « Je veux voir comment je me sens maintenant parce que, à chaque fois que je m'approche de cette rue, j'ai des crises d'angoisse que je ne contrôle pas ». On avait donc fixé un rdv très rapproché avec son essai, au cas où : et elle m'a dit « bah ,finalement, c'est comme si je passait dans une rue normale quoi! Ca ne m'a absolument rien fait. C'était totalement OK. J'ai redécouvert la rue. Je savais très bien ce que s'y était passé, mais émotionnellement, c'était tout à fait OK. »

Q- Utilisez-vous un outil pour objectiver de tels changements que vous constatez auprès de patients? Comment faites-vous pour comprendre que ce qui leur posait problème a diminué?

R- Déjà lors de l'anamnèse, je leur demande ce qui les embête ; je pose beaucoup de questions pour investiguer d'éventuels symptômes autour du PTSD ; je leur demande comment est leur sommeil ; l'appétit ; les pensées intrusives s'il y en a ; l'hyper-vigilance dans la rue... Parfois, dans la rue, ils peuvent croiser des gens qui peuvent ressembler à leur agresseur et guetter tous les hommes qui vont croiser leur chemin... Et après le travail en PTR, quand ils disent qu'ils se sont baladé au centre-ville dans la foule sans aucune anxiété ni stress, bah on comprend que ça semble aller mieux pour eux. Ils se ré-exposent, dans la vie de tous les jours, à des choses qu'ils en faisaient pas avant, qu'ils évitaient systématiquement au point de les handicaper au quotidien... Comme des gens qui sursautaient dès qu'il y avait une grosse voix... Et maintenant, il peuvent se réinvestir pleinement dans la vie de tous les jours sans ressentir ces craintes-là, en tout cas beaucoup moins : là on sait qu'on est parvenu à agir.

Q- Et quel aspect de la PTR lui est particulière? Quels sont les points forts de cette méthode?

R- Le fait qu'il s'agisse de co-construction avec le patient, qu'on ne lui impose rien ; que le patient reste actif, du coup même un patient TDAH peut totalement suivre ; il y a beaucoup de douceur car on respecte ses défenses et on les renforce ; le protocole n'est pas rigide, c'est complètement adapté au patient, c'est un accompagnement sur mesure, on garde le guide méthodique en tête mais chaque petite nuance est apportée en fonction des besoins du patient, à ce qui va lui convenir ; la rapidité de la PTR, ça ne demande pas énormément de séances ; et que de ce fait, au niveau du coup du traitement traumatique, c'est bien moins cher qu'une psychanalyse pendant 10 ans ou qu'une psychothérapie classique (maintenant, s'il y a d'autres problématiques, ça se rajoute à l'accompagnement aussi).

Q- Depuis le premier rdv jusqu'au dernier, quand elle se sent sur la voie de la guérison et peut repartir?

R- Depuis l'anamnèse jusque l'apaisement du vécu traumatique, je dirais en moyenne 6 ou 7 séances de 45 minutes... On peut grossir le trait jusque 10 séances en fonction du nombre de traumas à travailler, mais en travail du trauma uniquement, je dirais une moyenne de 6 ou 7 séances. Et dans des cas hyper-complexes, il peut y en avoir plus mais ça n'est pas le trauma sexuel qui prend du temps à traiter : c'est le trauma sexuel, puis ensuite le trauma de la relation violente avec le père, par exemple, etc. C'est le traitement de tous les sujets qui sont liés à la problématique et les symptômes, mais plus focalisé sur ces autres sujets. Le travail d'un même sujet ou événement traumatique ne prend pas beaucoup de temps en PTR, il faut parfois 4 séances, et encore ça dépend, parfois en 1 seule séance de 45 minutes, c'est traité...

Q- Cette enquête ici a pour objectif de dégager des facteurs de comparaison avec d'autres méthodes de traitement du trauma (sexuel en particulier), facteurs dont l'impact sur le bien-être pourraient être quantifiées dans des études, ultérieurement. Y aurait-il d'autres facteurs qui vous paraîtrait intéressant à étudier pour faire avancer la connaissance du le traitement du trauma sexuel?

R- On pourrait aussi souligner qu'en PTR, les patients ont une grande liberté. J'ai reçu notamment des patients qui avaient fait de l'EMDR à Brugmann et qui n'avaient pas du tout accroché. Peut-être que ça n'avait-il pas collé avec le praticien ou la praticienne en EMDR, mais ils me disaient « J'ai testé l'EMDR et ça ne marche pas du tout! », ou « Je ne suis pas réceptive! », donc avec qui ça n'avait pas pris.

Q- Avez-vous rencontré des gens qui n'étaient pas réceptifs à l'hypnose PTR?

R- J'ai reçu plein de gens qui me disaient « Pour moi, l'hypnose n'a jamais fonctionné », ce à quoi je réponds en leur expliquant que s'ils ont de l'imaginaire, s'ils ont des émotions, alors ils ont tout pour que la PTR fonctionne. Maintenant, c'est à condition de vouloir s'engager dans une co-construction de ce type et se sentir prêt à soulever des choses. Qu'avoir des protections, c'est fonctionnel et c'est confortable jusqu'à un certain point, mais que s'ils veulent avancer dans ce travail là, il va falloir regarder ce qui se cache derrière ces protections.

Q- D'accord. Je vous remercie beaucoup pour toutes ces précieuses informations et pour le temps que vous m'avez consacré.

R- Je vous en prie, j'espère que cela vous a aidé.

Q- Oui, merci beaucoup.

## ANNEXE n°5 : Retranscription d'interview n°4 : Diane

Q- Merci de prendre un peu de temps pour cet échange. Puis-je vous proposer de commencer par vous présenter ?

R- Alors, je suis donc diplômée en psycho depuis 2014, donc ça fait huit années aujourd'hui. Le temps file. Et donc en sortant l'université, je me suis focalisée rapidement sur l'attachement et sur le trauma parce qu'ils semblaient être vraiment les deux piliers pour aborder n'importe quelle situation clinique. Et donc, je me suis formée à l'EMDR, mais je n'ai pas pratiqué tout de suite parce que j'étais tellement jeune clinicienne qu'en fait, cette technique m'a fait peur. Mais, par contre, j'ai trouvé ça hyper intéressant et ça a vraiment forgé mon mon départ dans la clinique. Mais la technique en elle-même m'a fait peur parce qu'elle est assez compliquée à mettre en place donc j'avais vraiment besoin d'asseoir un peu ma clinique avant de pratiquer ça. Donc, j'ai quand même pratiqué sans l'EMDR pendant un petit temps.

Entre-temps, j'ai suivi des formations sur l'attachement, et j'ai été engagée à l'université dans un service de psycho de l'enfant qui était bien spécialisé dans l'attachement : donc j'ai beaucoup appris à ce niveau-là.

Puis, est arrivé le moment où j'ai eu l'occasion de faire la formation en PTR : qui a complètement révolutionné ma vie, mais aussi celle des personnes que j'accompagnais, donc ma pratique clinique, parce que vraiment un outil complètement formidable!

Et puis, après un an et demi, j'ai donné un jour de formation, après quoi on m'a proposé de devenir formatrice, ce qui m'a permis d'approfondir vraiment les connaissances, ce qui fait qu'aujourd'hui, j'en suis à un niveau de maîtrise de la PTR qui est vraiment super confortable et qui est très très très chouette. C'est complètement intégré à ma pratique clinique.

Q- Aujourd'hui, combien d'années de pratique clinique avez-vous à votre actif?

R- J'ai commencé à travailler en mars 2015, donc quelques mois après le diplôme. Donc j'ai commencé à travailler en tant qu'indépendante totale en mars 2015. Je n'avait pas encore suivi la formation en EMDR. J'ai commencé à travailler à l'université en octobre 2015 : plutôt autour de l'attachement, etc. Et puis, j'ai travaillé dans une structure spécialisée en attachement, adoption, etc. Et j'ai fait la formation en EMDR, avec plusieurs personnes qui travaillaient là-bas, en janvier 2016, je crois. Et la formation en PTR, je l'ai faite en 2019.

Q- Ce qui a « révolutionné » votre pratique, comme vous dites ?

R- Oui.

Q- Qu'est-ce qui vous intéressait particulièrement dans le traitement du trauma psychique?

R- En fait, je l'ai expérimenté... en fait, ce qui est très important et qui a tout déterminé pour moi : c'est qu'en revenant d'Erasmus en première année de master, j'ai traversé une passe assez difficile qui m'a motivée à aller consulter un psychologue. Ce psy était formé au trauma et a été vraiment génial. C'est surtout ça qui a révolutionné tout à la base. Il pratiquait l'EMDR. Et donc, j'ai d'abord reçu l'EMDR comme patiente. Et ce thérapeute m'a beaucoup, beaucoup, beaucoup inspirée, en même temps qu'il m'a aidée à réparer plein de choses. Il m'a aussi beaucoup inspirée dans sa pratique, de par son éthique de travail, de par son humanité, sa compétence. Et donc, voir ce que c'était que d'être formé au trauma, et de sentir la différence que ça faisait concrètement comme patiente, ça m'a vraiment beaucoup inspirée. Et donc, quand je suis arrivée dans cette institution spécialisée dans l'attachement, l'adoption, etc. je rencontrais des enfants qui avaient été adoptés et qui avaient donc vécu un trauma puisqu'ils ont été abandonnés d'une manière ou d'une autre ; il y avait, en tout cas, un événement potentiellement traumatique. C'était donc dans les critères de l'emploi de se former au trauma à un moment donné. Donc, c'est venu confirmer ce que je voulais déjà faire à la base, grâce à la thérapie que j'avais moi-même suivie avec ce thérapeute. Et comme c'était requis par le poste, j'ai donc suivi le mouvement, et ça me convenait très très bien puisque ça correspondait à ce je souhaitais faire. Et puis, après, ça s'est simplement confirmé avec la pratique clinique, où en fait vraiment la lecture traumatique (qui n'est pas suffisante dans la formation en PTR mais qui est bien documentée dans la formation en EMDR) a complètement explosé ma manière de voir les choses parce que c'est hyper utile. Cette manière de voir là, cette lecture traumatique éclaire quasiment toutes les psychopathologies et ça humanise aussi beaucoup les soins. Donc c'est ça qui m'a amené vers ce champ clinique particulier et qui me pousse à approfondir encore ça aujourd'hui.

Q- A quel point de vue est-ce davantage documenté en EMDR comparé à la formation en PTR?

R- En EMDR, on ne travaille pas uniquement sur la technique du traitement du trauma, mais on travaille en plusieurs phases. En dehors de la PTR, la traumatologie fonctionne généralement en plusieurs phases. Ça commence par une phase de stabilisation avant de commencer le travail des traumas. Et puis une phase de consolidation des ressources et de préparation de l'après. En PTR, on ne se focalise pas sur ce temps de stabilisation du patient, alors qu'en EMDR ou en d'autres formations en traumatologie, on insiste beaucoup dessus, on y passe beaucoup de temps.

