

# Journal International de Victimologie

## International Journal of Victimology

Année 17, Numéro 36 – 2020

### PSYCHOTHÉRAPIE DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE PAR DOUBLE-DISSOCIATION EN PROGRAMMATION-NEURO-LINGUISTIQUE/HYPNOSE : ÉTUDE SUR 9 PATIENTS

Dr Jacques GUINARD

**RÉSUMÉ :** La double-dissociation, est une technique de visualisation créée en Hypnose par Milton Erickson et reprise en Programmation Neurolinguistique par Grinder et Bandler (1975) & (1979). Le patient s'installe en imaginaire dans un siège au cinéma, puis se dédouble dans un second lieu d'où il observe son double qui regarde sur un écran l'ancienne scène du trauma, il ne perçoit qu'indirectement, et éprouve beaucoup moins d'affects. Dans ce travail naturaliste observationnel, nous avons évalué l'effet de cette méthode chez 9 patients souffrants de Trouble stress post-traumatique (TSPT). Le score de sévérité du TSPT est mesuré avant traitement par l'échelle d'impact des évènements révisée (IES-R ;  $56,4 \pm 11,5$ ). Les sujets ont bénéficié de six séances de double-dissociation sur une durée de 6 semaines. Après traitement les patients ont été progressivement et significativement améliorés, avec une baisse des scores de l'IES-R de 68% à 6 mois ( $38,6 \pm 13,4$ ). A noter amélioration rapide des intrusions après deux séances de traitement (baisse du sous-score d'intrusion de 22 à 12). Répéter les séances de une à six augmente l'efficacité du traitement. Ces résultats préliminaires sont prometteurs et encourageants. Une étude plus large est nécessaire pour confirmer les résultats et affiner la séquence thérapeutique.

**MOTS-CLÉS:** Trouble stress post-traumatique, Psychothérapie, Programmation Neurolinguistique, Double-dissociation, Hypnose Ericksonienne, Dissociation visuel-kinesthésique.

**ABSTRACT :** *Visual/Kinesthetic Dissociation (VK-D) a visualizing technique in Hypnosis invented by Milton Erickson and modified by Grinder and Bandler in Neurolinguistic Programming (NLP) (1975)(1979). The patient imagines himself sitting in a cinema seat. He then visualizes a double-version of himself in the projection booth. Out of this second perspective he looks at the first double-watching the past traumatic scene on the movie screen. Since perceived indirectly, the trauma evokes less emotion. In the presented naturalistic and observational study we evaluated the effect of NLP on 9 patients diagnosed with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). PTSD severity scores were measured before treatment by Impact of Event Scale Revised (IES-R;  $56, 4 \pm 11, 5$ ). Each subject received six sessions of VK-D over the course of six weeks. After the intervention patients had progressively and significantly improved with an average IES-R reduction of about 68% at 6 months ( $38,6 \pm 13,4$ ). After only two sessions the average IES-R intrusion score had already dropped from 22 to 12. Repeating session from one to six increased treatment efficiency. Those preliminary results are promising and encouraging. Further research with larger samples and randomized trials is needed to replicate our findings and to determine the most efficient therapeutic frequency.*

**KEYWORDS:** *Post-traumatic stress disorder, Psychotherapy, Neurolinguistic Programming, Double-dissociation, Visual Kinesthetic Dissociation, Ericksonian Hypnosis*

## I - INTRODUCTION

L'intérêt de la double-dissociation en Programmation-Neuro-Linguistique (PNL), sous la forme de sa variante « Rewind Technique » en séance unique, a été initialement décrit par Muss (1991), dans une série de traitements de 19 officiers de police souffrant de TSPT, avec des rémissions symptomatiques à trois ans. Utuza Joseph et Muss (2012) ont démontré l'intérêt d'une séance unique en groupe de double dissociation avec rembobinage de l'image auprès de 24 Rwandais, avec une baisse significative de la sévérité du TSPT quinze jours plus tard. Gray & Liotta (2012) citent Mac Dowell W et J qui ont décrit la thérapie d'un soldat traumatisé avec une amélioration majeure du score de TSPT après trois séances de double-dissociation, aussi nommée dissociation Visuelle/Kinesthésique. Clastot (2013) a utilisé en quatre séances d'hypnose, chez quatre patients, la dissociation simple ou double (une à deux séances de technique d'écran seulement), avec différents exercices adaptés aux patients. Il a obtenu des résultats intéressants, 43,5% d'amélioration de la sévérité symptomatique à l'IES-R. Gray & Bourke (2015) ont réalisé une étude chez des vétérans souffrant de TSPT (n=30), utilisant 3 séances de double-dissociation en général. Ils ont noté une forte amélioration clinique des patients à 6 semaines, avec une baisse de plus de 50% de la sévérité symptomatique. J'ai aussi observé des résultats parfois incomplets et pas assez durables après une à deux séances de double-dissociation, comme c'est classiquement recommandé dans l'enseignement de la PNL, pour traiter un traumatisme.

A partir de ces données de la littérature, nous avons développé un protocole thérapeutique utilisant la double-dissociation en six séances consécutives. L'objectif thérapeutique principal est d'optimiser l'action de la PNL-HYPNOSE en répétant le processus six fois, et en associant d'autres techniques de PNL-HYPNOSE adaptées au trauma en complément (comme les scénarios de super-héros). Nous voulons à la fois confirmer l'efficacité de la double-dissociation dans le TSPT, et évaluer la pertinence de répéter les séances au-delà de deux.

## II - MATÉRIEL ET MÉTHODE

**Population.** Les patients inclus dans ces expériences répondent aux critères diagnostiques de l'état de Stress Post-Traumatique du Manuel DSM-IV-TR (2002), auquel nous nous sommes référés. Nous avons retenu trois critères d'exclusion (Cf. Tableau V), un risque suicidaire élevé non stabilisé, les psychoses délirantes évolutives, les traumas complexes de l'enfance. Les sujets inclus ont été victimes d'agression sexuelle (viol, tentative de viol), accidents mortels, agressions physiques.

