

* TBT Thérapie Brève du Trauma

Utiliser l'hypnose conversationnelle pour soigner les
traumatismes...
brièvement, efficacement et en douceur...



* Plan



Thérapie brève du trauma
TBT

- * 1. Introduction
- * 2. Le trauma
 - * ASD, PTSD, C-PTSD (DSM-V)
 - * Le diagnostic
 - * Outils pour une détection rapide
- * 3. L'hypnose dans la TBT
 - * Hypnose conversationnelle
 - * Hypnose active
 - * Hypnose participative
- * 4. Les grands principes de la TBT / démo vidéo
- * 5. Les grands principes: pour aller plus loin...

*Présentation

* Amélie Simon

Psychologue clinicienne (UCL, Be)

Formations:

Hypnose conversationnelle (IMHEB)

Thérapie brève (IGB + Virages)

Formatrice associée à l'IMHEB durant six ans

Création de l'école de Thérapie Brève du Trauma (TBT) en Belgique et en France.

Chargée de cours à l'Université Catholique de Louvain

amelie.simon@therapiebrevetrauma.com

* 1. INTRODUCTION

* Pour qui ?

- * Patients traumatisés → événements émotionnels ++
- * Autres pathologies

* Quoi ?

- * Hypnose éricksonienne conversationnelle (intégrative et globale)
- * Désensibiliser les psychotraumatismes (! Écueils)
- * Thérapie psychocorporelle

* Comment ?

- * Contraction du trauma: état modifié de conscience spontané.
- * Etat modifié de conscience en séance
- * Développement des protections dissociatives
- * Modification des émotions, sensations (5 sens)
- * créatif, ludique, et adapté



* 2. LE TRAUMA

* DSM-V:

- * Etat de Stress Aigu: 2j→4s (10-15% PTSD)
- * Etat de Stress Post-Traumatique (PTSD): >1m
- * Sous-type dissociatif (C-PTSD)
 - * Captivité, subordination
 - * Tableau clinique + complexe, diffus, tenace
- * = Le trauma genre « collier de perles » ou « goutte chinoise »
 - Tout événement difficile (chronique?)

* Les symptômes (post-)traumatiques

- * Différences interpersonnelles
- * TOUS les symptômes psychiatriques
- * Maladies psychosomatiques!
- * Symptômes dissociatifs et protections hypnotiques



* Le diagnostic

* Trauma : encore chaud, « comme si c'était hier ».

* « Vous voyez encore cette scène ? »

* « Quelle est l'émotion d'AUJOURD'HUI ? »

* Attention : L'évitement protège le sujet

* « en parler fait mal » / bonne figure

* Poser la question !

* Exemple: les maladies psychosomatique

* Les réactions hypnotiques péri-traumatiques

* Présence d'un EMC automatiquement activé?

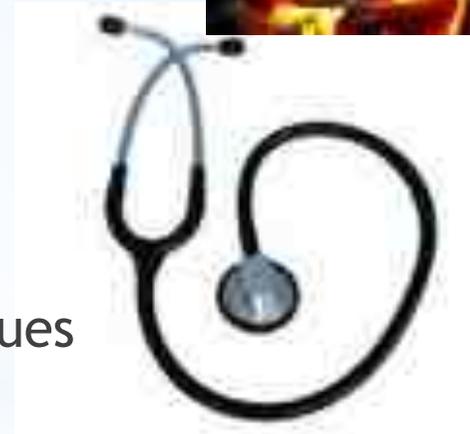
* Phénomènes hypnotiques: dissociations, anesthésies, dépersonnalisation → TRAUMA

* La paralysie traumatique et le SNA : l'antilope et le jaguar

(cfr P. Levine)

Congrès Emergences - La Rochelle, mai 2014

Amélie Simon



* Outils pratiques pour une détection rapide

→ Quels sont tous les problèmes que vous avez?

- Diversité des symptômes
- Lien chronologique

→ Renforcer l'alliance thérapeutique

- Sensations, honte et culpabilité

→ Questionner systématiquement

- Emotion, sensation, cotation, localisation

→ Regarder attentivement

- Manifestations émotionnelles

→ Mettre en garde / la douleur

→ Abréger le questionnement

- Éviter la « victimisation secondaire »



* 3. L'HYPNOSE dans la TBT

🕒 CONVERSATIONNELLE

🕒 ACTIVE

🕒 PARTICIPATIVE



* Hypnose conversationnelle

* K. Thompson

- * Etat naturel, normal et personnel
- * Reproduction → bénéfique
- * Hyperconcentration et maîtrise du SNA

* Conscience et responsabilité

* La TBT: un enseignement...

- * Conversation au sens de CONVERSER
- * Spontanéité, imagination, improvisation
- * Communication active et ludique → protection /retour du refoulé

* Le patient:

- * Parler, décrire, essayer...
- * l'égal du thérapeute.

