

HYPNOSE

ANXIETE

PHOBIES

TOC

© www.espacedupossible.org

1

1

Troubles anxieux et
Gestion des émotions

© www.espacedupossible.org

2

Qu'est ce que l'émotion ?

.C'est un NOM (« nominalisation »)

.Mis sur un RESENTI CORPOREL (sensoriel) qui est un
SIGNAL AUTOMATIQUE

.DANS UNE INTERACTION à l'autre / au monde (que je
ressens dans mon corps)

.D'où adaptation / **ajustement nécessaire** et **recherche de**
ressource de sécurité

© www.espacedupossible.org

3

Si je trouve facilement cette ressource de sécurité: je suis associé

JE M'ADAPTE ET SUIS (RE-) ASSOCIE

Dans l'interaction, j'ai une expérience SECURE ET UN SENTIMENT DE SECURITE

AUTONOMIE RELATIONNELLE: ma liberté et la relation sont liées

Dans la différence avec l'autre, je perçois son intention comme COLLABORATIVE

Plus je suis en relation avec l'autre, plus je suis en relation avec moi

J'accueille mes affects, j'ai donc des expériences de **VIE**, avec des concepts pleins

Tissage entre mes affects, mes cognitions et mon corps (sensations, gestes,...)

© www.espacedupossible.org

Mes gestes sont spontanés, liberté de choix

4

Si je ne trouve pas facilement cette ressource de sécurité... Je suis « dissocié »

·Recherche « en boucle » de la ressource de sécurité: pas assez d'expérience de tiers sécure (Tr. Personnalité, maltraitance, tr. Attachement)

·Peu d'Autonomie Relationnelle:

·liberté et relation sont séparés. La Relation est évitée car menaçante: isolement, pas de vrai Moi.

·Dans la différence avec l'autre, l'intention de l'autre est perçue comme une RIVALITE.

© www.espacedupossible.org

5

Donc...

·La psychopathologie émerge d'un défaut de protection: mon autonomie est perçue comme rivalitaire. Quand je deviens autonome, je perds la relation. L'autonomie et la relation sont contradictoires. Je perds la relation quand j'explore le monde, donc en insécurité.

© www.espacedupossible.org

6

1ere Dissociation: Le cognitif gère l'affect

·Dans cette intentionnalité négative: questions, ruminations.

·TDS inefficaces nombreuses, variées, occupant ma SURVIE .

·Peu d'expérience de vie relationnelle, concepts vides. (D'où, en narrative :Travail de reconnexion aux « fines traces de vie »)

·LE COGNITIF PREND LA PLACE DE L' AFFECT, GERE L'AFFECT

© www.espacedupossible.org

7

2è dissociation: L'UTOPIE ET le DEDOUBLEMENT DE L'EMOTION

- L'Utopie: Zéro % de peur, 100 % de sécurité

- Ne supporte plus la moindre émotion douloureuse

- Dédoublément de l'émotion: peur de la peur, triste d'être triste, etc.

© www.espacedupossible.org

8

3è dissociation:

les gestes automatiques

Tous les gestes automatiques, y compris les compulsions classiques (TOC et addictions), montrent une dissociation entre les gestes d'une part, les intentions et les valeurs de la personne d'autre part.

Le geste est opposé à l'intention et aux valeurs.

GESTION DES EMOTIONS

Les 3 associations

les 3 dissociations

CONTACT AVEC EMOTIONS
Auto affection partagée (CP)
intentionnalité COLLABORATIVE
Laisser vivre, VIE,
Concepts pleins

COGNITIF GERE L'AFFECT
Refus du corporel, Ruminations,
C.N intentionnalité RIVALITAIRE,
lutter contre = TDS inefficaces;
SURVIE, Concepts vides

ACCEPTATION DE L'EMOTION
INCLUSION
Plus je suis en relation avec l'autre,
plus je le suis avec moi