**Évaluation clinique.** Pour évaluer l'intensité du stress post-traumatique et de son évolution, au cours et après la thérapie, nous utilisons l'échelle IES-R (Échelle d'impact des événements révisée, Weiss et Marmar, (1997)) dans sa traduction Française. Elle comprend 22 items cotés de 0 à 4 selon leur sévérité. Un score supérieur à 33, est en faveur du diagnostic d'ESPT.

Les symptômes dépressifs ont été évalués par l'échelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale), comptant 10 items cotés de 0 à 6. Les cotations ont été faites au cours d'un examen initial avant la thérapie, puis à quinze jours, un mois, trois mois, et six mois.

### A - La Programmation Neurolinguistique et la double-dissociation

La technique de la double dissociation en Programmation Neurolinguistique décrite par Grinder et Bandler (1979)(1982), est un exercice de visualisation imaginaire d'une scène traumatique recomposée avec des procédés d'atténuation comme le déplacement où le double du patient (position S1 du dessin 1), par « dissociation » se voit comme si la scène traumatique avait été filmée par des témoins. Les techniques de sub-modalités demandent au patient de passer la scène sur un écran de cinéma, par exemple en éloignant l'image, en reculant l'écran pour la réduire et en diminuer l'impact émotionnel, de la passer en noir et blanc, ou bien de passer le film en accéléré. Le patient doit se voir dans la salle S1 et prendre place dans la cabine du projectionniste S2, où il pourra voir son double assis dans la salle S1. Ce double S1 et lui seul

regardera l'image d'un autre lui-même le jour du drame sur l'écran S3. En annexe 1 nous avons détaillé le protocole de recherche, que nous avons utilisé. Il se démarque des protocoles usuels utilisés en PNL et en Hypnose par la répétition en 6 séances, l'évaluation de la désensibilisation en cours de séance, qui additionne à la calibration l'échelle SUD. Cette technique existe aussi en hypnose Ericksonienne pratiquement à l'identique, (sauf au niveau des ancrages), elle porte le même nom parce qu'elle a été conçue par Milton Erickson lui-même (Clasot (2013) p 40).

Pour information, comment différencions-nous l'approche PNL de la méthode d'hypnose Ericksonienne ? C'est la manière d'obtenir une sécurisation du patient qui intervient. En hypnose, une induction va mettre le patient en contact avec un lieu de sécurité avant de débiter. Il se concentre sur le dehors, puis ses sensations corporelles, puis il construit mentalement un état de sécurité par une activité imaginaire et le ressenti associé. L'attention sera portée sur le maintien de l'état de rêverie hypnotique dissociée pendant laquelle, le patient sera entièrement absorbé par l'exercice de double-dissociation (ou technique de l'écran), on évitera de le faire parler et rentrer en contact avec le thérapeute autrement que par des gestes simples. En PNL, c'est l'ancrage de ressource qui est essentiel, on n'hésite pas à le réactiver par un contact tactile (exemple toucher de la main) ou verbal en évoquant les mots associés au déclenchement de l'état ressource.

## **B- Autres techniques de PNL-HYPNOSE utilisées dans le protocole**

### **1) Le scénario de super-héros en simple dissociation**

Nous reprenons après ancrage de ressource la même méthode que la double-dissociation, mais nous suggérons au patient que son double dans la salle de cinéma se transforme en super-héros de son choix ou personnage fort et puissant, capable d'empêcher la survenue du traumatisme, notamment les agressions, viols, accidents. Cela donne lieu à des scènes nouvelles parfois même drôles et réjouissantes pour le patient. Il visualise et laisse se dérouler ce nouveau film qu'il invente pour se soigner comme un jeu, sur l'écran de la salle de cinéma. Cette technique nous a été suggérée par le Dr Francis Gajan enseignant en Hypnose Ericksonienne à Rouen.

### **2) Les scénarios du futur avec exposition imaginaire à des éléments du trauma pour traiter les phobies résiduelles.**

Nous utilisons la technique d'ancrage de ressource ciblé pour un contexte, pour exposer le patient précocement dès la 3<sup>ème</sup> séance parfois. Il s'y associe après la séance des expositions in vivo graduelles, pour mettre en pratique sur le terrain, la capacité à retrouver sa liberté de vie pour le patient. Si le patient souffre d'agoraphobie après une agression par exemple, nous lui proposons de s'imaginer après ancrage de ressource dans une promenade dans un endroit pas trop menaçant au départ, entre les séances nous lui demandons de le faire en s'aidant éventuellement d'un autoancrage. Puis nous l'entraînons à augmenter la difficulté jusqu'à retrouver une vie normale.

Si le patient est stressé en écoutant les bruits des sirènes après un accident, nous lui proposons une dissociation Auditif/Kinesthésique. S'il est angoissé dès qu'il monte en voiture, après une agression dans son véhicule, nous traitons par exemple, l'ouverture de la voiture par les clés, pour qu'elle conduise à une activation agréable à la place. Si le patient est angoissé dès qu'il voit un sujet noir après une agression par un noir, nous l'amenons par exemple à imaginer de monter en imagination avec ancrage de ressource dans un bus avec seulement des noirs comme passager et le conducteur noir.

### **3) La relaxation par la méthode de Jacobson ou respiration en Pleine Conscience.**

La relaxation ou la respiration en pleine conscience, nous ont été utiles pour apaiser les patients qui étaient fortement angoissés, pendant notamment les premières séances d'exposition, qui sont les plus intenses et éprouvantes. Au cours des entrevues préalables nous apprenons au patient l'une de ces méthodes en insistant sur la respiration.