* Erickson : l'expérience → le patient est en hypnose



*Hypnose active

- * Apprentissage d'une capacité

- * Le patient FAIT l'hypnose

- * Contrôle / réactions corporelles, émotions, sensations



- * Le patient ≠ endormi, passif

- = conscient du message et TRAVAILLE

- * Hypnose conversationnelle: commenter

- * Conscience / reprise de contrôle

- ≠ manipulation/ effet externe

- * → patient toujours actif et au contrôle.



* Hypnose participative et individualisée

- * Rappeler le rôle du patient / propositions
 - * désensibilisation progressive et agréable
 - * Droit de s'opposer
- * Déceler toute modification émotionnelle ou cognitive + ou -
 - Eviter les écueils d'une reviviscence.
- * "participative" = essayer les propositions + idées propres → maîtriser et contrôler
- * ≠ « domination » du thérapeute:
 - * = effort explicite: parler, s'opposer, acquiescer
 - * → déclaration et reconnaissance de l'EMC
- * Expliquer l'usage intentionnel de l'EMC
 - * Mémoire: autobiographique VS sensori-motrice
 - * Trauma imprimé au niveau sensori-moteur
 - * EMC ultérieur → Bon étage

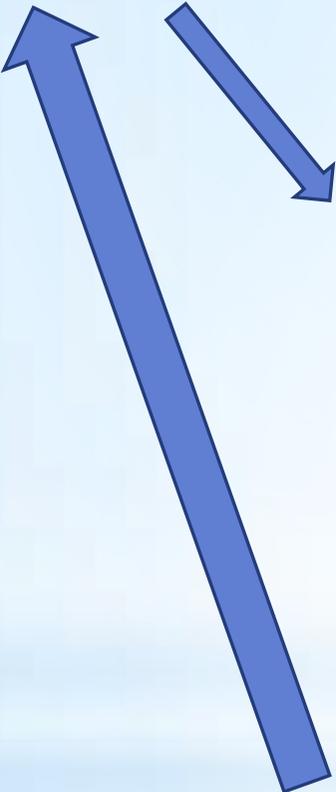


* 4. LES GRANDS PRINCIPES DE LA TBT

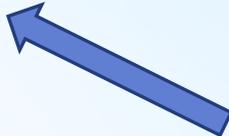
- * L'hypnose conversationnelle
- * L'induction personnalisée
- * L'action et non le verbe
- * La ressource
- * Les sensations corporelles
- * La protection du patient
- * L'utilisation progressive
- * La collaboration du patient
- * L'humour
- * La dissociation



EMOTION



ACTION



proposition

* Démonstration vidéo

→ Extrait d'une séance de TBT:

H., contexte d'une jalousie pathologique. 2^{ème} séance

* Pendant la projection: repérer les principaux mouvements, inductions, transformations thérapeutique(s)



- * Une conversation constante
- * Feedbacks essentiels
- * Yeux ouverts ou fermés
- * ...

* L'hypnose conversationnelle



- Apprentissage
- Participation active
- Souvenir propre

* L'induction personnalisée



- * Cerveau → action (OR impuissance)
- * Traitement < mouvement, action, création
- * Thérapie verbale VS psychocorporelle
 - * Reviviscence! → lobes frontaux altérés / pensées et langage
- * Levine: terminer l'action initiée et bloquée lors du trauma
- * « *Donc pour une thérapie efficace, on a besoin de changer la manière dont les gens régulent ces fonctions centrales (sous-corticales), ce qui ne peut probablement pas être effectué par les mots et le langage seuls* » (Van der Kolk)

* **Action > verbe**

* « *Etre confortable dans leur corps est, pour nos patients, le numéro un, l'issue primordiale, et si nous ne pouvons pas les aider à faire cela, nous ne pouvons les aider du tout* » (van der Kolk)



* Début de thérapie + au long de la désensibilisation

* QUESTIONNER et DEVELOPPER

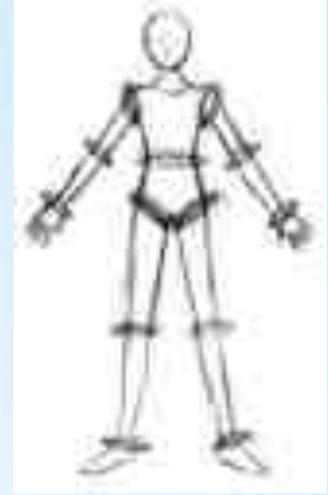
* + sensations corporelles et émotions positives → désensibilisation OK