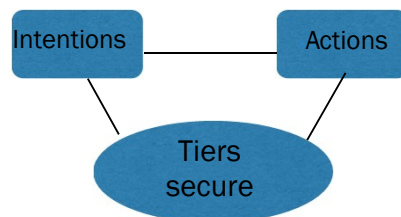


UTOPIE +
DEDOUBLEMENT DE L'EMOTION

GESTE SPONTANE (LE CORPS)
PRECEDE LA PAROLE

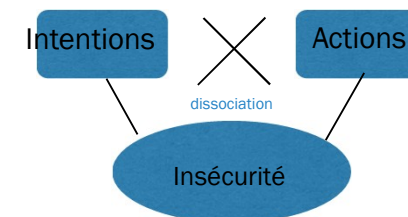
GESTES AUTOMATIQUES

Autonomie relationnelle



Coopération: ce que le sujet fait pour lui est bon pour la relation

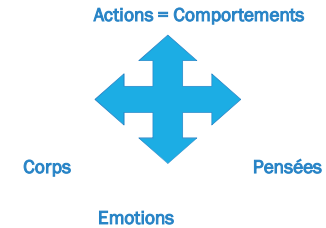
Psychopathologie



2

Hypnose et autonomie relationnelle

4 paramètres : portes d'entrée dans le soin



La stratégie de traitement repose sur des hypothèses simples

.Erickson dit du thérapeute qu'il est un contexte de changement, que l'autre accepte.
Comment créer cette collaboration?

Le thérapeute verra L'intention positive donc collaborative plutôt que la rivalité mimétique

.Bateson disait: « Le fait que le psychiatre envisage la psychiatrie comme une science réflexive, c'est à dire qu'il accepte de s'inclure dans le processus thérapeutique, ou non, déterminera les aspects les plus profonds de l'éthique et de la pratique de son activité. »

.Il crée un **espace de sécurité** dans lequel le patient va pouvoir vivre une expérience différente et nouvelle de celle(s) pour laquelle il consulte. Cette expérience correctrice « émotionnelle » n'est pas qu'émotionnelle: elle engage le sujet dans sa sensorialité corporelle et émotionnelle, comportementale et cognitive (Les 4 paramètres).

.Cette expérience nouvelle est possible grâce à une co-construction, une collaboration entre le sujet et le thérapeute.

Et...

. dans ses 3 types de relations:

- à lui-même
- aux autres
- et au monde

L'expérience thérapeutique de changement amène le patient à rompre les boucles dysfonctionnelles (Les TDS inefficaces) avec lui, les autres et le monde pour créer un monde relationnel plus adapté.

.Le changement s'appuiera sur Ses ressources internes et externes

La partie dite « dysfonctionnelle » est sa symptomatologie du vécu de détresse.

C'est une hypnose négative qui servira d'induction du processus thérapeutique: le patient est déjà en hypnose (« négative »), ce qui le coupe de sa partie saine. Il n'a plus accès ni à ses ressources ni aux exceptions.

Et...

• **La partie dite « saine »** va être mise en Valeur et amplifiée: il s'agit des ressources, des exceptions (solutions qui réussissent déjà), des cadrages et recadrages, métaphores, etc.

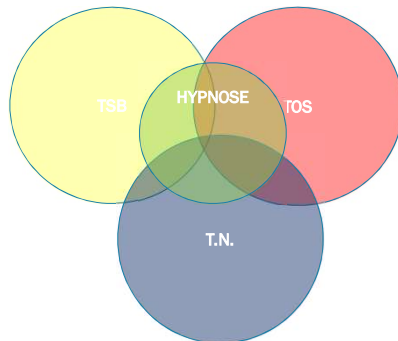
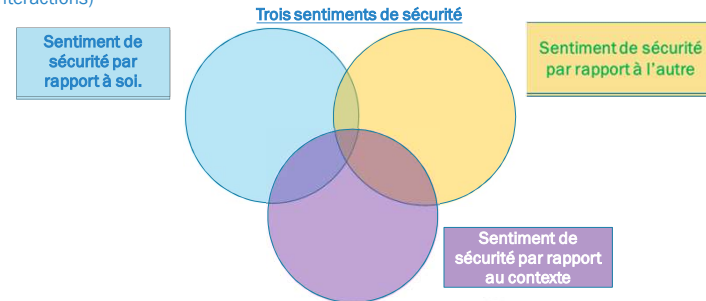
• Le **travail de réassociation** (sortir de la dissociation) se fait par tissage, sensoriel et cognitif, entre la partie saine et la partie dysfonctionnelle. Il conduit à un changement par une nouvelle expérience, exprimée par une **posture différente**.

• Dans cette nouvelle expérience s'effectuera le travail de **restructuration cognitive**

• Une **projection vers le futur** (M.H.Erickson) permettra de la vivre (« comme si c'était vrai ») et la généralisera.