Concrètement, il arrive que des patients traumatisés viennent nous voir alors qu'ils sont complètement sans dessus dessous : il n'y a pas d'organisation dans leur quotidien ; ils sont dissociés à plein de moments ; ils sont distraits ; ils oublient des choses ; ils ont de grosses crises d'anxiété ou d'angoisse ; etc. et ça les freine beaucoup dans leur quotidien.

Et la stabilisation vise à leur permettre d'augmenter leurs ressources, par exemple : avec de la psycho-éducation sur les émotions ; développer des techniques de respiration ; etc. donc pour augmenter leurs ressources de gestion / de régulation émotionnelle au quotidien, pour leur permettre d'entrer ensuite dans le travail du trauma de manière la plus sécurisante.

Sur le terrain, il ne s'agit pas de phases aussi distinctes que je ne le laisse entendre. Au sein d'un accompagnement, si je fais dix séances avec une personne, je vais peut-être commencer par là stabilisation pour ensuite travailler un peu le trauma, et puis revenir à de la stabilisation et parfois au cours d'une même séance... mais c'est un petit peu ça, l'idée, concrètement : c'est augmenter les ressources de régulation émotionnelle, grosso modo.

Q- D'accord, merci. Comment mon enquête s'intéresse tout particulièrement au trauma sexuel : avez-vous remarqué, dans votre pratique clinique, certaines spécificités particulières au trauma sexuel (au niveau des symptômes, de la plainte, ou des besoins des personnes qui viennent consulter) ?

R- Ca me touche particulièrement, dans le sens où : je trouve que le trauma sexuel détruit complètement les gens. Ce que je raconte ici est fondé sur mes observations cliniques : c'est comme si ces gens avaient un train de retard dans leur processus de sécurisation parce que les abus sexuels sont tellement effrayants et c'est tellement intrusif, et plus ça arrive tôt dans le développement, au pire c'est dans les conséquences. Je trouve vraiment que « ça fout vraiment les gens en l'air »... Et je trouve que tous les psychologues ne sont pas encore suffisamment équipés et que c'est pas encore suffisamment connu pour que ça soit réparé suffisamment rapidement. Heureusement, c'est en train de changer, mais l'observation que je fais, c'est que j'ai l'impression vraiment que ça fout en l'air les gens d'une manière différente que dans une forme de maltraitance où les gens se font taper dessus, par exemple. Il y a vraiment une importante et profonde insécurité dans la construction de soi. C'est mon impression en tout cas.

Q- Et sous quelle forme avez-vous l'impression que cela se manifeste? Quelle sorte de symptôme apparaît chez ces gens victime de violence sexuelle ?

R- Mh... Anxiété ; angoisse ; et surtout soumission, en fait. Selon l'impression que j'en ai (et je sais pas si on peut vraiment généraliser), les personnes qui ont été victimes de d'abus sexuels (de quelque ordre que ce soit) ont appris à se soumettre, parce qu'il y a une *intrusion tellement forte*, un *non-respect de l'intégrité de l'autre*, une *déshumanisation*, etc. C'est quelque chose de tellement puissant, qu'ils n'ont pas eu le choix : ils ont appris à se soumettre pour survivre. Donc dans la relation thérapeutique, je peux parfois sentir ce côté profondément insécurisé, et de mise en position de soumission rapide parce que c'est la stratégie qu'ils ont dû adopter et systématiser pour survivre. Chose qui les a touchés directement dans leur intégrité.

Q- Le trauma sexuel vient toucher les victimes dans leur intégrité physique et émotionnelle, si je vous comprend bien?

R- Oui, complètement!

Q- Et pour accompagner ça, il existe plusieurs approches, dont l'EMDR. Pourriez-vous m'expliquer ce dont il s'agit et en quoi cela consiste?

R- Oui. Donc la technique, qui a donné son nom à cette méthode, c'est la Reprogrammation et la Désensibilisation par le Mouvement des Yeux [Eye Movements Desensitization and Reprocessing].

L'idée est de reproduire les mouvements oculaires rapides qui ont lieu pendant le sommeil en phase REM, en sommeil paradoxal, pour aider le retraitement des souvenirs traumatiques. Il est question d'aider la personne à remobiliser un souvenir traumatique.

Et quand elle y accède à nouveau, on va solliciter des mouvements alternatifs bilatéraux des yeux, ou des tapotement sur le corps. L'idée, c'est d'alterner entre des stimuli à droite et à gauche pour stimuler le cerveau de manière bilatérale, donc les deux hémisphères.

Et donc, pendant que la personne revoit le trauma, ces stimulations permettent de créer une attention divisée. L'attention se focalise sur les sensations corporelles ou le mouvement de la main du thérapeute devant les yeux, en même temps qu'elle revoit le souvenir traumatique : ce qui permet déjà de décharger au niveau émotionnel puisque on n'a pas toute l'attention focalisée sur le souvenir traumatique.

Concrètement, une fois que la personne a accès à son souvenir traumatique (ce qui demande un petit travail préparatoire), on fait confiance au processus naturel de traitement des souvenirs du trauma subit [cf. PAAT en PTR], qu'on va faciliter avec les mouvements alternatifs et qu'on va ré-accompagner. Et donc, on va faire des mouvements pendant une vingtaine de secondes, voir ce qui est là pour la personne et puis repartir sur des mouvements à nouveau, et on fait ça jusqu'à ce qu'on puisse s'arrêter deux fois et qu'à chaque fois la personne puisse exprimer quelque chose de positif : qu'il n'y a plus de peur, par exemple, ou qu'elle dise « là, je suis apaisé », ou ce genre de chose...

Q- D'accord. Et si j'ai bien compris, l'EMDR prévoit de considérer simultanément les images de l'événement traumatique, les croyances limitantes de la personne et les nouvelles croyances qui visent à les supplanter?

R- Alors là, il s'agit de la phase de préparation de la séance en EMDR, dans laquelle on fait ce qu'on appelle un plan de ciblage. C'est vraiment pour préciser sur quelle cible on va travailler Et comme le but, c'est d'intégrer, donc de réunir les différentes modalités sensorielles, cognitives, etc., on va vraiment cibler : « pour ce souvenir-là, tiens, quelles sont

les sensations physiques? Quelle est l'image qui représente le souvenir? Quelles sont les modalités sensorielles associées ? Et quelle est la cognition négative associée à cela? »

On sait que quand il y a traumatisation, on développe des cognitions négatives sur soi et le monde. Ces cognitions-là, dues au trauma, on peut les changer. Ca peut être de l'ordre de l'estime de soi, comme « je ne suis qu'une merde! », ou de l'ordre de « Je vais mourir, je suis en insécurité, etc. » Ce genre de choses. Une fois que c'est clair, on va choisir ce à quoi la personne voudrait arriver, ce qu'elle préférerait penser ou croire à propos de cette situation-là, les cognitions positives qu'elle souhaite. On va également vérifier le niveau d'activation de la personne, ce qu'on appelle un « SUD » avant de commencer le travail. « Ce souvenir-là, il vous active/dérange/perturbe à combien sur une échelle de un à dix? » Et on vérifie aussi le « VOC », c'est à dire le niveau le niveau de conviction de la personne en sa croyance négative. Cela donne une ligne de base avant le traitement, à laquelle sera comparée le VOC et SUD à la fin du traitement.

Bon, il me faut préciser que l'enseignement de l'EMDR est organisé en deux niveaux. Moi, je ne suis formé en EMDR qu'au premier niveau, tant pour les enfants que pour les adultes. Cela signifie que j'ai appris le protocole de base de l'EMDR. J'imagine que des personnes formées entièrement à l'EMDR pourront compléter avec des informations plus complexes que les miennes.

Q- J'en prends bonnes notes, merci. Quels sont les particularités ou les avantages de l'EMDR dans la clinique du trauma sexuel, selon vous?

R- Alors, comme j'ai été formée en PTR peu de temps après l'EMDR, j'ai laissé l'EMDR de côté pendant tout un temps. La PTR est beaucoup plus simple d'emploi. J'ai commencé à allier les deux méthodes quand j'étais plus à l'aise avec la PTR. La PTR est facile à mettre en place, contrairement à l'EMDR. Par exemple, au début de ma pratique clinique, quand je proposais à des adolescents de suivre mes doigts, dans des mouvements oculaires en oscillations alternées, je me sentais stupide... alors qu'il y a moyen de le faire, c'est juste moi qui n'était pas à l'aise avec ça. La PTR, c'est une conversation, donc c'est beaucoup plus naturel à mettre en place. En mobilisant la PTR, ça m'a motivée à compléter avec des techniques d'EMDR.

J'ai surtout reçu des cas de traumatismes sexuels, en particulier, lorsque j'ai pratiqué la PTR. A noter que je n'ai pas de manière spécifique de travailler avec les traumatismes sexuels qu'avec les autres types de traumatismes. Donc, dans la prise en charge, je vais travailler la stabilisation de la personne, travailler en renforcement, aller chercher les souvenirs traumatiques... Et quand je travaille en PTR, il m'arrive aussi de coupler avec les mouvements oculaires alternatifs pour soutenir et accélérer le processus. Les personnes ont les yeux fermés si je tapote, ou ils suivent mes doigts, et j'adapte la PTR à cela. La PTR et l'EMDR sont donc compatibles.

Dans mon vécu de patiente (en plus de l'avoir observé chez les personnes que j'ai accompagnées), j'ai apprécié ce qu'apporte la proximité physique avec l'EMDR. C'est une bonne occasion de demander le consentement, de questionner sur la zone de confort de la personne. Et quand le consentement est donné et que la confiance est suffisante avec le thérapeute, le fait qu'il se rapproche procure un grand soulagement quand on revit des choses compliquées. Cela provient aussi des principes de l'attachement, qui disent que lorsqu'on est en détresse, se rapprocher d'une figure d'attachement (et le thérapeute peut devenir une figure d'attachement éventuelle pour la personne) est rassurante. La proximité physique avec la figure d'attachement est rassurante.

La PTR ne propose pas explicitement un rapprochement physique, alors qu'en EMDR, inciter aux mouvements oculaires nécessite qu'on se rapproche, avec ou sans contact physique, et peut augmenter le sentiment de sécurité de la personne. En cela, ces deux méthodes se complètent très bien. C'est l'EMDR qui m'a donné l'idée qu'un rapprochement physique pouvait être intéressant pour rassurer le patient, comme médiateur de renforcement de la relation.

Pour le trauma sexuel, spécifiquement, je pense qu'il est extrêmement important de re-travailler le consentement et les limites corporelles. Cela participe au ré-appropriation de son propre corps par la personne.