* DONC: co-fabrication d'un état de confort + vérifications
ensuite

* Au besoin, ramener le patient, en imagerie, dans la ressource

* **La ressource**

- * Quoi
 - * Où
 - * Effets / émotion
 - * Intensité
- ACTION



* Les sensations corporelles



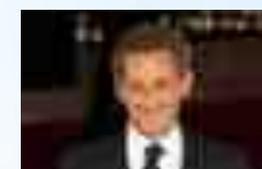
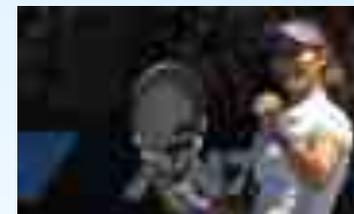
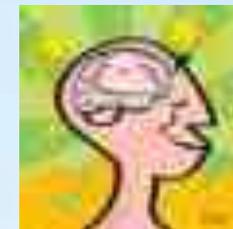
- * Phénomènes dissociatifs naturels et hypnotiques → distance
- * Progression lente et adaptée → rapide et confortable
 - * Éléments amnésiés éventuels
- * Souffrance → ressource ABSOLUMENT
- * Thérapeute respectueux mais directif
- * Freinage et respect de la résistance

* La protection du patient

* Du moins douloureux au plus difficile

* Etapes:

- * 1. Confort
- * 2. Incorporation progressive
- * OU allers/retours
- * 3. Transformations
- * 4. Actions
- * 5. Emotions
- * 6. Cognitions



* L'utilisation progressive

- * Individus ouverts et coopératifs
- * Qualité de participation → résultat
 - Autonomie démontrée
 - Idées meilleures > celles du thérapeute
 - Thérapeute TRES flexible

NB: Rem / traumas sexuels surtout: souligner la collaboration et l'affirmation >< manipulation, intrusion, « viol »

* La collaboration du patient

- * Émotionalité positive et résilience
- * Humour et immunité
- * TBT:
 - * humour → potentialités résilientes
 - * + légèreté et imagination
- * → >< traumas vicariants



* L'humour

- * Fait peur à certains soignants
- * Trauma: Angoisse de mort → dissociation
- * Symptômes dissociatifs post-traumatiques
- * Traitement: dissociation → mise à distance (>< angoisse de mort)
- * Protections inconscientes:
 - * anesthésies,
 - * amnésies,
 - * dépersonnalisation,
 - * etc.



* La dissociation

*Des questions?

*MERCI 😊

*Amélie Simon

*amelie.simon@therapiebrevetrauma.com

*+32 499 18 98 96

*www.therapiebrevetrauma.com



Thérapie brève du trauma

TBT

Congrès Emergences - La Rochelle, mai 2014
Amélie Simon

* Bibliographie

- * American Psychiatric Association (2003). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4ème éd., texte révisé). (Titre original : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2002). Paris: Masson.
- * Balken, J. (2004). Hypnose et psychothérapie: concepts et clinique. Paris : L'Harmattan.
- * Bremner, J. D., & Marmar, C. R. (2002). Trauma, memory, and dissociation. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing Inc.
- * Brillon, P. (2005). Comment aider les victimes souffrant de TSPT. Guide de pratique. Montréal: Les Presses de l'Hôpital du sacré-Coeur de Montréal. p. 49 ; (2004). Comment aider les victimes souffrant de TSPT. Guide à l'intention des thérapeutes. Montréal: Quebecor. p. 416-417
- * Cheek, D. (1981). Comments in opposition to statements made by Bernard L. Diamond, M.D. related to the use of hypnosis on prospective witnesses. International journal of investigative hypnosis, 13.
- * Dolan, Y. (1996). Guérir de l'abus sexuel et revivre. Techniques centrées sur la solution et hypnose éricksonienne pour le traitement des adultes. (Titre original : Resolving sexual abuse. Solution-focused therapy and Ericksonian hypnosis for Adult survivors, 1991) Bruxelles: Satas. p. 155
- * Erickson, M.H. (1999). L'hypnose profonde et son induction. L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose (t.I). (Titre original : The collected papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. Vol I. The nature of hypnosis and suggestion, 1980). Bruxelles: Satas.
- * Herman, J. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress, 5(3), 377-391.
- * Masson, J. (2003). Utilisation du questionnement idéodynamique dans l'activation des processus hypnotiques auto-organisés. Psychothérapies, 23(2), 107-111.
- * Meyerson, J., & Gelkopf, M. (2004). Therapeutic utilization of spontaneous out-of-body experiences in hypnotherapy. American Journal of Psychotherapy, 58(1), 90-102. P. 99
- * Nègre, I. (MD) (2001). Communication au 2^{ème} congrès Hypnose et Anesthésie, Saint-Malo.
- * Thompson, K. (2004a). Metaphor. A myth with a method. Dans K. Thompson, S. Kane & K. Olness (Eds.), The Art of Therapeutic Communication. The collected works of Kay F. Thompson (pp. 53-66). Williston: Crown House Publishing Ltd.
- * Volpicelli, J., Balaraman, G., Hahn, J., Wallace, H., & Bux, D. (1999). The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. Alcohol Research & Health, 23(4), 256-262.