## Psychothérapie double dissociation en PNL-Hypnose

A l'aide d'un enregistrement audio nous lui recommandons de s'y entraîner tous les jours pendant la durée des séances. Il est très utile de proposer après les séances d'exposition une séance brève de relaxation, ou un exercice de respiration en Pleine Conscience. Cela permet au patient de rentrer chez lui, apaisé moins bouleversé. De plus les patients souffrant de TSPT, présentent souvent des attaques de panique, la relaxation, ou la pleine conscience peuvent les aider à soulager une partie de ces crises.

### III- RÉSULTATS

Le Tableau 1 explicite les résultats chiffrés des 9 patients inclus. Sur ces 9 patients, 8 sont allés au bout des 6 mois. Un l'a quitté au bout d'un mois, après 4 séances, malgré une amélioration très nette, se sentant guéri, il n'a pas souhaité continuer le suivi et les évaluations successives (patient N°9). Huit ont réussi à pratiquer la double-dissociation de PNL, confortant sa faisabilité. La patiente N°1 n'a pu réussir à rentrer en double-dissociation, mais elle a pu bénéficier dès la deuxième séance de la simple dissociation avec scénario imaginaire de super-héroïne, avec autant de bénéfice. Six patients ne souffrent plus de TSPT à 6 mois, avec persistance du TSPT chez deux patients malgré une amélioration de l'IES-R.

Le Tableau 3 montre les courbes descendantes de la moyenne pour les 8 patients en 6 mois, de l'IES-R et de la MADRS. Nous notons une amélioration progressive des scores de l'IES-R avant traitement ( $56,4 \pm 11,5$ ), à 15 jours après 2 séances ( $34,9 \pm 15,2$ ), à 1 mois après 4 séances ( $22,9 \pm 13,3$ ), à 3 mois 6 semaines après les six séances ( $23,2 \pm 20$ ), et à 6 mois ( $17,7 \pm 15,6$ ).

Sur le Tableau 4, nous observons une baisse de l'IES-R très nette avec les trois sous-scores. Les éléments d'intrusion semblent au début décroître de façon plus rapide. Sur le Tableau 5, nous suivons la courbe de l'IES-R pour les 9 patients inclus. Trois patients s'améliorent remarquablement, en quinze jours, après les deux premières double-dissociations.

### IV- DISCUSSION

L'intensité dépressive semble un facteur d'échec ou de résistance à la thérapie. En effet, les deux patients sur 9 qui n'ont obtenu qu'une faible amélioration des symptômes du TSPT avaient une symptomatologie dépressive sévère (MADRS à 41 et 32) et plus élevée par rapport aux autres sujets (score moyen à la MADRS de 26,12). L'intensité de la dépression gêne à l'obtention d'un état dissocié, par les ancrages en PNL. Le patient va rester collé aux affects douloureux de sa dépression, pire l'évocation du trauma peut même les aggraver parfois inutilement. Il est alors très difficile de pratiquer le « jeu » des scénarios correctifs par super-héros, d'éprouver de l'amusement à changer le cours des choses. Un des deux patients pour lesquels nous n'obtenons qu'une rémission partielle présente des comorbidités importantes pré-traumatiques. Il a présenté plusieurs épisodes dépressifs récurrents à l'occasion de ruptures conjugales.

Un autre facteur de résistance est la réexposition à un facteur déclencheur lié au trauma. Par exemple, le patient N°3 a été dans un premier temps très amélioré, mais avec une rechute au cours du suivi suite à une confrontation à son agresseur qui le dévisageait avec un regard menaçant. Le cas N°8, une adolescente de 13 ans, a été améliorée avant de recroiser dans un commerce son violeur, entraînant une aggravation immédiate. La patiente N°6 ne va pas s'améliorer tant qu'elle attendra la confrontation avec son agresseur au commissariat, sitôt passée cette épreuve et le dépôt de plainte achevé, elle ira beaucoup mieux et bénéficiera de la fin des séances de PNL. D'ailleurs à ce sujet nous pratiquons une préparation à des réexpositions probables à leur agresseur comme un procès, une confrontation au commissariat ou chez le juge, en utilisant l'exposition imaginaire avec ancrage dans un contexte.

Concernant le nombre de séances nécessaires, chez 3 patients nous observons une amélioration symptomatique très significative après seulement 2 séances. Chez ces patients, nous pouvions en rester à deux ou trois séances, comme le pratique David Muss. Par contre chez 3 autres patients répondeurs,

## Psychothérapie double dissociation en PNL-Hypnose

l'amélioration se fait plus lentement et l'utilisation de 6 séances semble indispensable à permettre une rémission. Le tableau 2 compare le protocole RTM (Reconsolidation de la mémoire traumatique) de Gray & Bourke [15] à celui que nous avons utilisé plus progressif avec 6 séances. Les auteurs américains utilisent 3 à 4 séances de 90 minutes (au lieu de 45 pour la première, puis 30 minutes ensuite, ici). Ils testent à de nombreuses reprises si le patient ressent encore des sensations pénibles, et réexposent à de nouvelles double-dissociations, jusqu'à leur disparition. Nous avons trouvé les séances déjà éprouvantes pour les patients, nous trouvons suffisant d'obtenir une baisse du SUD de 50% à chaque séance. De plus Gray & Bourke testent à nouveau (pont vers le futur) si l'évocation du film du trauma déclenche de la gêne en refaisant des « Rewind » successifs (rembobinages du film), jusqu'à disparition des affects à l'évocation de ce film. Donc chaque séance est poussée jusqu'à la désensibilisation maximum possible. En durée des séances les trois ou quatre séances qu'ils pratiquent durent plus longtemps, que le protocole progressif en six séances. Reste à savoir si les résultats sont meilleurs en confrontant plus le patient et plus rapidement.