Q- Vous travaillez le consentement et la limite corporelle de manière explicite, en tant qu'objet, ou cela se pose dans les modalités de la relation thérapeutique?

R- Les deux. Mais c'est aussi bête que de demander, quand on se rapproche, « Est-ce que c'est OK pour vous? Est-ce que la distance vous convient? Préférez-vous que je m'éloigne / que je me rapproche? Et si jamais cela n'est plus OK, dites-le moi, n'hésitez pas! »

Et quand on traite les traumas, utiliser les douches purificatrices, qui sont spécifiques à la PTR, ça permet à la personne de se nettoyer de l'intérieur, donc se mettre en contact avec cet intérieur et se le ré-approprier. Dans le trauma sexuel chez les femmes (je n'ai pas encore eu le cas avec les hommes pénétrés de force par sodomie), on passe un certain temps dans leur vagin et utérus pour qu'elles se ré-approprient cet endroit qui leur appartient et qui à un moment n'a plus du tout été le leur tellement il a été effracté... Et donc on y reste un peu, on le décore à leur goût... Une spécificité du traitement du trauma sexuel est de leur permettre de se ré-approprier leur corps. Cela est particulièrement facile à faire avec la PTR.

Il y a plein de choses qui ont évolué et que je ne sais pas de l'EMDR, mais j'ai vraiment l'impression que la force de la PTR est d'identifier beaucoup plus rapidement les besoins de l'inconscient de la personne et y répondre plus facilement. Par exemple, le besoin de se nettoyer, de se ré-approprier l'intérieur de son corps, la PTR le permet très concrètement alors que l'EMDR n'en donne pas un accès aussi facile... En PTR, ça marche super bien!

L'imaginaire et la mémoire travaillent de concert pour permettre de répondre aux besoins de l'inconscient de manière créative, drôle et agréable. C'est un grand point fort de la PTR.

Q- Si je comprends bien, il y a une grande douceur dans l'accompagnement en PTR?

R- Alors c'est ce que préconise la PTR en théorie, mais cela dépend évidemment des gens, de la sensibilité particulière à chaque thérapeute. Si la personne est douce à la base, elle aura plutôt tendance à la pratiquer avec douceur, ce qui est préconisé en formation. Protéger la personne et être au plus proche de ses besoins inconscients pour l'accompagner avec émotions mais sans douleur, d'où la règle d'or « zéro douleur » en leitmotiv.

Q- Pourriez-vous m'expliquer en quoi consiste la PTR, en quelques mots?

R- La manière dont je présente la PTR en général aux patients commence par l'explication de ce qu'est l'hypnose, à savoir un phénomène naturel avec lequel nous sommes toutes et tous familiarisés, on l'emploie régulièrement sans même s'en rendre compte. Ce sont des états de conscience modifiée qu'on expérimente tous au quotidien. Par exemple, lorsqu'on fait un long trajet en voiture et qu'on est immergé dans nos pensées ; ou qu'on se fait des films sur telle ou telle situation. La PTR emploie cette ressource dont on dispose toutes et tous pour favoriser le traitement des souvenirs liés à des expériences de vie difficiles. J'explique que cet état de conscience modifié est le fruit de la mémoire et de l'imagination mélangées. Dans les expériences vécues et qui restent encore difficiles, ce qui pose problème n'est pas l'événement en soi mais l'enregistrement de cet événement. La PTR permet de changer cet enregistrement, donc d'en changer les émotions associées. C'est comme ça qu'on peut désensibiliser les traumatismes : en répondant aux besoins inconscients.

Bon, répondre à votre question de manière générique est compliqué pour moi car j'ai pour habitude de m'adapter fortement au niveau de connaissance de la personne en face de moi. La première chose que je fais est de lui demander ce qu'elle connaît de l'hypnose, puis nous co-construisons le savoir ensemble. Mais grosso-modo, ce sont les points clés que j'explique.

Mais j'essaie de passer rapidement à la pratique car j'observe que les gens ont besoin de savoir, mais les submerger d'informations ne leur est pas toujours utile. Ils ont plutôt besoin d'expérimenter. La PTR peut être théoriquement complexe, mais c'est surtout quelque chose que se vit. Il s'agit de fournir suffisamment d'informations pour que les gens soient sécurisés et n'aient pas l'impression de se lancer dans le vide, mais d'expérience, je sais que c'est beaucoup mieux de leur faire rapidement vivre. Juste leur dire « on va changer votre enregistrement émotionnel des souvenirs », ça ne leur parlera pas, ils n'ont jamais fait ça de leur vie.

Q- Pourriez-vous me partager des exemples d'accompagnements de gens qui vous ont consultés pour une problématique liée à un trauma sexuel? Si oui, quelle était la demande initiale,

R- Par exemple, j'ai reçu une jeune femme pour cela. A la base, elle venait pour ce type de problématique sur conseil d'une amie :

Elle avait subi des attouchements de la part d'un garçon plus âgé qu'elle, quand elle avait 8 ans et lui était adolescent. On a commencé là-dessus, mais avec d'abord une grosse période de stabilisation parce qu'il y avait d'autres choses. Quand elle est venue me voir, elle vivait alors des choses compliquées dans son quotidien. On a d'abord travaillé ça. Et puis, à un moment donné, on est remis les attouchements sur le tapis, je lui ai rappelé qu'elle venait pour cela initialement.

La raison pour laquelle je vous raconte ce cas-là, que je trouve intéressant, c'est qu'elle me dit : « Vous savez, en fait, ce qui me dérange le plus, c'est pas nécessairement ça... bien qu'on peut aller voir, c'est pas un soucis... Ce qui me dérange beaucoup, c'est surtout la période où mon père a eu une nouvelle femme », qui est devenue sa belle-mère. A l'époque, elle a été beaucoup maltraitée, elle n'avait même pas sa chambre, on ne lui donnait pas suffisamment à manger, etc. Donc, à la base, la demande concernait des traumatismes sexuels très concrets, des attouchements à l'âge de 8 ans, mais ce sur quoi elle a eu besoin de resserrer la focale était la maltraitance répétée de la part de sa belle-mère, qui continuait à la terroriser à l'heure où je la recevais.

Donc à la base, la demande peut porter sur ce type de problématique, mais en creusant et en accompagnant la personne, elle peut nous mener vers d'autres terrains. On ne sait jamais ce qui va sortir. Ca n'est pas ça qu'on a travaillé principalement au final, même si on a revisité les abus. Et quand on l'a fait, la charge émotionnelle n'était pas aussi importante que ce à quoi on aurait pu s'attendre a priori. Par contre, la maltraitance de la belle-mère l'activait énormément plus.

Avec cette personne, j'ai employé la PTR. Je l'emploie avec tout le monde depuis que je possède cet outil, même si la fréquence à laquelle je l'utilise varie en fonction de la demande des personnes.

Dès que je suis au téléphone, lors du premier contact avec les gens, je dis que je travaille avec l'hypnose PTR, comme ça ils savent. Et je leur explique que la première séance dure une heure et demi. Pendant la première séance, je fais l'anamnèse et je leur propose un bon moment pour qu'ils puissent expérimenter la technique PTR dans un moment agréable. Ca sur permet un avant gout du travail et ça me donne le champ libre pour la suite puisqu'ils l'ont déjà expérimenté quand on se penche sur ce qui les active émotionnellement.

C'est ce que j'ai fait avec cette patiente. Donc on a été visité plusieurs choses avant de visiter les abus qui faisaient l'objet initial de sa demande. C'est surtout la maltraitance de la belle-mère qui a pris le dessus. Donc on change ça, j'utilise la PTR pour modifier les souvenirs traumatiques. Et puis, il y a eu d'autres séances pour de l'augmentation de ses ressources, où elle a eu besoin de parler de ce qui se passait pour elle, parce qu'elle

n'avait pas de personne ressource autour d'elle qui aurait été capable d'assumer cette fonction-là. J'adaptait vraiment en fonction de ses besoins et de comment elle le sentait, elle.

Je pense que cet accompagnement a duré une dizaine de séances... Elle a même annulé la dernière séance, alors qu'on préparait une période durant laquelle je n'allais plus consulter temporairement, parce qu'elle m'a dit « ça travaille trop vite », « c'est trop puissant ce qu'on fait ensemble... moi, après, quand je sors d'ici, on a découvert des choses qu'il faut que je gère au quotidien. Et pour le moment, j'en ai assez à digérer pour encore un petit temps, donc je n'ai pas besoin de reprogrammer une séance pour l'instant. » Je trouve que ça exemplifie bien le fait qu'avec la PTR, on peut aller rapidement là où il faut, mais sans oublier le rythme du patient, et considérer qu'il est inscrit dans un système. C'est super de lever le voile sur des dysfonctionnements familiaux, et ce genre de choses, mais comme elle vivait encore chez sa mère avec son compagnon, lever des dysfonctionnements dans la relation avec sa mère empirait justement les relations quand elle rentrait chez elle.

Il faut impérativement écouter et respecter que la personne a bien compris que ça marchait bien, mais qu'elle avait besoin d'une pause.

Je pense que ça aurait pu continuer avec des séances de manière plus espacées si je n'avais pas arrêté les consultations temporairement. Mais voilà, le gros du travail a pris une dizaine de séances.

Q- Cela vous paraît représenter la moyenne de longueur de vos accompagnements?

R- De manière générale, j'ai l'impression qu'une dizaine de séance pour un accompagnement complet. Cependant, comme peuvent le proposer d'autres thérapeutes PTR qui ne se focalisent que sur le trauma pour lequel ils gens viennent les consulter, ça peut être beaucoup plus court. Moi, je ne travaille pas de la sorte puisque j'associe tout ce qui relève de la stabilisation, de l'augmentation des ressources. Donc, il y a des séances où on ne va pas du tout aller creuser dans les traumas, où on prend le temps de leur donner accès à des ressources pour qu'ils puissent faire autrement que ce qu'ils font d'habitude, pour que ce soit plus porteur pour eux au quotidien. Il en résulte que c'est moins rapide si on ne regarde qu'à la désensibilisation traumatique avec le PTR, mais on fait plein d'autres choses qui vont assurer que le travail en PTR soit durable et confortable au quotidien, ça favorise l'autonomie des personnes.

Pour moi, dans ma manière de pratiquer la thérapie, les deux sont indispensables et complémentaires.

Q- Dix séances, cela vous paraît-il beaucoup?

R- Non, pas du tout. Mais tout dépend de la problématique. Quand par exemple, les gens sont traumatisés complexes depuis longtemps, avec plein de problèmes qui se sont accumulés, etc. ça peut parfois prendre plus de temps.