Ressources sur ces 3 plans

Expériences passées de sécurité qui permettent de s'ajuster (faire face) dans ces 3 relations (interactions)



• D'où la place du lien : **lien sûr**

• On trouve donc au centre de quasi toutes nos interventions:

- La **métaphore**, pour donner de la consistance aux abstractions
- La réassociation corporelle, l'accès au **ressenti corporel**,
- Le travail de **réappropriation du geste**

C'est quoi un « état modifié de conscience »?

- .Hypnose naturelle
- .Hétéro hypnose
- .Auto hypnose

Cerveau G (Consc)

- .Logique
- .Rationnel
- .Analytique
- .Volontaire
- .Verbal

Cerveau D (Inconsc)

- .Analogique
- .Émotionnel
- .Global, synthétique
- .Involontaire, automatique
- .Non verbal, corporel

« L'hypnose, c'est ce qui reste à l'homme quand il arrête de faire » (F. Roustang)

Arrêter de FAIRE toutes les tds inefficaces, qui occupent à 95% et créent survie plutôt que vie



Sont aussi hypnotiques

.Le moment traumatique (o. cottencin, 2001)

.Le flash-back de l'E.S.P.T (PTSD)

.Les ressentis intenses, émotionnels (3 dissociations) et corporels

Lesquels sont donc des états hypnotiques « **négatifs** » (**pcq douloureux**) qui permettent une facilitation rapide de l'état hypnotique.

Certains états intenses peuvent aussi être hypnotiquement « **positifs** » **car agréables**: état amoureux, très bons moments, créations artistiques, jubilations diverses,...

Milton Erickson...

·Décrit l'hypnose comme « **naturelle** » (naturalistic: voiture, cinéma,...) : c'est un mode de fonctionnement dit « inconscient », simultané à l'état dit « conscient », comme des vases communicants.

·Inconscient = grand réservoir de ressources (cheval d'erickson)

·Son style « **permissif** » utilise des suggestions ouvertes couvrant toutes les possibilités d'une classe, donc des double liens positifs :

Le thérapeute **n'attend rien**, donc « tout est bon »: à lui de savoir ce qu'il va en faire...

·Son style est « **utilisationnel** »: il utilise ce que le patient apporte. Quoi qu'il apporte, c'est connoté comme **collaboratif**

© Oposé à La Rivalité, et à l'hypnose de spectacle, autoritaire et directive (dormez, **je le veux**),
www.espacedupossible.org

Hypnose et Temporalité

LA temporalité **passé – présent – futur** sera omniprésente dans notre travail

.Dans le passé, se trouvent les mémoires des traumas et des ressources (crises ou opportunités)

.Dans le présent, il y a la consultation présente: La thérapie brève vise à la diminution de la **souffrance actuelle** la plus rapide, complète et durable possible et de la façon la moins envahissante qui soit. C'est bien la souffrance actuelle que l'on soigne, pas le passé

.Dans le futur, l'anticipation anxieuse et... la **projection dans le futur**: Erickson l'appelle « se voir guéri »

© www.espacedupossible.org

26

La temporalité



© www.espacedupossible.org

27

Projection dans le futur : La question du miracle (Q.M)

Face à la souffrance actuelle du patient, Communiquez d'abord votre empathie, puis offrez une des versions suivantes de la « question miracle »

« Maintenant je vais vous poser un étrange question. Supposons qu'à un moment donné pendant que vous dormirez ce soir, sans que vous le sachiez, un miracle se produise et c'est une sorte très particulière de miracle. Le miracle fait que d'un seul coup vous vous apercevrez que vous pouvez gérer la situation de manière automatique de la façon la plus aidante, étant donné les circonstances. Cependant, puisque vous dormirez, vous ne saurez pas que le miracle s'est produit. Alors, quand vous vous réveillerez le matin, qu'est-ce qui va vous faire remarquer, à vous ou aux autres, que va-t-il se passer, indiquant que le miracle s'est produit ? »

© www.espacedupossible.org

28

Deux autres possibilités de q.M

- Supposons que cette nuit, pendant que vous dormez, un miracle se produise et comme résultat de ce miracle vous savez soudainement comment gérer la situation de la meilleure manière possible étant donnée les circonstances. Cependant, étant donné que vous dormiez, vous et les gens autour de vous, ne savent pas que le miracle s'est produit. Alors, quand vous réveillez demain matin, et quand vous commencez à démarrer votre journée, les autres autour de vous, les gens qui ont de l'importance pour vous, vont remarquer, sans que vous disiez un seul mot, que vous êtes en train de gérer la situation difficile de la meilleure manière possible. Que vont-ils remarquer ? -