Dans notre procédure nous préférons introduire les scénarios de super-héros, plus libérateurs au niveau des émotions positives associées au souvenir modifié et travailler les scénarios du futur, les situations qui gênent le patient au présent. Nous trouvons qu'il peut être contre-productif alors que le patient transforme psychiquement son encodage mental du souvenir traumatique, de le confronter, à sa représentation de départ. Souvent les intrusions peuvent être remplacées chez nos patients par leur vécu pendant les séances de double-dissociation, et les nouveaux souvenirs que cela introduit dans leur psychisme.

Plus souvent que d'autres méthodes thérapeutiques la PNL et l'hypnose permettent d'évoquer le trauma en « dissocié », sans les affects. Les ancrages de PNL de l'exercice des super-héros réactivent le souvenir traumatique, mais peut-être est-il ré-encodé, en substituant la peur, l'effroi très aversifs, par des affects positifs, comme du plaisir, de l'amusement, du rire, nos observations nous font émettre cette hypothèse.

Deux mécanismes d'action thérapeutiques s'opposent. D'une part l'extinction de la peur par la répétition des expositions provoque une habitude, il s'agit d'une baisse progressive de la peur séance après séance. D'autre part, et l'état de conscience modifié (état dissocié) de la PNL-HYPNOSE retire le souvenir traumatique sans ou avec peu de passage par les émotions avec PNL-HYPNOSE (même si la répétition de l'état dissocié semble renforcer parfois son efficacité) qui permet peut-être une reconsolidation résiliente de la mémoire traumatique ?

Peut-être observons-nous les réponses différentes selon les patients. Chez les patients N° 2, 4, et 5 nous observons une baisse brutale, ne serions tentés de l'attribuer à l'état de conscience modifié. Chez les patients 8, 6,1, la baisse est plus lente. Nous pouvons penser que la répétition des séances a été utile, là nous supposons que l'effet d'habitude conjugué a été nécessaire et qu'il a été utile de répéter les séances pour ces 3 patients.

Il nous semble qu'il doit être possible de personnaliser le nombre de séances, arrêter quand à 2 séances consécutives le score SUD est à 0 ou 1. Dans cette idée, s'il y a des répondeurs plus tardifs, augmenter au-delà des 6 séances, voire aller jusqu'à 12 séances, comme en exposition prolongée de TCC comme Edna Foa (2012) le suggère, comme en EMDR où Shapiro (2007) utilise un nombre de séances personnalisé jusqu'à efficacité aussi. Nous n'avons pas pu retraiter le patient n°3 après sa rechute rapidement, car il est parti à l'étranger, mais nous pensons qu'un renforcement du traitement aurait été souhaitable.

La patiente N°1 n'a pu accéder à la simple dissociation, elle était complètement bouleversée par une agression au cours d'un cambriolage. Elle avait peur de retrouver la terreur au cours de l'exercice probablement. Elle a parlé et détaillé le récit de son trauma et réactivé son souvenir et ses angoisses au cours de la première séance. Au cours de la deuxième séance voyant qu'il lui était impossible de rentrer dans la double-dissociation à nouveau, nous lui avons proposé de transformer son double en super-héroïne. Elle a choisi Wonder-Woman. Nous avons répété à cinq reprises la scène, elle a neutralisé ses deux agresseurs en les assommant avec son serre-tête et ensuite les a fait tourner à l'aide de son lasso, sa peur s'est transformée en sourire et en jubilation à chaque fois. Chez elle le résultat a été plus tardif car la première séance ayant été un échec, nous ne voyons d'amélioration de l'IES-R qu'à un mois, soit après trois simple-dissociations avec super-héros (baisse de 47, après une aggravation transitoire à 53, à un mois à 22 de l'IES-

R). Nous pensons que mobiliser le souvenir traumatique en créant une émotion positive a un effet thérapeutique.

### V- CONCLUSION

La PNL-HYPNOSE en 6 séances de traitement semble avoir une efficacité nette dans le traitement du TSPT, avec une baisse significative de l'IES-R à 6 mois (de 68,5%), avec la guérison de 6 patients. Les patients étaient assez sévèrement touchés car le score moyen avant traitement est de 56,37 d'IES-R. Il est dommage alors que la PNL et l'Hypnose, qui sont fréquemment utilisées dans le traitement des TSPT, par de nombreux thérapeutes, n'aient pas bénéficié de plus d'études et de reconnaissance, tant ces résultats sont encourageants. Cependant la faiblesse des échantillons et le défaut de comparaison avec un groupe témoin randomisé, limitent l'interprétation des résultats.

Il semble que la double dissociation favorise le soulagement rapide des intrusions en 2 séances (Muss 1991). Rajouter des séances diminue le nombre de patients résistants au traitement. Si nous devons évaluer la double-dissociation en PNL-HYPNOSE pratiquée ainsi, et trouver l'intérêt de son usage à côté de l'exposition prolongée (EP) de TCC et de l'EMDR, en regardant le Tableau 6, nous dirions : plus douce, plus brève que l'EP, moins éprouvante, convient aux patients les plus choqués au début, le risque d'abréactions est probablement plus faible qu'en EP et en EMDR, peut probablement s'utiliser plus précocement que l'EP et l'EMDR chez les patients moins stabilisés, moins éprouvant pour le thérapeute, et aussi les séances plus courtes.

Cette expérience de psychothérapie chez neuf patients souffrant de TSPT est destinée à concevoir un modèle de cadre thérapeutique. Cette expérience de modélisation appelle, des études complémentaires. Des études améliorant et optimisant différentes procédures d'utilisation de la double-dissociation, des scénarios correcteurs, afin de déterminer la meilleure efficacité et une bonne tolérance, le nombre de séances. Des points techniques seront à évaluer, comme la durée, la manière de répéter les séquences, et les procédures optimales pour les patients (entre RTM et protocole progressif), ainsi que l'importance des ancrages et des inductions hypnotiques.