J'ai aussi des personnes qui, malgré le fait que ça va globalement et qu'elles n'ont plus de traumas trop actifs, aiment bien continuer à venir tous les mois ou tous les mois et demi, comme pour une petite séance d'entretien, pour faire un petit checkup. Dans ce cas, c'est un signe comme quoi elles m'ont identifiée comme une personne ressource, comme une figure d'attachement dans un espace sécurisé, et qui leur permet de faire le point. C'est super aussi, mais cela signifie aussi que les suivis peuvent durer bien plus longtemps. Certains s'étalent sur de longues années.

Certains arrêtent de me contacter puis me recontactent à un autre moment, un peu comme chez un médecin généraliste face à une grosse maladie : on va le voir plusieurs fois de suite pour régler le gros du problème, puis plus quand ça va mieux. Mais pas contre, on sait qu'on peut le rappeler pour obtenir une consultation dès qu'il y a un problème.

Q- Selon vous, quels sont les avantages principaux de la PTR, si vous deviez la comparer à d'autres méthodes thérapeutiques?

R- En PTR, on peut explorer et travailler *avec* l'inconscient. L'état de conscience modifié se retrouve aussi en EMDR, par exemple, mais la PTR permet d'être beaucoup plus facilement dans le langage de l'inconscient, c'est ce qu'on nous apprend. Je trouve que c'est unique à la PTR. On suit beaucoup plus l'inconscient dans toutes ses possibilités créatives, sans limite. C'est un des gros gros avantages.

Et puis, ce que propose la formation, que je fais beaucoup même si ça n'est pas le cas de tous les thérapeutes, c'est de pouvoir introduire de l'humour : C'est thérapeutique d'une manière très impressionnante! La formation en EMDR n'aborde absolument pas ce point. Si le thérapeute est capable de l'utiliser, c'est chouette, mais c'est personnel. Tandis que la formation en PTR met l'accent sur l'emploi de l'humour pour, par exemple, ridiculiser des agresseurs dans un souvenirs terrorisants et permettre de diminuer la charge émotionnelle de peur. Dès que la personne voit son agresseur avec un tutu rose par dessus un string léopard, portant une palme à un pied et un talon aiguille à l'autre, ça fait quand même sacrément moins peur que la manière dont il s'est présenté à l'époque. C'est un point fort de la PTR, cet humour qui dédramatise beaucoup les traumas parce que sinon, si je compare à l'EMDR : une tendance des psychologues, influencés par l'université, est de "prendre en considération la souffrance des gens », avec gravité, c'est adopter un ton grave comme pour souligner qu'on a bien compris à quel point la souffrance est sérieuse, à quel point ça a été difficile. Alors, à un certain moment, je pense que c'est bien de pouvoir valider les émotions que les gens ont traversées, par contre, ce ton grave amplifie la gravité de la situation alors que je pense que les gens ont besoin de légèreté par rapport à ça. Toutes les occasions où j'ai utilisé l'humour dans ma vie professionnelle ou privée, je remarque que ça fait plus de bien que quand on martèle

que « oh oui! qu'est-ce que ça a du être difficile! Mon dieu! » Alors qu'amplifier à l'extrême le ressenti de la personne, amener une certaine dérision dans cette exagération permet d'introduire beaucoup de légèreté dans une problématique qui est déjà suffisamment lourde pour la personne. Il n'y a pas besoin d'en rajouter.

C'est la position paradoxale que la PTR enseigne aussi, en s'inspirant de la thérapie brève de Palo Alto, qui renforce l'efficacité de la technique PTR. Quand on pousse le curseur de manière clairement exagérée pour souligner parfois l'absurde de ce qui se joue pour le patient. Ca permet des réalisations parfois importante pour la personne.

Q- Vous m'aviez confié que vous aviez testé la PTR et l'EMDR en tant que patiente. Sentez-vous libre de ne pas répondre si mes questions deviennent trop personnelles, mais accepteriez-vous de m'expliquer les raisons pour lesquelles vous vous êtes tournée vers ces approches thérapeutiques?

R- Pour l'EMDR, ça n'a pas été un choix orienté par la technique, parce que j'ai choisi le thérapeute. Je ne savais pas trop comment trouver un psychologue, je me suis rendue sur un annuaire en ligne : sa tête me revenait bien et sa description me semblait sérieuse. Donc je l'ai contacté sans savoir que j'allais faire de l'EMDR, ce n'est qu'au fur et à mesure des séances qu'il m'a préparée à employer cette technique-là.

Ensuite, quand j'ai suivi la formation PTR, il y a eu plein de choses que j'ai intégré, que j'ai revu de moi, à certains moments, on est même en état de conscience modifiée, et on a accès à certaines parties et on se dit « Wow! » avec des choses qui nous re-pète au visage, ce qui arrive à la plupart des participants en formation PTR, dont j'ai fait partie. Ca m'a donné l'envie de retourner travailler ça, mais en PTR cette fois-ci. Parce que je sentais qu'il y avait une liberté et une efficacité un peu plus grande.

D'abord, j'ai contacté une psychologue qui pratiquait la PTR, mais ça ne s'est pas bien passé. Nous avons fait deux séances, mais lors de cette deuxième séance, elle était sur son téléphone et ne m'écoutait pas. Donc, à cause de cette inadéquation relationnelle, j'ai cessé d'y aller, mais du coup mes traumas n'étaient pas vraiment réglés.

Après cela, j'ai attendu de sentir quelqu'un qui pratique la PTR et vers qui je me tournerais, et c'est le cas aujourd'hui. Ca fonctionne super bien!

Au delà de la technique, c'est la qualité de la relation qui est super importante! C'est écrit dans tous les bouquins de psychologie, mais d'avoir pu l'expérimenter m'a ouvert les yeux. La psy qui était sur son téléphone avait la technique mais n'était pas capable d'installer un cadre de travail sécurisé et d'être suffisamment présente que pour pouvoir m'accompagner, et ça n'a pas fonctionné. On a beau avoir la technique, si on n'est pas capable d'installer un cadre sécurisant, ça ne fonctionnera pas!

Q- Lorsque vous avez été accompagnée en EMDR, qu'est-ce que cette technique vous a apporté?

R- De manière générale, l'EMDR a amené une diminution de la charge émotionnelle.

Pour moi, je ressentais les traumatismes comme plein de choses qui sont à l'intérieur de soi, qui ne sont pas liés au présent mais qui continuaient à me perturber au présent, qui perturbent toujours aujourd'hui. Et on ne parvient pas à être présent, pleinement en contact avec la vie actuelle parce qu'il y a plein de trucs en bordel monstre (sic) à l'intérieur de soi.

Pour moi, le traitement du trauma, c'est comme si on vidait petit à petit ce sac à dos qu'on porte depuis longtemps, qui est hyper lourd. On sent qu'on n'en a plus besoin et pourtant on ne parvient pas à s'en débarrasser toute seule. Il s'agit de retirer une pierre à la fois de ce sac à dos.

Depuis que je pratique ce type de thérapie, j'expérimente une façon de vivre que je n'aurais jamais pensé possible. Et la liste est longue comme des dizaines de bras les uns après les autres : par exemple, avant, c'était un sentiment d'insécurité quasi permanent, de l'anxiété très forte, qui menaient à de l'évitement, à ne pas avoir confiance en les gens... Je me rappellerai toujours ce que mon thérapeute m'avait dit très tôt, il m'avait demandé « à quoi est-ce que vous verrez concrètement dans votre quotidien que vous êtes en chemin pour aller mieux? » Et je me rappelle lui répondre « quand je n'aurai plus envie de rentrer chez moi en courant à chaque fois que je sors ou que je vais quelque part. » C'était vraiment mon quotidien à l'époque. Et je me revois aujourd'hui comme un petit animal blessé qui prend sur elle pour subir la vie qu'elle doit vivre, pour faire des études, parce qu'il faut trouver un travail, etc. mais vraiment, c'était l'enfer! C'était une insécurité quasi-permanente. Ça n'était vraiment pas agréable dans les relations avec les autres, pas agréable dans la relation avec mon corps. Plein de choses comme ça.

La différence avec aujourd'hui est énorme : je ne suis plus activée tout le temps, je suis connectée à mes sensations corporelles et mes émotions, ce qui m'aide à faire des choix dans la vie tout le temps. Je sais maintenant mettre des limites, je sais prioriser, je sais me concentrer, etc.

Q- Ressentez-vous une différence entre ce que l'EMDR et la PTR vous ont apportée?

R- Oui, j'ai l'impression qu'il y a eu des différences. Mais j'ai l'impression que je n'aurais pas voulu faire différemment. Déjà, ça m'a appris plein de trucs d'un point de vue professionnel, c'est très clair, et même si je n'avais pas été psy. Mais j'avais besoin de rencontrer ce premier psy, qui était un homme, et dans mon histoire par rapport à mon père, il était important que le psy soit un homme pour me permettre de réparer ma confiance et mon lien d'attachement aux hommes. Ça n'est pas dû tant la technique qu'à ce qu'il a pu mettre en place autour, comme la fiabilité, le respect, l'écoute, la validation émotionnelle en

permanence... Si ça avait été un autre praticien en PTR qui se focalisait directement sur la recherche du trauma et qui aurait foncé vers ça immédiatement, sans se préoccuper du reste, ça ne m'aurait pas convenu. J'aurais été complètement perdue et éclatée, parce que j'avais besoin qu'on m'apprenne à me sécuriser et qu'on m'apprenne à expérimenter mes émotions, à les lire, à les comprendre et à les vivre de manière sécurisée. Comme il avait l'outil de l'EMDR, on a beaucoup travaillé les traumas de l'époque, mais avec la PTR, j'ai l'impression que c'est vraiment plus « sharp », plus précis, plus en profondeur : on va beaucoup plus vite dézinguer le bazar (sic), une fois que la préparation autour a été établie. Une fois que c'est fait, c'est beaucoup plus rapide, j'ai l'impression, beaucoup plus efficace.

Q- Si je comprends bien ce que vous me dites : cela dépend vraiment de là où vous en êtes en tant que patiente, et qu'une fois que vous êtes prête, sécurisée et en confiance, c'est là que la PTR est particulièrement plus efficace et rapide?

R- Ca reflète bien ce que je dis. Mais je parle d'une position privilégiée où j'ai expérimenté la place de patiente, de praticienne EMDR et PTR... avec le recul, je peux dire que cela me convient bien. Mais les personnes lambda, qui ne sont ni formées ni du métier, elle n'ont aucun moyen de savoir si elles sont prêtes ou pas, d'ailleurs ça n'est pas à elles de le savoir, c'est le rôle du thérapeute qui connaît son truc.

Il y a des gens qui auront envie de directement dézinguer le trauma de manière rapide et frontale, parce que c'est comme cela qu'elle fonctionnent dans le quotidien... Et notre rôle de thérapeute va être d'aller à contre-courant pour les protéger parce que cette manière de faire les met en échec dans le quotidien, spontanément. C'est pour ça qu'on ne peut pas faire confiance aux gens pour sentir s'ils sont prêt pour ci ou pour ça, ça n'est pas leur rôle de l'évaluer, tout simplement.