- Supposons que cette nuit, pendant que vous dormirez, un miracle se produise et que vous ayez un rêve très particulier. Dans le rêve, de nombreuses années sont passées et vous êtes à table, vous et vos enfants. Votre plus jeune enfant est maintenant bien plus âgé, en fait, il a atteint l'âge que vous avez vous-même actuellement. Vos enfants se souviennent et ils vous décrivent les choses aidantes et pratiques que vous avez faites et ils vous disent comment cela les a aidés aussi guérir et à trouver un chemin pour continuer la vie après le traumatisme. Qu'imaginez vous qu'ils diraient ? -

Quelles sont certaines des choses qu'ils pourront décrire que vous êtes déjà en train de faire ou que vous avez fait un peu dans le passé ?

Sur une échelle de 1 à 10, 10 signifiant que vous faites des choses que vos enfants décrivent dans le « rêve du miracle », où vous situez-vous maintenant ? Que pourriez-vous faire ou continuer à faire pour augmenter ce score même un petit peu en direction de ce dont vous voulez qu'ils puissent se souvenir un jour quand ils auront votre âge et qu'ils seront autour de la table avec vous ?

TROUBLES ANXIEUX

TRAVAIL DES RESSOURCES

Sécuriser la rencontre

Synchronisation (pacing) respiratoire, gestuelle, positionnelle, soupirs, sourires,...

Permissions en territoire physique: proxémique, toucher, confort

Permissions en Territoire psychologique: seriez vous d'accord de me dire...? Seriez vous D'accord que je vous dise....? Vous pouvez pleurer si ça vous fait du bien (permissivité, pas ordres, pas de verbe d'obligation, de 'il faut »)

Dans les compétences: qui fait quoi ? Vous allez me dire/montrer quand ça ne va pas ...?

5. B. PLACE SURE DYNAMIQUE

.Définition

.Précautions

.Schéma

.Construction et exercices hétéro et auto

I. DEFINITION:

Ressources internes du patient en lien avec un souvenir de réassurance et qui répond à trois critères :

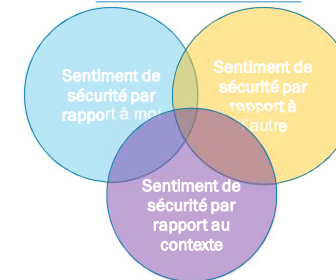
- 1. Action: Sentiment d'être en contrôle : j'agis = attribution interne
- 2. Familier (connu du patient, utiliser l'existant: personnel et accessible)
- 3. Utilisable : peut être mis en action par un ancrage corporel.

Exception où L'action, l'intention et LA coopération sont associés

Ressources sur ces 3 plans

EXPÉRIENCES PASSÉES DE SÉCURITÉ QUI PERMETTENT DE S'AJUSTER (FAIRE FACE) DANS CES 3 RELATIONS (INTERACTIONS)

Trois sentiments de sécurité



« Peur de l'orage »

.Perte contrôle (mort psychique) _____ Soi _____ Intentions Valeurs

.Perte protection (mort sociale) _____ Autre _____ Relation

.Danger (mort physique) _____ Monde _____ Action Initiative

et

«Pas un lieu d'évitement (fond de la piscine où personne ne m'emmerde)»

«Pas une sécurité utopique (100% sécurité)»

«Capacité de faire face à la situation, à l'émotion.»

Ce n'est pas l'absence du problème MAIS UN moment OU IL EST vivant ET où Ses actions sont en accord (alignement) avec Ses intentions

Place sûre dynamique : Schéma général

Trouver un souvenir où vous avez fait l'expérience d'être en sécurité, protection (ou le plus en sécurité possible).

évaluer sur une échelle le niveau subjectif de sécurisation d'alors. C'est un moment d'exception: réassociation, autonomie relationnelle, même implicite:

Le décrire en détail: Visuel – Auditif – Kinesthésique – Olfactif.