Une étude comparant la double-dissociation en PNL-HYPNOSE plutôt dans un protocole plus souple et personnalisé au patient, aux méthodes de référence EMDR ou Exposition prolongée, nous semble aussi indispensable. La double-dissociation et les techniques associées nous paraissent une méthode prometteuse et puissante qui a besoin d'être optimisée.

Dessin 1 ; Illustration double-dissociation en PNL et en Hypnose Ericksonienne

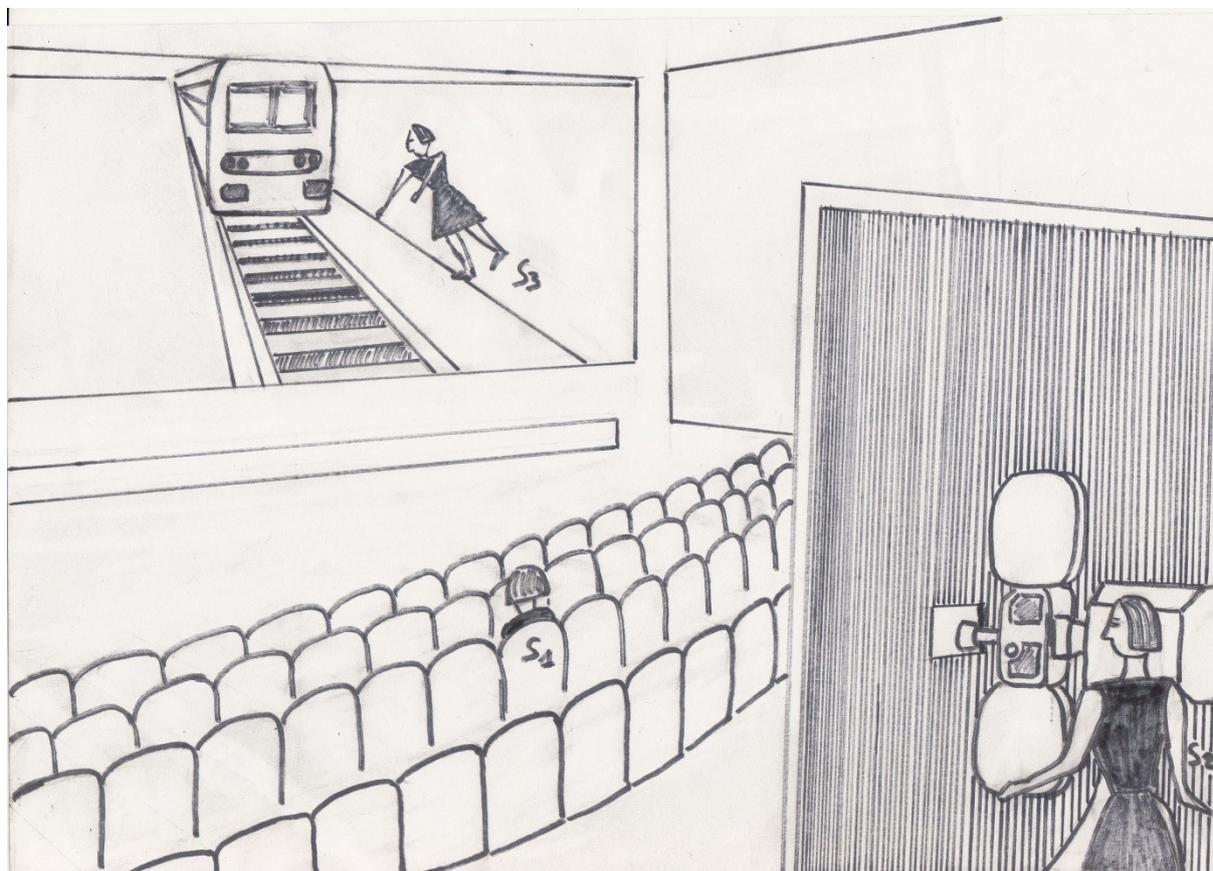


Illustration 1: Illustration double-dissociation en PNL et en Hypnose Ericksonienne

## Annexe : Protocole de recherche de double-dissociation

Nous pouvons énumérer les étapes de la séance comme nous les pratiquons dans notre variante personnelle développée au fil de l'expérience clinique:

### 1\_ Déterminer l'état douloureux du **traumatisme**

1bis\_ Déterminer les **2 piliers temporels de sécurité** avant et après le trauma, un moment de sécurité avant le trauma, et le premier moment en sécurité après le trauma.

2\_ Déterminer un état émotionnel adapté, état désiré (comportant par exemple de la confiance, de la sécurité) et **l'ancrer comme ressource**, associer si possible un ancre kinesthésique (main ou genou), à une ancre verbale, mots associés au souvenir positif

3\_ Demander au patient d'aller s'installer confortablement dans un fauteuil d'une **salle de cinéma** par exemple en imaginaire (état S1)

4\_ Le patient « sort de son corps » et monte par exemple dans la **cabine du projectionniste** (place S2),

5\_ Le patient dans la place S2 voit son double, toujours en imaginaire, à la place S1 son personnage sur un fauteuil de la salle de cinéma qui regarde S3 sur l'écran de projection, le jour du traumatisme, mais en « dissocié », avant le trauma 1<sup>er</sup> pilier temporel. S2 le patient dans la cabine ne regarde pas l'écran. (Cf. Dessin 1)

6\_ **Déclencher la vision du nouveau film** du traumatisme en « dissocié » S2 regardant S1 son double de dos qui regarde son double S3 le jour du trauma, sans voir S3 directement. Si à la calibration, (visage, respiration) il exprime une angoisse, activer les ancres verbales et tactiles, jusqu'à obtenir une détente observable. Evaluer par l'échelle SUD l'impact sur S2 et S1 du visionnage

7\_ **Revisiter la scène** en modifiant les SUBMODALITES visuelles, essayer d'obtenir une baisse de l'échelle SUD, de 50% par séance si possible (pour S2 ou S1)...L'opération doit être répétée à chaque séance

8\_ **Réassociation simple** le patient place S2 (position projectionniste distante) se réassocie d'abord avec S1 spectateur puis va rejoindre S3 du trauma sur l'écran dans le pilier temporel après le trauma. Réassocier veut dire regrouper, faire se rejoindre deux ou plusieurs figures du patient, que l'exercice avait séparées dans la mise en scène.