Q- En tant que praticienne en PTR qui entreprend des recherches scientifiques, vous savez sans doute que la PTR n'est pas du tout représentée dans la littérature scientifique jusqu'à ce jour : quels seraient les facteurs quantitatifs ou qualitatifs de plus-value de la PTR dans le traitement du trauma sexuel que vous trouveriez intéressant d'investiguer par la recherche?

R- Il y a plein de choses intéressantes à faire avec la PTR. Du point de vue de son fonctionnement, l'hypnose est déjà étudiée scientifiquement, et ça commence à se développer notamment dans la recherche médicale pour les interventions sans douleurs... Donc faire des recherches sur les mécanismes du fonctionnement de la PTR me paraît évident. Et puis faire des liens avec les connaissances du cerveau, la neuro-physiologie, la neuro-biologie, etc.

Pour ce qui est de la recherche sur l'efficacité de la PTR, ça me paraît compliqué parce que cela suppose d'avoir accès au champ d'action de la méthode, et comme cela se situe dans l'inconscient... L'EMDR rencontre le même problème : il y a plusieurs recherches déjà à son

actif, mais sans être validé totalement à ma connaissance. La question porte sur les protocoles de recherche à mettre en place, la manière d'évaluer si ça fonctionne ou pas...

Je sais qu'un facteur qu'on va retrouver de manière certaine, c'est la qualité de la relation, et non spécifiquement la technique, parce qu'il y aura plein de patients qui ne parviendront pas à régler leur problème parce que la relation propice à cela n'est pas en place, aussi volontaire que soit le PTRiste. Si la sécurisation n'est pas là, l'inconscient ne se sent pas en sécurité et il n'ira pas sur un terrain traumatique. Cela ne dit rien du fonctionnement de la PTR, c'est un défaut de sécurisation.

Q- Pensez-vous qu'au delà d'une quantification symptomatique (avec la grille de Palo Alto, par exemple), une manière de simplifier le modèle qui sous-tend la recherche sur l'efficacité de la PTR serait de s'intéresser au temps dont les patients ont besoin pour se sentir reparti dans quelque chose de plus vital, qu'ils sont sur le chemin pour aller mieux?

R- De mon point de vue, ça serait un biais de quantitativiste que de s'intéresser au nombre de séances nécessaires. Ma thèse est qualitative et se dire qu'on fait du qualitatif ou ouvrir sur du quantitatif est une défense qu'on apprend parce que la recherche qualitative n'est pas suffisamment valorisée. Or je pense que le qualitatif peut être fait pour la qualitatif et pas juste pour servir le quantitatif. Au lieu de se pencher sur le nombre de séances qu'il faut, il faudrait rencontrer les gens et leur demander comment évolue leur niveau de perturbation d'une séance à l'autre, sur une échelle de un à dix, par exemple.

Avec ma thérapeute, on avait fait la grille des symptômes de Palo Alto il y a quatre ou cinq séances et on s'est dit qu'il était intéressant de réévaluer ce qui se passe pour moi aujourd'hui avec cette grille. Et tout avait diminué! Plusieurs indices étaient passé de huit à deux, par exemple.

Ca c'est du quantitatif-qualitatif intéressant, par exemple. Mais le nombre de séance, de manière décontextualisée, ne veut rien dire. Ca dépend de plein de choses. Et le nombre de séance ne permettra pas, selon moi, de cerner l'efficacité de la PTR.

Par exemple, la PTR fonctionne, mais la personne qui est venue me voir dix fois avant d'arrêter ne l'a pas fait parce que ça ne marche pas, c'est parce que ça va trop vite

Et avec du quantitatif qui ne prend en compte que le nombre de séances, on n'a pas accès à ces informations-là.

Q- Ma réflexion autour du nombre de séance émane du fait que se lancer dans une thérapie représente un budget non-négligeable. Et la question des remboursements dépendent de la visibilité de la méthode par les structures qui organisent les soins de santé mentales, me semble-t-il. Et les facteurs d'efficacité en terme de temps me paraissaient représenter des arguments qui parlent à ces structures de santé publique, ne serait-ce que de manière

pécuniaire. Du coup, serait-ce si contre-productif de les inclure dans les recherches si cela invite plus de financement de la recherche dans de nouvelles méthodes comme la PTR?

R- Je trouve ça très juste, même si je le déplore. Les arguments quantitatifs sont plus valorisés que le qualitatif, bien qu'il existe aujourd'hui des méthodes qualitatives comme la GTM (méthode par théorisation ancrée, en français) pour produire ce genre d'argumentaire pour convaincre les pouvoirs politiques.

Bien entendu, le meilleur des arguments, c'est de le vivre soi-même, mais malheureusement, on n'aura jamais les personnes qui décident en séances, donc ça sera compliqué.

Une fois qu'on est convaincu soi-même, les gens voient que leur thérapeute l'est, mais en plus les gens sont contents de te payer parce que le travail qui est fait est juste dingue. Il y a vraiment un mieux-être chez eux, ça a de la valeur pour eux et ils sont prêts à payer pour ça. Par contre, ce ne sont pas eux qu'il faut convaincre, mais bien les personnes au dessus... mais à cela, je n'ai pas encore la solution.

Q- Je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps pour mes questions.

R- Je vous en prie, avec plaisir.

## ANNEXE n°6 : Retranscription d'interview n°5 : Gilles

Q- Pouvez-vous m'expliquer la raison qui vous a mené à la recherche d'une aide psychothérapeutique?

R- Tout d'abord, mes parents se sont séparés lorsque j'étais très jeune, je devais avoir 6 ou 7 ans. Ma mère a quitté la maison pour louer une maison dans le même village, pas trop loin de l'école secondaire où j'allais. Heureusement, mes parents s'entendaient suffisamment bien que pour limiter l'impact de leur séparation sur ma vie et celle de mon frère aîné, qui est deux années plus âgé que moi. Je trouve qu'ils ont admirablement bien géré cette situation qui a dû être délicate pour eux à bien des égards, je leur en suis très reconnaissants.

Entre mes 7 et mes 14 ans, mon frère et moi vivions alternions entre une semaine chez mon père et une semaine chez ma mère. Je ne me posais pas trop de questions à ce sujet, c'était juste mon quotidien et je m'en accommodais assez bien.

Par contre, alors que ma mère était plutôt douce et rassurante, mon père (un ex-militaire) avait une personnalité colérique assez explosive. Il m'a peut-être giflé quelques fois lors de mon enfance, mais ce qui était particulièrement difficile à vivre était cette impression d'être constamment sur le qui-vive lorsque j'étais chez lui. Il ne parlait jamais de ce qu'il ressentait, et il était impossible de prédire sa réaction à telle ou telle manière d'interagir avec lui : un jour il pouvait rigoler sur un sujet, et le lendemain, il pouvait tout aussi bien se mettre dans une colère violente. Ça n'a jamais été très rassurant, si bien que j'ai appris à prendre mes distances avec lui. Notre relation me paraissait moins risquée et plus confortable de cette manière. C'est ma lecture rationnelle d'adulte aujourd'hui, à l'époque, ça s'est naturellement fait tout seul, je me suis adapté comme je pouvais. Par contre, je savais que mon père nous aimait beaucoup et qu'il souffrait de ne pas pouvoir contrôler sa colère et ses sautes d'humeurs. J'ai appris qu'il avait été gravement maltraité par son propre père quand il était petit. Je ne serais pas étonné si ça avait déstabilisé sa manière de gérer ses émotions.

Parallèlement à cela, vers mes 7 ans, mon père a entamé un long combat avec le cancer. Les pronostics n'étaient pas bons, ne lui donnant que six mois à vivre, mais il a tout de même mené une bataille acharnée pendant sept longues années d'opérations, de chimiothérapie, de rayons, et autres traitements. La maladie a fini par l'emporter lorsque j'avais 14 ans. Je pense que la perspective de la mort possible de mon père m'a forcé à grandir plus rapidement que les autres jeunes de mon âge. Je m'en suis réellement rendu compte qu'après son décès : je ne pensais pas comme les autres, leur présence ne me dérangeait pas forcément mais la trivialité de la vie des adolescents m'ennuyait profondément.

Je me rappelle à ce sujet d'une longue période pendant laquelle j'éprouvais beaucoup d'anxiété, où je ressentais la menace du cancer et de la mort en permanence à mon égard. La moindre petite sensation en dehors de la normale activait ces pensées incessantes : « c'est

certain, j'ai le cancer! » C'était particulièrement compliqué à vivre parce que ça a eu lieu au début de mon adolescence, alors que mon corps se modifiait par conséquent, et que les sensations « hors du commun » étaient mon quotidien. Mais je n'en parlais pas, je gardais tout ça pour moi, jusqu'à ce que je profite d'un moment en tête à tête en vacances avec mon père pour lui poser des questions à propos du cancer. Il a vite rassuré mes craintes, comme quoi ça n'était pas parce que lui était malade que je le serais forcément un jour, que ce que je ressentais comme changements dans mon corps était tout à fait normal pour un garçon de mon âge en plein développement, etc. Et mes angoisses mortifères se sont évaporées aussitôt. Enfin, bref, c'était la première fois que je ressentais des émotions aussi fortes sur une aussi longue période, donc ça m'a marqué.

Cela faisait des années que je faisais du théâtre dans de petites troupes locales, et la scène me donnait l'impression de vivre beaucoup plus pleinement, ça me faisait vibrer profondément. Je m'y sentais en sécurité, j'étais à ma place sur les planches. Lors d'un festival des arts de la scène quand j'avais 12 ans, j'ai rencontré Michel, un professeur d'art vivant d'une cinquantaine d'années qui semblait vouloir m'aider en me prenant sous son aile. Nous nous sommes fréquentés jusqu'à mes 17 ans, je le rejoignais pratiquement tous les weekends à Bruxelles pour préparer des projets scéniques et divers concours de théâtre internationaux. Le problème était que les intentions de Michel à mon égard se sont rapidement révélées être moins innocentes et artistiques qu'il n'y paraissait, et davantage romantiques et sexuelles pour sa part. Il m'a tout d'abord forcé la main, et puis c'est devenu presque une habitude "un peu embêtante" à laquelle j'ai dû me faire. J'ai gardé ça secret, en partie à sa demande, mais surtout parce que j'estimais que les bénéfices que je percevais en projets artistiques et en expérience scénique en valaient le coup.