Cas particuliers

.Si ne le trouve pas chez lui, demander chez qui il le trouve (ex: ma sœur, elle...!!!) Faire décrire et pdt description, demander « Maintenant que vous m'en parlez, où cela résonne t il en vous? Passez du sensoriel à la ressource de sécurité

.Chez les « plaignants de compétition », passer de « plus de sécurité » à « un peu moins d'insécurité » (minimaliste et inverse)

.Si inférieur à 60 %, demander quelle(s) ressources sont nécessaires, là maintenant, pour l'amplifier et installer les ressources.

PROCOLES DE CONSTRUCTION D'UNE PLACE SÛRE:

1ere étape: Protocole écrit

1) Choisir un souvenir où la personne a fait l'expérience de se sentir en sécurité: celle-ci doit être actrice.

>avec un/des tiers (même implicites)

>avec soi même

>avec le contexte

Signal (S.I.M)

2) Focaliser sur l'action qui porte l'expérience sécurisante.

3) Focaliser sur le vécu sensoriel +(Echelle / au présent)

Suite...

4) ce X/10 vous convient il? dans ce contexte, est ce suffisant ou souhaitez vous l'augmenter?

· si suffisant, passer à l'étape 2

·Si pas, M.A pour l'augmenter jusqu'à suffisance

2ème étape:

5) Lorsque ce vécu sensoriel est bien présent, l'ancrer dans une main puis l'ancrer dans le corps par un geste

- MainS : laquelle de vos mains ressent le mieux ce sentiment de sécurité à X/10 qui est le vôtre ?

OU Dans quelle main souhaitez vous déposer ce sentiment de sécurité à X/10 , qui est le vôtre ?

Où souhaitez vous ancrer cette sensation sécurisée dans votre corps: la placer là

6) Vérifier que le geste ramène la sensation corporelle, ancrer

3ème étape

7) Vérifier l'efficacité de la place sûre ancrée par une projection dans le futur :

a) Demander à la personne de repérer une circonstance toute proche dans laquelle cette ressource (qui est la vôtre à X/10) pourrait vous être utile

b) Lui demander alors d'observer ce qui se passe différemment dans les 4 paramètres: Actions, cognitions, émotions, corps

TROUBLES ANXIEUX ET HYPNOSE DE "L'ACCEPTATION AU PRESENT"

Acceptation et inclusion

Comment passer du refus à L' **Acceptation**, terme consacré par l'usage,

voire à l'**Accueil**, joli terme proposé par Alexandre Jollien dans son « Petit traité

de l'abandon » ?

Comment accepter le signal physique automatique

Caractéristique du premier instant de l'émotion

Avec ou sans l'aide des mouvements alternatifs ?



*

1. Problème? **Emotion**?
2. **Sensation** dans le corps?
3. Que **Fais** tu alors, habituellement? (TDS)
4. Résultat?
5. **Sensation** face au résultat?
6. Le problème serait il le même s'il n'y avait **pas cette sensation**?
7. Qu'est ce qui déclenche ce refus?
8. Observe (ce réflexe) – inspire - **accepte cette sensation** (hors contrôle)



© www.espacedupossible.org

Il ne s'agit pas d'accepter « le fond » (injustice, humiliation,...) mais **d'accepter la sensation présente.**

45

*

9. **qu'est ce qui te vient? Accepte cette sensation**

X fois répété, jusqu'à sensation bcp plus légère et apaisement

10. Centré sur ce calme, quelle est ta **nouvelle vision** (recadrage, cognitif) du problème?
Quelle est la nouvelle personne que tu deviens? avec qui parler de ce changement?
11. Que peux tu **faire à terme** ?
Et que peux tu **faire maintenant? EN SORTANT D'ici**, concrètement?

© www.espacedupossible.org

46

*

12. Centré sur le **calme ressenti ici et maintenant**, revois chaque moment passé où tu as vécu cette même émotion perturbante: quelle différence apparait?
13. Qu'est ce qui est présent maintenant?
14. Centré sur le **calme ressenti ici et maintenant**, vois chaque moment futur où tu crains d'éprouver la même émotion perturbante: qu'est ce que tu te vois faire?


Qu'est ce que tu peux faire maintenant, concrètement? **Tâche dès ce soir**

© www.espacedupossible.org

47

4 paramètres

Actions = Comportements



Corps Pensées

© www.espacedupossible.org

48

En résumé...

Le thérapeute

.Définit le problème en terme **d'émotion**

.Puis de **sensation(s)**

.Puis **d'action(s)**

Ensuite il précise le résultat et sa/ses sensation(s) et ajoute « Le problème serait il le même s'il n'y avait pas cette sensation?