8bis\_ **Variante reparentage** : S2 se réassocie avec S1, il peut aussi bénéficier de l'accompagnement d'un tiers choisi sur mesure pour cette situation. Ensuite il rejoint S3 sur l'écran après le trauma au 2<sup>ème</sup> pilier, il lui dit ce qu'il a besoin d'entendre, pour être réconforté, et apaisé. Il le prend dans ses bras, le réconforte, puis se réassocie avec lui. **8ter\_ Variante super-héros** : S2 dans la cabine observe S1 qui se déguise et transforme en personnage de son choix, super-héros, ou bien en lui-même doté des qualités nécessaires . S1 transformé en super-héros va rejoindre S3 sur l'écran au premier pilier avant le trauma. Il agit pour protéger S3.

9\_ **Réassocier au présent Réassocier** le patient regroupé S2+S1+S3 (spectateur+projectionniste+trauma) avec S0 (place en séance réelle) retour au présent de la séance.

9 bis **Rembobinage** Variante de l'étape 9 « **Rewind technique** » de Muss, après l'étape 9, (la réassociation), demander au patient de passer le film en arrière et en accéléré, de le rembobiner jusqu'avant la scène traumatique, par contre après réassociation sur l'écran position S3. Puis regagner la position réelle S0 de la consultation, au moment présent.

10\_ **Test d'efficacité**, variante personnelle, évaluer avec l'échelle SUD son niveau de perturbation émotionnelle de 0, pas de perturbation, à 10, le plus haut niveau imaginable, pour S2 et S1. Soit il répond verbalement, soit en soulevant le nombre de doigts correspondant. Une séance est efficace quand le SUD a baissé de 50% par rapport au score initial. Nous avons considéré que le patient était désensibilisé quand à deux séances successives son SUD, particulièrement pour le double en S1 n'a plus que 0 ou 1 de

## Psychothérapie double dissociation en PNL-Hypnose

perturbation. Tout en corrélant la réponse avec la calibration de ses réponses émotionnelles (visage, respiration, etc..), et en vérifiant avec l'échelle IES-R ou la PCL qu'il y a un retour vers la normale du score (inférieur à 20-15 pour l'IES-R).

**TABLEAU 1 ; Résultats des scores IES-R et MADRS des 9 patients inclus**

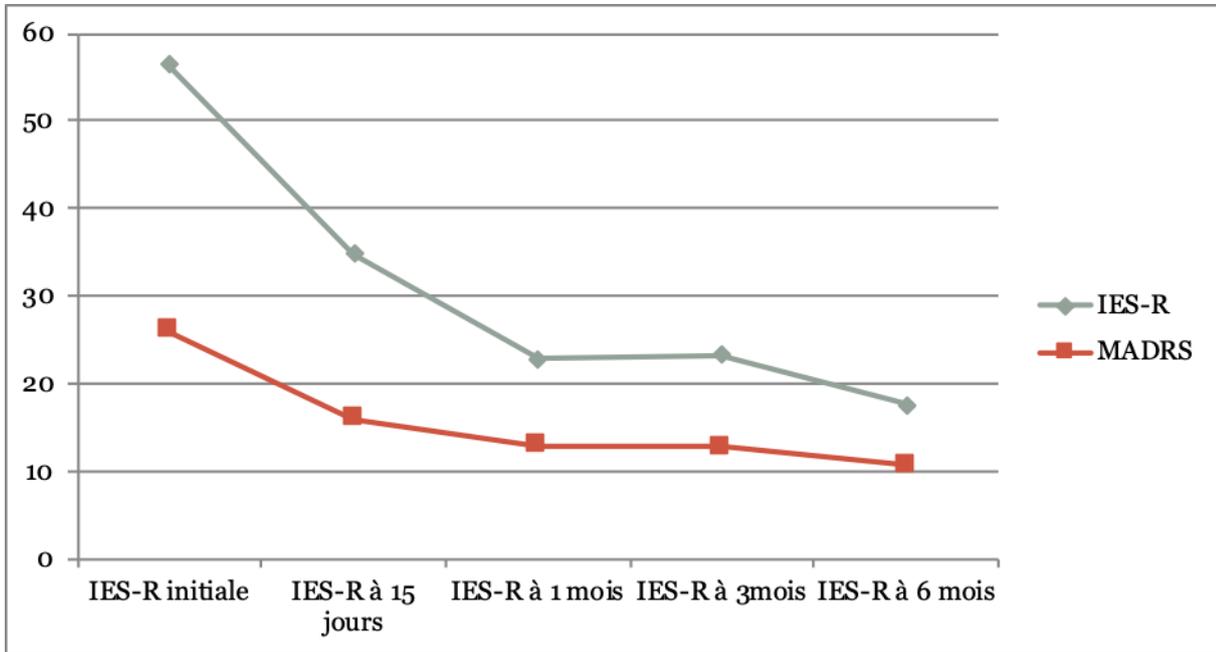
PATIENTS	initial	initial	15 jours	15 jours	1 mois	1 mois	3 mois	3 mois	6 mois	6 mois	Résultats
	IES-R	MADR S	IES-R	MADR S	IES-R	MADR S	IES-R	MADR S	IES-R	MADR S	ESPT
N°1 Florence	47	18	53	22	22	14	15	13	14	4	Guérison
N°2 Francis	64	17	18	3	5	1	4	1	4	3	Guérison
N°3 Bastien	65	41	31	11	20	6	52	20	39	18	Rechute
N°4 Samia	36	21	21	16	17	11	6	4	5	0	Guérison
N°5 Françoise	51	19	18	8	8	3	6	2	2	2	Guérison
N°6 Annie	54	21	48	19	40	16	15	26	17	23	Guérison
N°7 Mohamed	63	32	46	21	37	32	41	18	43	27	Echec
N°8 Sophie	71	40	44	28	34	21	47	19	18	9	Guérison
N°9 Lionel	36	25	8	10							Sortie étude 1 mois
<b>Totaux 8 patients</b>	451	209	279	128	183	104	186	103	142	86	
<b>Moyenne s/ ET</b>	<b>56,37 ±11,5</b>	<b>26,12 ±8,9</b>	<b>34,87 ±15,2</b>	<b>16±7,2</b>	<b>22,87 ±13,3</b>	<b>13±10,2</b>	<b>23,25 ±20</b>	<b>12,87 ±9,4</b>	<b>17,75 ±15,6</b>	<b>10,75 ±10,5</b>	