Mais les mensonges à ma mère, les manipulations émotionnelles de Michel et l'inconfort général de la situation dans laquelle je me trouvais ont fini par peser si lourdement sur ma conscience que j'ai abruptement mis fin à cette relation, à la surprise générale. Alors adolescent, je sentais que j'avais été gravement sali pas ce vieux dégueulasse. Mais j'ai tout de même gardé le silence sur toute cette affaire pendant des années, car j'étais honteux de m'être fait avoir, confus à propos de ma sexualité, et j'avais par dessus tout envie d'éviter à ma mère de souffrir si jamais elle apprenait ce qui s'était passé sous ses yeux, auquel elle n'avait rien vu. Je ne la tenais en rien responsable de ce qui avait pu se passer, pas du tout, je ne voulais juste pas qu'elle en arrive à cette conclusion si jamais elle l'apprenait. Et puis, c'était plus simple de faire comme si rien ne s'était jamais produit. Il ne faisait plus partie de ma vie et c'était bien comme ça. Jusqu'à ce que la police me contacte pour me poser quelques questions au sujet de Michel.

J'avais 17 ans quand j'ai reçu deux policiers chez moi. Je n'avais pas expliqué à ma mère la nature de leur visite, et elle nous avait laissés nous rencontrer sans elle à ma demande. Je cherchais toujours à la protéger de cette histoire. Ils m'ont alors appris que les parents d'un enfant de 6 ou 7 ans avaient porté plainte contre Michel pour attentat à la pudeur de leur fils, qu'il avait pris sous son aile car il était un ami de connaissances de ses parents. Depuis, ils

avaient enquêté sur lui et remonté la piste des jeunes garçons qu'il avait pu fréquenté au cours des dernières années avant d'arriver à moi. J'en avait connus quelques uns et ils avaient donné mon nom des suites de leur déposition.

Quand les policiers m'ont expliqué qu'il avait été incarcéré car il représentait un danger public et que ce qui m'étais arrivé était aussi arrivé à une quinzaine d'autre enfants et adolescents, avant et après moi, j'ai senti que je ne pouvais plus m'acharner à oublier, que j'avais la responsabilité de briser le silence à ce sujet. En outre, toute cette histoire n'avait fait que prendre de plus en plus de place en moi et bouillir toujours plus fort jusqu'à ce jour. J'ai saisi l'opportunité d'enfin leur confier jusqu'au moindre détail de ma relation passée avec Michel, à l'issue de quoi je me suis volontairement porté partie civile dans le cadre de son procès futur. Ils étaient tenus d'en informer ma mère, puisque j'étais sous sa garde, ce que j'ai décidé de faire personnellement le soir même. Sans surprise, elle était anéantie par la nouvelle. J'étais honteux d'avoir gardé le secret aussi longtemps et de l'avoir dépossédée de sa liberté d'action quand il en était encore temps. Le procès allait avoir lieu deux ou trois années plus tard.

Entre temps, j'ai terminé mes humanité et je suis parti à l'autre bout du monde, dans le cadre d'une année d'immersion linguistique. Là-bas, loin de tout, j'allais pouvoir me recréer une vie de toute pièce et laisser cette histoire derrière moi, elle ne me définirait plus, du moins c'est ce que je croyais. Mais plus je me découvrais une orientation sexuelle homosexuelle, plus je fréquentais des garçons dans l'intimité, plus Michel faisait irruption dans ma vie sous forme de flashbacks, d'états de panique incompréhensibles au moindre rapprochement physique, d'une perte de libido progressive compensée par une addiction à la pornographie en ligne qui seule me permettait de me sentir en contrôle de ma sexualité, etc.

A mon retour en Belgique, j'ai témoigné au procès de Michel qui a écopé de plusieurs années de prison ferme. J'ai entamé des études en haute école à Bruxelles et je me suis créé une vie sociale, petit à petit. Mes relations amoureuses étaient désastreuses, m'attachant systématiquement à des garçons qui allaient pouvoir me rassurer et de qui je tombais éperdument amoureux. Ma libido me paraissait menaçante, à raviver systématiquement des images de Michel à s'en retourner l'estomac, si bien qu'elle est finalement devenue inexistante dans ma vie. Je préférais la gommer de ma vie que de ressentir ce l'angoisse à chaque contact avec ma sexualité. Mais ça me faisait beaucoup souffrir. Je me sentais seul et j'étais désespérément en quête de solution.

J'avais aussi perdu tout contact avec mes sensations physiques. Je pense que si je pratiquais du sport de manière aussi intensive, à courir près de dix kilomètres par jour en plus d'exercices de musculation quotidiens, c'était dans l'espoir inconscient de ressentir mon corps à nouveau, sans passer par quelque relation sexuelle avec une quelqu'un d'autre que moi-même.

Je crois que les émotions contradictoires que j'ai vécu au contact de Michel a court-circuité quelque chose de profond dans ma tête.

Pendant mes études, j'ai compris que si je voulais m'en sortir un jour et peut-être retrouver un semblant de vie intime normale, je ne pouvais plus faire comme si tout allait bien et me résigner à accepter que telle était ma vie à présent. J'allais devoir demander de l'aide à des professionnels, à des psychologues ou des thérapeutes.

Q- Quel type d'accompagnement avez-vous recherché (d'orientation psychanalytique, psycho-corporelle, PTR)?

R- Je me suis adressé à un centre de santé mentale pour étudiants qui m'a donné rendez-vous avec l'une de ses psychologues. Elle était d'orientation psychanalytique, d'après ce que j'avais compris, et elle m'a permis de nommer ce qui m'étais arrivé en termes d'abus sexuels, que j'avais été victime d'un crime grave pour mon développement identitaire et affectif, etc. Elle m'a aussi permis de comprendre la logique de mon addiction pornographique, qui était selon elle une tentative de reprise de contrôle sur mes pulsions sexuelles. C'était une première étape, mais les quelques séances dont j'ai bénéficié n'ont rien changé à mon état d'angoisse, ni à mes comportements d'évitement anxieux de toute relation sexuelle, ni à mon incapacité à ressentir mes sensations corporelles. Je n'y suis plus retourné.

J'ai ensuite découvert les approches plus psycho-corporelles auprès d'un autre psychologue clinicien bruxellois qui m'avait été recommandé par une personne de confiance. Avec lui, j'ai eu l'impression d'avancer un peu plus. Il était question, tous les trois ou quatre rendez-vous, de prévoir une séance de respiration holotropique. Dans une pièce capitonnée et remplie de coussins et de couvertures, il était question de me coucher sur un matelas puis de provoquer un état d'hyperventilation qui me faisait perdre le contrôle conscient de mon corps, d'abord sur de la musique très rythmée, ensuite sur d'autres styles, parfois plus calmes, ou mélancoliques, ou joyeux, etc. Je ne pouvais que me laisser embarquer dans ces différentes ambiances qui faisaient résonner de nombreuses émotions en moi, sans en comprendre l'origine. En plus de leur effet cathartique du moment, j'ai senti que ça allégeait réellement mon anxiété, ce qui me rendait beaucoup plus disponible aux petits plaisirs quotidiens. Ça a été un déclic, ça a comme débloqué une machine rouillée depuis très longtemps. Comme je me sentais beaucoup mieux, j'ai petit à petit pris de moins en moins de rendez-vous avec ce thérapeute. Tout n'était pas réglé, mais j'avais besoin de me créer de nouveaux repères dans cette vie dans laquelle il y avait enfin du mouvement, qui était à nouveau en évolution.

Après quelques années, vers mes 17 ans, j'ai fait la connaissance d'une nouvelle thérapeute. Elle était formée à la thérapie brève et à l'hypnose PTR. Ça a été une révolution dans ma vie. Elle m'a fait comprendre ce qu'était un traumatisme et pourquoi ma vie était devenue compliquée à cause de lui. Rapidement, elle m'a proposé de découvrir la PTR, de l'expérimenter pour voir si j'acceptais qu'on l'emploie pour changer mes souvenirs de Michel. Il semblerait que j'étais plutôt doué avec tous les entraînements qu'elle proposait

pour jouer avec les images et les sensations diverses en hypnose. On a quand même commencé par apaiser la colère que j'éprouvais toujours envers mon père, à ma grande surprise. Ensuite, lors du second rendez-vous, elle m'a guidé à travers un moment agréable inventé de toute pièce, jusqu'à ce que je me sente à mon aise et en sécurité. A ce moment-là, j'ai ressenti une agitation dans les mains. Elle m'a demandé de me concentrer et d'augmenter ces tremblements que je ne m'expliquais pas. Comme je me sentais en sécurité et en confiance avec elle, je me suis permis de ne pas lutter et de laisser grandir ces sensations étranges. Ca n'a pas pris cinq minutes avant que les tremblements qui mobilisaient alors tout mon corps me ramènent dans le souvenir du premier attouchement que j'avais subi de la part de Michel. Un sentiment d'angoisse familial m'a envahi, ce que j'ai dit à ma thérapeute qui m'a immédiatement proposé de mettre la scène en pause et de m'imaginer en armure et dans une bulle protectrice. A mon grand étonnement, l'angoisse et les tremblements ont aussitôt disparu. J'étais calme et je revoyais cette image comme si j'y étais, jusqu'au moindre détail. On était chez lui, dans son salon, et je le voyais sur le canapé, à côté de moi quand j'avais 12 ans. Michel avait la main sur sa cuisse, sur le point de se focaliser sur son entre-jambe, mais ni l'un ni l'autre ne bougeait. C'était comme si je visitais un musée de statues de cire. Ma thérapeute à laquelle je décrivais ce que je voyais et ressentais m'a alors demandé de prendre le petit Gilles du canapé et de le mettre en sécurité derrière moi, ce que j'ai fait. Elle m'a demandé ensuite de lui expliquer qui j'étais jusqu'à ce qu'il se sente en confiance avec moi. Quand c'était fait, elle m'a incité à le mettre en sécurité dans un coin de la pièce ou en dehors, je ne sais plus trop, puis de me tourner vers Michel qui était toujours immobile. J'ai senti la colère monter en moi et bouillonner comme jamais. J'ai compris à quel point cette relation avait impact négativement ma vie depuis des années et qu'il était responsable de tant de souffrance en moi. Je n'ai pas attendu la proposition de ma thérapeute pour me jeter sur lui et le rouer de coups jusqu'à ce qu'il n'en reste qu'un tas de chair amorphe dans un coin de la pièce. Pour bonne mesure, elle m'a proposé de le faire revenir à la vie, de l'imaginer tout petit avec des vêtements ridicules et de recommencer à crier dessus avec tout ce que j'avais envie de hurler et à le frapper jusqu'à ce que la dernière goutte de colère ait été exprimée. Après quoi, elle m'a invité à sortir avec le petit Gilles de cette maison, à la détruire à coup de bulldozer et à imaginer une cascade qui en nettoierait toute trace restante. Je suis moi-même passé sans cette cascade, et j'ai ressenti comme si elle me purifiait de toute cette colère qui était restée enfuie si longtemps. Je me sentais si léger que j'en étais très ému. Je n'avais jamais ressenti tant de détente et de satisfaction. C'était comme si j'étais tout puissant et que j'avais enfin tué un redoutable monstre qui me malmenait depuis des années. Après quoi, j'ai fait un tour en montgolfière avec le petit Gilles, nous avons pris le temps de regarder un magnifique coucher de soleil depuis une copine où nous nous étions posé et il est reparti dans sa vie, apparemment calme et satisfait de ce qu'on avait vécu à deux. J'étais très ému à nouveau, comme si je lui offrais une autre vie que celle que j'avais pu vivre, sans les impacts des abus de Michel.