© www.espacedupossible.org

49

Suite...

Qu'est ce qui déclenche le refus?

J'inspire et accepte la sensation: je peux l'accepter (la sensation)

Centré sur le calme *présent*, nouvelle vision? Nouvelle personne? Échange avec proches?
Nouvelles actions maintenant?

Centré sur le calme *présent*, revoir le passé: différence? Quid maintenant?

Centré sur le calme *présent*, voir le futur: quelle action concrète maintenant? Immédiat?

© www.espacedupossible.org

50

tâches

.Première plus petite action

.Proposition: refaire en autohypnose lors de chaque signal émotionnel significatif jusque là non accepté

© www.espacedupossible.org

51

PHOBIES ET PEURS ANTICIPATOIRES

© www.espacedupossible.org

52

PHOBIES ET PEURS ANTICIPATOIRES

www.espacedupossible.org

La peur est elle dans le Rétroviseur ou pare-brise

- Quand l'image de cette scène angoissante est présente, vous ramène-t-elle en arrière, dans le passé, ou dans le futur, qui pourrait arriver (venir, pas revenir: hypothétique)
- Si passé: « Protocole trauma »

www.espacedupossible.org

Peur anticipatoire non traumatique

- L'intensité de la réaction de peur (attaque de panique, angoisse corporelle) qui devient la source traumatique : elle remet en cause la capacité d'être en contrôle sur son environnement.
- Peur d'avoir peur : c'est la représentation mentale qui entretient la peur.
- L'action projetée sur la main est « dans la tête », pas dans le corps où elle serait suite à un trauma. D'où la différence de façon de faire...

www.espacedupossible.org

CIBLAGE, Cognitions puis Corps

- **OK, votre peur se réalise: qu'est ce qu'il se passe au pire?**
ACTION= 1ère CIBLE = Scène en mouvement = interaction
- **Externaliser l'Action – Cible sur / écran / la main**
- **Au pire, qu'est ce qu'il se passe? Au pire, de quoi j'ai peur?**
A répéter et répéter jusqu'à « RIEN » (ce « Rien » pouvant survenir après la mort). C'est la fin du lien entre la personne et ses cognitions négatives. On retire l'écran de la main. Le thérapeute va alors travailler le lien corporel

www.espacedupossible.org

Couper le lien corporel (le corps qui parle de la peur)

- Où est ce RIEN dans votre corps? Centrez vous sur cette sensation: qu'est ce qui vous vient? jusqu'à amélioration corporelle
- Ce mieux, c'est comme quoi? Métaphore à externaliser sur la main:
- Ok, maintenant que vous la regardez sur ma main, pensez y
- Pour qu'elle devienne plus grande il faudrait quoi, ?

www.espacedupossible.org

Quand la métaphore a bien évolué, est bien « améliorée », terminer par :

PROJECTION DANS LE FUTUR (T.O.S)

- Demain le premier geste ce sera quoi?
- 4 paramètres: CP? Emotions? Actions?
- + TÂCHE Echelle de son espoir? Echelle du mien
- Qu'est ce qui est possible là maintenant?
- Qu'est ce que ça change au niveau cognitif?
- Qu'est ce que ça change au niveau corporel?

www.espacedupossible.org

Quelques remarques

- Ceci règle le problème et les TDS qui sont « dans la tête », puis on descend dans le corps. Alors que dans le travail du trauma, le scénario est engrammé dans le corps.
- La différence avec le « Pire du Pire » traditionnel est
 - Ceci concerne plus volontiers une peur unique, Le Pire du Pire « classique » concerne TOUTES les peurs anticipatoires présentes ... et à venir. Que l'on appliquera alors en exposition dans les phobies. Et qui devient une « philosophie de vie ». Elle interprète le réel (problème récidivant) en termes de Paradoxe et Intervention Paradoxe (arrêt des TDS inefficaces de réassurance)
 - On va jusqu'au « rien », qui peut être au-delà de la mort
 - Puisqu'on travaille le lien corporel, au-delà du lien cognitif

www.espacedupossible.org

Dans la phobie d'objet (NON traumatique !)

- Au départ, on prend **une photo** sur la main (araignée, hauteur, ...)
- On déroule le protocole
- A la fin, quand la métaphore est bien améliorée, on passe à la **projection dans le futur par exposition à l'objet phobogène puis tâche**

www.espacedupossible.org