## Psychothérapie double dissociation en PNL-Hypnose

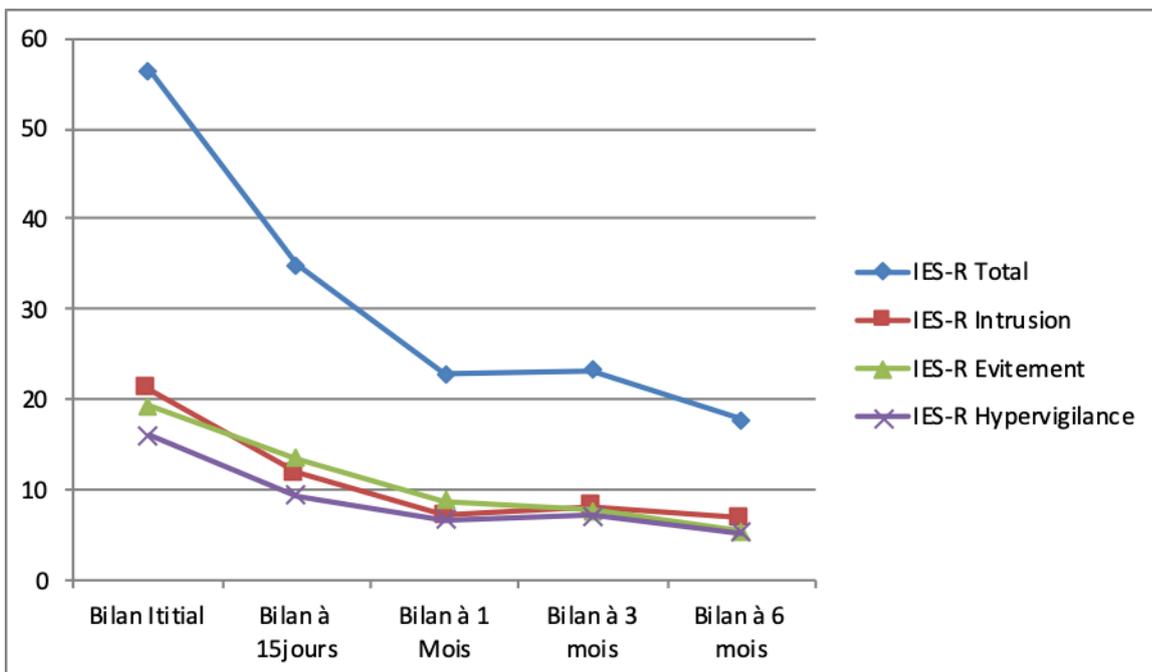
**Tableau 2 ; Calendrier comparatif des deux protocoles**

Calendrier	Protocole double-dissociation progressive en 6 séances	RTM Protocol [15] Gray Bourke Reconsolidation souvenirs traumatiques en 3 séances
Consultations préalables	Rencontre, évaluation ESPT (DSM-IV, EIS-R, MADRS) Apprentissage Relaxation méthode de Jacobson ou respiration pleine conscience	PCL-M, MINI
Semaine 1	Séquence classique cabine projectionniste visionnage noir et blanc Réassocier Rewind 1-3 fois parfois incomplet, 45 minutes, si perturbation fin relaxation	Séquence classique cabine projectionniste visionnage noir et blanc Réassocier Rewind Répéter Rewind jusqu'à disparition sensation pénible, répéter séquence entière si test négatif plus de 90 minutes
Semaines 2-3	Test IES-R, compléter D V/K jusqu'à indifférent Super-héros ou autre scénario correcteur en simple-dissociation ou exposition phobie (relax si angoisse) 30 minutes	2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> séances identiques Si insuffisant déclenche émotion scénario correcteur (cascadeur, modification) Répéter Rewind jusqu'à impossibilité déclenchement sensation pénible Plus de 90 minutes
Semaine 4-6	Test IES-R, compléter D V/K jusqu'à indifférent Super-héros ou autre scénario correcteur en simple-dissociation ou exposition phobie (relax si angoisse) 30 minutes	Pour de rares cas jusqu'à 5 séances Suivi à 6 semaines PCL-M
Semaine 11à12 Suivi à 3 mois	Evaluation ESPT (IES-R, MADRS)	
Suivi à 6 mois	Evaluation ESPT (IES-R, MADRS)	
Contenu et nombre de séances	6 séances personnalisées D V/K au début, super-héros, exposition ciblée phobie, ensuite.	3 séances identiques dans procédure D V/K jusqu'à disparition réaction au stimulus situation départ, au maximum 5 séances