Il ne nous a fallu que ces deux séances d'hypnose pour complètement me donner l'impression que j'étais maître de mes émotions et de vie. Je ne suis plus retourné la voir depuis. D'ailleurs, ma vie sentimentale et sexuelle s'est immédiatement améliorée, avec un retour

rapide de libido. Cela fait maintenant quelques années que je suis en couple et que je suis heureux. Ces deux rendez-vous ont littéralement changé ma vie.

Q- De quelle manière l'hypnose PTR vous a-t-elle aidé?

R- Les flashbacks déplaisants et qui m'handicapaient à chaque relation sexuelle ont totalement disparu depuis les séances d'hypnose. Et puis, je peux tout à fait accéder aux souvenirs des abus sans que cela n'éveille en moi quelle qu'émotion que ce soit, comme il c'étaient des coquilles vides qui avaient été vidées de leur substance. Grâce à la PTR, tout ce qui se passait dans ma vie faisait soudainement sens : non pas parce que je les comprenais mieux, mais parce que j'avais ressenti cette cohérence dans mon corps. Depuis lors, j'ai l'impression d'être reconnecté à mon corps. D'ailleurs, en pratiquant le sport de manière intensive, j'avais fini par me blesser au point d'avoir besoin d'une intervention chirurgicale. J'ai pris ça comme un message de mon corps qui me demandais d'y aller plus doucement. C'est d'autant plus facile à faire que je parviens à le sentir aujourd'hui, ce corps dont le contrôle m'échappait tant autrefois. Aujourd'hui, je peux profiter des petits plaisirs de la vie. Alors je ne sais pas ce que l'hypnose a pu modifier en moi, ou si c'est saqué a débloqué mes problèmes, mais je constate qu'avant de consulter cette hypnothérapeute, tout ce que je vis d'agréable aujourd'hui m'était inaccessible, même inenvisageable. Je ne la remercierai jamais assez.

Q- Quels sont les points forts et les points faibles du type d'aide que vous avez reçue ?

R- C'est difficile à dire, je ne peux parler que depuis ma petite expérience de patient.

La thérapie plutôt analytique m'a permis de commencer à ne pas me sentir complètement fou, mais je ne parvenais pas à faire cent pour-cent confiance à cette thérapeute. J'avais l'impression que l'écart générationnel était trop important que pour qu'elle comprenne ce que je vivais. Elle paraissait gentille mais je me retenais de lui confier tout ce qui se passait en moi. Elle était trop dans la tête et ça manquait de concret pour moi.

La thérapie psycho-corporelle m'a fait réaliser que j'étais encore capable de ressentir des émotions fortes et des sensations, et que me permettre d'en lâcher le contrôle pouvait être libérateur. Je me sentais beaucoup plus en sécurité avec ce thérapeute, peut-être parce qu'il s'agissait d'un homme et que sa présence rassurante m'a permis d'accepter l'idée que les hommes n'étaient pas tous émotionnellement instables comme mon père ou abusifs comme Michel. Ça aide dans la vie d'un homo[sexuel]. J'avais déjà fait de grands progrès, mais ça faisait toujours mal, dans le fond, et les relations sexuelles étaient toujours compliquées à vivre.

Enfin, l'hypnose que m'a proposée la dernière thérapeute a eu raison de mes démons. Le travail était très concret et ses effets étaient immédiats. En deux séances, c'est comme si des

années de mal-être n'avaient jamais existé, comme si je me réveillais d'un mauvais rêve duquel je n'avais pas pu m'extirper jusque là quels que soient les efforts déployés.

Q- Recommanderiez-vous ce type d'aide? Si oui, pourquoi?

R- Absolument. J'ai tellement recommandé cette hypnothérapeute aux personnes de mon entourage qu'elle s'est retrouvée avec une montagne de demandes et qu'elle m'a demandé d'arrêter de lui faire de la publicité. Je ne sais pas si l'hypnose est aussi rapide et efficace qu'avez moi lorsqu'il s'agit d'autres problématiques que les miennes, mais ça a changé ma vie, j'en suis convaincu.

Q- Qu'avez-vous vécu de particulièrement important lors de votre thérapie ?

R- J'ai trouvé que l'attitude de mon hypnothérapeute m'a convenu le plus. Elle ne s'évertuait pas à interpréter tout ce que je disais, ni à s'embourber dans des explications aux théories qui me paraissaient très obscures (comme avec la première psy que j'ai consultée). Elle me parlait simplement, dans un langage compréhensible, avec une grande empathie, sans jugement. En tout cas, je n'en ai pas ressenti. Et puis, elle était marrante. J'ai beaucoup rigolé avec elle, même si on travaillait avec sérieux. Ça dédramatisait beaucoup et ça ne m'a pas donné l'impression de marcher sur des oeufs quand on parlait de pédophilie ou d'abus sexuel, comme ça avait été le cas avec la première psy. Non, on parlait clairement et franchement des sujets importants, on appelait un chat un chat, et sentir qu'elle était ok avec ça m'a beaucoup aidé à lui confier ce qui m'était arrivé. Ça n'a pas pris dix minutes avant que je lui parle des abus, par exemple. Le courant est directement passé, et elle maîtrisait clairement son métier : la combinaison gagnante pour moi.

## ANNEXE n°7 : Retranscription d'interview n°6 : Grégory

Q- Explication du problème qui vous a mené à la recherche d'aide thérapeutique :

R- Avant que je pousse la porte d'un cabinet de psy, cela faisait des années que je savais que quelque chose ne tournait pas rond, sans savoir exactement pourquoi je ressentais tout ce que je ressentais. Je pense que ça faisait tellement longtemps que je ne me sentais pas bien que c'était un peu devenu ma ligne de base au quotidien. En y réfléchissant bien et c'est ce que j'ai raconté à mon psychologue, je ne me rappelais même pas d'une époque où j'étais vraiment bien dans ma peau. Depuis très jeune, j'ai l'impression de ne jamais rien ressentir dans mon corps. C'est comme si j'étais sous anesthésie générale en permanence. Même si je ne m'en étais pas rendu compte au début, je l'ai remarqué de plus en plus souvent lorsque je voyais mes amis au cours de judo par exemple. Et plus récemment, ça a commencé à me rendre dingue. Même quand je me blessais, je sentais à peine la douleur. Et ça n'était pas juste la douleur : je n'avais aucun intérêt pour la sexualité. Je ne sentais vraiment rien de ce côté-là. Et puis je n'ai jamais vraiment eu de motivation, ni d'envie de réalisation particulière. Je fais des études mais sans grande conviction que c'est ce qu'il me faut. Et je me sentais très seul, comme si personne ne pouvait me comprendre.

En quelques mots pour poser le contexte, mon père a toujours été très absent de la maison pour son travail. C'était le cas depuis que j'étais bébé. J'étais le plus jeune de cinq enfants. On peut dire qu'il nous a littéralement abandonnés aux « soins » de notre mère, ou plutôt à ses « griffes ». Il ne revenait à la maison que pour quelques jours tous les six mois environ, avant de repartir à nouveau.

Et notre mère était une dingue qui nous maltraitait à longueur de temps. Elle me terrifiait. On se faisait frapper dès qu'elle était en colère, même sans raison parfois. Et elle était tout le temps en colère. Je parle de coups de ceinture et ce genre de choses. Elle criait tout le temps. Ca tient du miracle qu'elle puisse encore utiliser ses cordes vocales aujourd'hui. J'étais le petit dernier, seul garçon de ma fratrie, j'ai aussi eu droit à beaucoup d'abus sexuels : masturbations, fellations et pénétrations forcées depuis au moins mes 8 ans.

Le moins qu'on puisse dire, c'est que c'était pas une enfance rassurante. Heureusement qu'il y avait une de mes grandes sœurs qui était là pour moi. C'était un peu comme ma « vraie maman », elle était gentille et me protégeait autant qu'elle le pouvait de « la mère ». Mais c'était pas toujours possible.

En rétrospective, je trouve ça incroyable que personne n'ait jamais remarqué nos bleus et contacté la protection de l'enfance. Les autres enfants avaient bien repéré nos traces de coups, il ne manquaient pas de se moquer de nous pour ça, mais les profs avaient l'air aveugles. Même si j'avais honte, j'avais essayé de les montrer à ma prof de gymnastique quand j'avais 9 ans. Elle était sympa et gentille, ce qui changeait d'une femme comme ma mère. Ce jour là,

j'ai trainé dans les vestiaires après le cours en espérant l'y faire venir, alors que j'étais toujours torse nu, pour qu'elle me demande ce qui s'était passé et que je puisse en parler. Je trouve que j'étais plein de ressources en y pendant maintenant. Mais comme je trainais trop, ça l'avait fâchée parce qu'on risquait de rater le bus avec les autres et j'ai paniqué comme quand ma mère entrait dans la salle de bain alors que je prenait ma douche sans ma soeur. Je me suis rhabillé rapidement en pleurs. Elle n'a sans doute pas compris ce que j'essayais de lui dire. C'était comme si l'univers m'ordonnait de me taire. Alors c'est ce que j'ai fait pendant des années.

Du coup, j'ai tout enfermé en moi, je parlais de moins en moins, même à ma soeur qui s'inquiétait beaucoup pour moi.

Vers mes 14 ans, j'ai véritablement baissé les bras. J'étais amoureux d'une fille plus âgée que moi et elle ne savait même pas que j'existais. J'avais beau essayer de lui faire de petits gestes de « bonjour » dans la cour de récréation, mais elle ne me voyait toujours pas et je n'aurais jamais eu la force de lui parler. Ses copines m'auraient pris pour un petit morveux ridicule. Mais elle a occupé mon esprit pendant plus de six mois, jusqu'à ce que je me sois complètement épuisé. Comme une sorte de burn-out, mon corps m'a lâché, je n'arrivais plus à me lever pour aller à l'école, ma mère était furieuse mais je m'en foutais. De toute façon, je ne ressentais plus rien, elle pouvait crier et frapper aussi fort qu'elle le voulait, ça ne me faisait plus rien. J'étais comme mort. Ça a duré trois mois avant que j'y retourne. Je n'ai jamais vu de psychologue, même si ma soeur me disait que l'école avait demandé un bilan psychologique. Je pense que ma mère leur a fait peur. Avec tout ça, j'ai dû redoubler et j'ai perdu un an.

Entre mes 9 et mes 16 ans, j'ai souffert d'insomnies très graves. Je n'arrivais plus à m'endormir, jusqu'à ce que je frôle la mort à cause de ça. J'ai été transporté à l'hôpital au bout d'une période deux mois sans fermer l'oeil. Là, mon corps me parlait à nouveau, j'avais l'impression de brûler de partout, comme si on m'avait mis sur un barbecue, comme si j'étais rempli de braises rougeoyantes. C'est ma soeur qui avait appelé l'ambulance et qui avait expliqué à l'hôpital depuis combien de temps je n'avais plus dormi. Ils m'ont immédiatement sédaté. Quand j'ai rouvert les yeux, trois jours étaient passés. Et je suis retourné chez ma mère, toujours sans rien dire des violences qu'on subissait tous.

Mais ma soeur, à 18 ans, avait brisé le silence et demandé de l'aide à une infirmière du centre PMS. Peu de temps après, il y a eu des enquêtes et on nous a fourni un logement en famille d'accueil. J'ai commencé à retrouver un peu d'énergie pour terminer mes secondaires au calme, loin de ma mère. Je n'ai plus eu de contact directe avec elle depuis ça et penser à elle me terrorise toujours autant, au point de me faire trembler des pieds à la tête. Ma soeur avait déjà commencé des études grâce à une bourse et une chambre chez une amie à elle. A 20 ans, j'ai juste commencé les miennes.

Comme une nouvelle page se tournait, j'ai pensé qu'il était temps de consulter un psychologue pour vraiment en finir avec tout ce qui nous était arrivé. Je réalise que c'était pas une enfance normale. Même si on ne peut pas changer le passé, j'avais besoin de vivre sans que ça m'encombre dans le présent. J'avais l'intime conviction d'avoir toujours 12 ans dans ma tête. Et puis, je ne ressentais toujours aucune sensation ni aucune émotion. J'avais beaucoup de problèmes de digestion. Tout m'était égal, ce qui n'est pas idéal quand on doit étudier pour des examens et choisir un métier. C'était le bon moment pour faire le ménage dans ma tête.

Q- Type d'accompagnement recherché (PTR) :

R- J'ai d'abord consulté quelqu'un qui faisait de l'EMDR. On m'avait vanté les mérites de ce traitement. Mais c'était bizarre et ça n'a rien changé de fondamental après deux séances. Ça m'a calmé pendant deux semaines, les cauchemars étaient moins violents et j'ai commencé à goûter ce que je mangeais. Ça n'a pas tenu mais ça m'a donné espoir.

Ce qui m'a mené vers l'hypnose était avant tout de la curiosité. Ma soeur m'avait envoyé un article à ce sujet. Alors j'ai contacté un hypnothérapeute [PTR] qui ne pratiquait pas trop loin.

Q- L'hypnose PTR vous a-t-elle aidé? Si oui, de quelle manière?

R- Oui, on n'a pas encore terminé le traitement, on a eu cinq rendez-vous mais je sens déjà beaucoup de changement concret. Quand je l'ai rencontré, il a pris le temps de m'expliquer ce qu'était un traumatisme et ça a donné du sens à tout ce que je vivais. Ça m'a beaucoup soulagé. Si je ne ressentais rien, c'était à cause d'une dissociation importante que mon corps avait produit pour me protéger, selon lui. Je n'étais pas complètement dingue finalement, mais je n'en revenais pas. Puis il a proposé de prendre un moment pour essayer l'hypnose. Je ne suis pas parvenu tout de suite à faire tout ce qu'il essayait de me faire voir ou sentir, sauf provoquer une anesthésie des sensations. J'étais capable de jouer facilement avec ça. C'était aussi facile que d'augmenter ou de diminuer le volume d'une chaîne hifi. Là j'ai vraiment réalisé que c'était une protection de mon corps et que je pouvais le contrôler. A nouveau, j'étais épaté. Et j'ai éprouvé de la colère, comme un lion en cage. Il m'a proposé d'imaginer cette cage face à moi. Le lion était là aussi, en colère et enfermé, comme je me sentais dans mon corps depuis tant de temps. Mais il me faisait peur. Mais moi j'étais de l'autre côté des barreaux. Je me sentais léger et libre. Je me suis imaginée danser. Je l'ai vraiment senti comme si j'y étais. Je ne me suis jamais senti aussi libre. A la fin de ce rendez-vous, j'en ai fixés trois autres dans les semaines qui suivaient. Je suis reparti époustoufflé par ce que j'avais vécu mais honteux de m'être menti à moi-même pendant si longtemps.

Avant le second rendez-vous, j'ai senti des changements subtiles mais concrets. Les gens dans le métro me paraissaient de moins en moins dangereux. J'ai réalisé que si ils montraient des émotions, ça n'était pas forcément contre moi comme je l'avais toujours cru. En hypnose, nous avons petit à petit approché puis amadoué ce lion en cage, avant de le libérer. Il est

devenu la personnification de ma colère. A tout moment où je ressentais de la colère, il surgissait pour rugir, griffer ou mordre. Il m'a aidé à exprimer la colère que j'avais pour ma mère. (J'en ai encore beaucoup, mais ça diminue.) J'ai repris de plus en plus contact avec mon corps. C'est comme si il avait été vapoureux pendant des années et qu'il devenait dense et palpable aujourd'hui. C'était beaucoup plus agréable. Plus il y avait des rendez-vous, plus en désensibilisait des souvenirs qui faisaient mal, plus je me voyais naturellement retisser une relation avec le monde et les gens qui m'entourent. J'arrive enfin à reconnaître les émotions chez mes sœurs. Même si j'ai toujours l'impression de déranger un peu les gens avec qui je suis, je ne suis plus la même personne. Je dors bien mieux aussi. Et mes propres émotions sont revenues de plus en plus. C'est comme si ma conscience habitait enfin mon corps et qu'ils ne se rejetaient plus l'un l'autre. C'était l'objectif initial que j'avais fixé avec le thérapeute et on a déjà dépassé ça.

Même si on va encore travailler sur certains souvenirs quand ils apparaissent en hypnose, on se concentre surtout sur mes relations actuelles en ce moment. Les relations avec mes sœurs se sont beaucoup améliorées, je réalise qu'ils n'avaient jamais voulu m'abandonner à notre mère. Ils ont fait comme ils ont pu pour s'en sortir eux-mêmes.

Q- Quels sont les points forts et les points faibles du type d'aide que vous avez reçue ?

R- Les changements ont été très rapides dans ma vie quotidienne. Avant le second rendez-vous en hypnose, je n'étais déjà plus le même. Ces changements sont concrets, loin de ce qu'on voit dans les films où c'est juste du blabla. Et mon thérapeute me laisse toujours libre de faire ce que je veux. Jusque là, je n'ai jamais vraiment senti de liberté dans quoique ce soit. Il propose des trucs et je peux dire « non ». C'était une révolution pour moi. J'ai l'impression que ça m'a aidé à lui faire confiance, en plus du fait qu'il paraissait sympa et normal. Je ne me suis jamais senti mal à nos séances parce qu'on prend le temps et qu'il ne me force jamais à rien. Il ne me prend pas pour un enfant, j'ai le droit de lui parler franchement, j'ai le droit de lui dire « non » et il m'explique tout ce qu'il propose et pourquoi il le fait. Il me prend au sérieux comme un adulte et ça fait un bien fou.

Q- Recommanderiez-vous ce type d'aide? Si oui, pourquoi?

R- Oui, je l'ai déjà fait. J'ai distribué ses cartes de visites à mes sœurs quand on s'est vus la dernière fois. Ils ont remarqué que quelque chose avait changé chez moi, sans vraiment savoir quoi. On passe plus de temps ensemble depuis quelques semaines. On va sans doute partir en vacances tous ensemble cet été.

Q- Qu'avez-vous vécu de particulièrement important lors de votre thérapie ?

R- Des sensations et des émotions. Je peux les ressentir de plus en plus. Ça me rassure de savoir qu'elles vont me servir de guides pour « orienter mes choix dans la vie », comme dit mon thérapeute. Je ne me sens pas tout seul grâce à elles et grâce à lui. Je me sens de plus en

plus libre et j'apprécie de plus en plus les petites choses. Plus besoin que ça soit extrême pour me sentir vivant. Plus ça va, plus j'aime passer du temps avec les autres comme après les cours les étudiants de ma promo. J'ai aussi l'impression de ressentir un tout petit peu de désir sexuel pour une de mes amies, ça aussi c'est très nouveau pour moi, donc je vais prendre le temps et ne rien précipiter. Je ne comprends pas encore très bien comment m'y prendre. On va sans doute y travailler un de ces quatre en hypnose.

## ANNEXE n°8 : Grille symptomatique de Palo Alto

Madame, Monsieur, cher patient,

Afin d'optimiser notre collaboration lors du travail en PTR, voici une liste de symptômes fréquemment rencontrés dans notre clinique des traumatismes. Pour chaque symptôme présenté dans le tableau ci-dessous, nous vous demandons de cocher (dans la colonne OUI) ceux qui vous font souffrir et d'évaluer l'importance en entourant un chiffre sur une échelle de 0 (« je n'en souffre pas du tout ») à 10 (« cela me rend la vie impossible, je ne parviens pas du tout à le maîtriser »). Au préalable, nous vous demandons brièvement la nature de votre traumatisme (agression, abus, viol, catastrophe, harcèlement...). Enfin, nous voudrions connaître globalement votre souffrance quotidienne résultante du traumatisme.

Nature du traumatisme :

---



---

Symptômes :	NON	OUI	Degré de perturbation
Souvenirs répétitifs			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Rêves répétitifs			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Illusions, hallucinations, flashbacks			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Indices provoquant la détresse			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Réactivité physiologique/indices			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Efforts pour éviter les pensées, sentiments			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Efforts pour éviter les endroits, activités			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Réduction de l'intérêt			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Sentiment de détachement/autres			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Restriction des affects			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Sentiment d'avenir bouché			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Difficultés/sommeil			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Irritabilité, colère			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Difficultés de concentration			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Hypervigilance, sursauts			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Maladies (psycho-)somatiques (ulcères, asthme, nausées, douleurs intestinales...)			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
	La(les)quelle(s) :		
Douleurs souvenirs du trauma			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Phobies			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Dépression, perte d'estime de soi			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Anesthésies			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Assuétudes			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Problèmes sexuels			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Automutilations			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Troubles de la perception temporelle			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Difficultés de mémorisation			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Changements relationnels (dépendance affective)			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Impression d'être différent			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Appréciation globale de l'importance des symptômes dans la vie quotidienne :

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

tiré de Brassine (2021, p.121)