**Tableau 3 ; Evolution des scores de l'IES-R ESPT et MADRS Dépression, pour la moyenne des huit patients**



**Tableau 4 ; Résultats sous-scores IES-R Intrusion, Evitement, Hypervigilance pour 8 patients**



Psychothérapie double dissociation en PNL-Hypnose

Tableau 5 ; Résultats évolution IES-R pour 8 patients traités par 6 séances de PNL

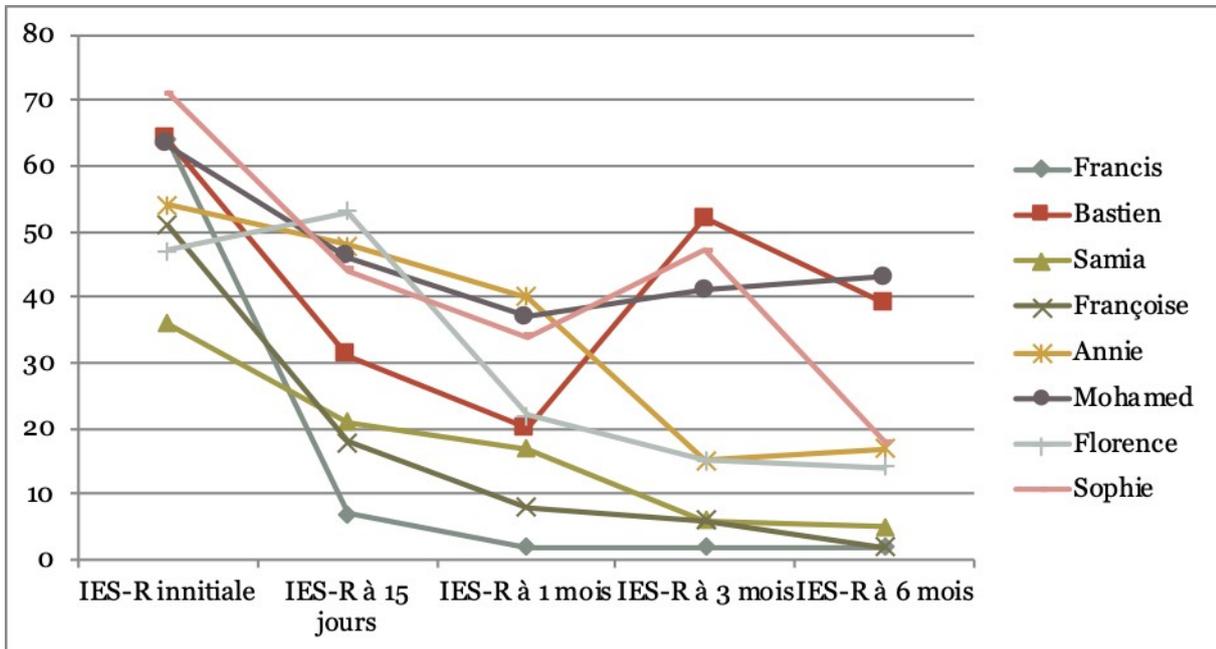


Tableau 6 ; Evaluation des indications, contre-indications, avantages et inconvénients, de la double-dissociation de PNL en 6 séances

Contre-indications	Double-dissociation PNL Psychose délirante, schizophrénie Risque suicidaire élevé non stabilisé, quelle que soit la pathologie
Indications	TSPT , IES-R supérieur 30-45 Patient plus déprimé bouleversé, ne souhaitant pas affronter ses affects, ou n'étant pas apte à les supporter pour l'instant Patient moins bien stabilisé
Avantages	Plus douce, plus brève, moins éprouvante, convient aux patients les plus choqués au début. Moins éprouvant pour le thérapeute aussi Séances plus courtes

RÉFÉRENCES

- [1] American Psychiatric Association, (2002), DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Elsevier Masson
- [2] Bandler, R, Grinder, J, (1979) Frogs into princes. Moab, UT; Real People Press
- [3] Bandler, R, Grinder, J, (1982) Les secrets de la communication, Le Jour Editeur
- [4] Cayrol, A, Saint Paul, J, (1984) Derrière la magie: la programmation neurolinguistique PNL, Inter Édition
- [5] Clastot, P A, (2013) Hypnose médicale dans l'état de stress post-traumatique, Mémoire DES Psychiatrie Faculté mixte de médecine et pharmacie de Rouen France
- [6] Cottraux, J, (1998) Les thérapies comportementales et cognitives, 3ème édition, Masson
- [7] Foa, E, Olsov Rothbaum, B, (2012) Traiter le traumatisme du viol Thérapies comportementales et cognitives du stress post-traumatique, Paris, Dunod
- [8] Gray, R M, Liotta, R F, (2012) PTSD: Extinction, reconsolidation, and the Visual-Kinesthetic Dissociation Protocol. Traumatology, 18(2) 3-16
- [9] Gray, R.M., Bourke F. (2015) Remediation of intrusive symptoms of PTSD in fewer than five sessions: a 30-person pre-pilot study of the RTM Protocol. Journal of Military, Veteran and Family Health, 1(2)13-20
- [10] Muss, D, (1991) A new technique for treating post-traumatic stress disorder. British Journal of Clinical Psychology, 30(2), 91-92
- [11] Shapiro, F. (2007) Manuel d'EMDR Principes, protocoles, procédures, Paris, Dunod-InterEditions
- [12] Utuza, A J, Joseph, S, Muss, D, (2012). Treating traumatic memories in Rwanda with the Rewind technique: two-week follow-up after a single group session. Traumatology, 18 (1) 75-78.