

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document.

Philippe HUGAN

Université de Bourgogne

U.F.R. Sciences Humaines et Sociales

DIPLOME UNIVERSITAIRE « HYPNOTHÉRAPIE »

Traumatisme et Hypnose ?

Chroniques thérapeutiques d'une survivante

Dirigé par Antoine BIOY,

MCU - HDR

Université de Bourgogne

Juin 2013

Mes remerciements s'adressent à :

Antoine Bioy et l'équipe d'intervenants du D.U. « Hypnothérapie », pour la richesse, la rigueur et la créativité des interventions. Ils ont su me communiquer un intérêt croissant pour cette approche thérapeutique.

Mes collègues du D.U. avec qui les partages ont souvent été drôles et chaleureux.

Marie-Liesse Perrotin, psychologue et thérapeute avisée qui supervise depuis des années ma pratique avec perspicacité, souplesse et générosité.

L'institution qui m'emploie et m'a accordé des disponibilités pour mener à bien cette formation. Mes collègues en son sein.

Les enfants, adolescents et adultes que je rencontre dans ma pratique clinique : ils ont accepté de bon gré mes pas hésitants avec cette nouvelle technique. Madame D évidemment, à propos de laquelle je reviendrai tout au long de ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
PARTIE UNE. REVUE THEORIQUE	
1.1 La notion de traumatisme psychique	4
1.2 Eléments historiques et nosographiques	6
1.3 Aspects cliniques et thérapeutiques	
a. Clinique du syndrome psychotraumatique	8
b. Aspects thérapeutiques	9
c. En bref, d'autres dispositifs thérapeutiques	12
1.4 Hypnose et traumatisme, présentation de la problématique	
a. A propos de l'hypnose, très bref historique	13
b. Comment définir l'hypnose ?	14
c. Hypnose, dissociation, traumatisme	15
d. Formulation de la problématique	16
PARTIE DEUX. CLINIQUE	
2.1 Eléments de méthodologie	
a. Contexte	18
b. Rencontre avec Madame D	19
c. Récit de (sur)vie	20
2.2 Eléments cliniques	
a. Synthèse de l'accompagnement thérapeutique	21
b. Introduction de l'hypnose (avec séance vidéo)	23
PARTIE TROIS. DISCUSSION	
3.1 À propos de la question diagnostique	27
3.2 De l'intérêt de l'hypnose dans l'abord du traumatisme	29
3.3 Introduction de l'hypnose : des apports	31
3.4 Limites et perspectives thérapeutiques	33
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	38
POSTFACE	42
RESUME	

INTRODUCTION

Jeune adulte, j'ai découvert l'hypnose au détour d'ouvrages traitant de développement personnel¹. J'étais intrigué par ces méthodes et les potentialités qu'elles supposaient chez tout individu. Puis, lors d'un séjour de vacances, quelle ne fut ma surprise d'applaudir un ami qui, muni d'un balai, chantait en public sous les suggestions appuyées d'un hypnotiseur !

Je laissai là quelques années mes étonnements pour me consacrer à des études de gestion et à mon premier métier en ressources humaines dans le secteur industriel. Dépité par ce monde où les enjeux de pouvoirs se disputent aux techniques d'influence et de manipulation d'autrui en vue de parvenir à des fins financières, je décidai une reconversion et optai pour un parcours universitaire en psychologie à Paris VIII Vincennes - Saint-Denis.

S'il ne fut pas question d'hypnose les trois années conduisant à la licence, je rencontrai la psychanalyse au gré d'une cure, d'expériences associatives et de stages. Je forgeai également mes premiers outils cliniques, d'inspiration psychodynamique, en validant en 2002 un diplôme universitaire (D.U.) organisé à Dijon par Jacky Rigaux et Hervé Bénony intitulé « Psychopathologie des situations de crise – Processus et changement ». Je fus alors marqué par la rencontre et la supervision attentive de François Auger, psychologue et psychanalyste.

Mes théories et approches psychothérapeutiques furent rudement mises en tension lors des trois années de maîtrise et de D.E.S.S. par Tobie Nathan, chef de file d'un courant d'ethnopsychiatrie², qui dirigeait alors la filière de psychologie clinique et pathologique à Saint-Denis. L'enseignement de Jean-Luc Swertvaegher, auteur avec T. Nathan de *Sortir d'une secte*³ sur les psychothérapies à médiation corporelle me passionna d'autant plus qu'il me fit

¹ Par exemple *Enseignement de l'hypnotisme par l'image* (1910, Editions Idégraf, 1985) de Jean Filatre ou *La suggestion mentale* (1988, Editions Idégraf) du Dr Julien Ochorowicz.

² Pour faire très court, l'ethnopsychiatrie telle que l'a formulée Tobie Nathan (cf. notamment 1994, *L'influence qui guérit*, Paris, Poches Odile Jacob et 2001, *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond / Le Seuil) s'intéresse au dispositif thérapeutique, à savoir les objets et théories du thérapeute et aux attachements du patient, à savoir les objets et les êtres du monde de ce dernier.

³ NATHAN T., SWERTVAEGHER J.-L. (2003), *Sortir d'une secte*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond / Le Seuil.

découvrir la somme de Bertrand Méheust *Somnambulisme et médiumnité*.⁴ Je fis au centre Georges Devereux, espace de consultation ethnopsychiatrique, la rencontre d'Isabelle Stengers. Philosophe belge, elle s'est beaucoup intéressée aux rapports entre l'hypnose, la psychanalyse et la science. Elle a dans cet esprit rédigé plusieurs ouvrages, notamment avec le psychiatre et psychanalyste Léon Chertok. Celui-ci a réintroduit l'hypnothérapie en France dans la seconde moitié du XXème siècle et lui a redonné quelques lettres de noblesse⁵. Egalement, à Dijon, j'eus l'occasion en 2006 de rencontrer François Roustang à l'occasion de la sortie de son ouvrage *Savoir attendre pour que la vie change*.⁶ Je fus interpellé par son aisance autour du thème Psychanalyse et Hypnose.

Les années passent, j'exerce différents emplois de psychologue clinicien au sein d'un Conseil Général dans les champs de la dépendance et de la protection de l'enfance. Amené à accompagner des enfants et des adultes, je cherche les moyens de développer de nouvelles approches psychothérapeutiques. J'entends alors parler de l'ouverture à Dijon du D.U. « Hypnothérapie » : une association de psychologues invite Antoine Bioy à présenter la formation à ses membres. C'est décidé, en 2012 j'entame la formation !

Un nouveau champ de possibles s'offre à moi, l'occasion d'interroger ma pratique, celle notamment de l'accompagnement de personnes frappées par de graves événements de vie. Ce sera la porte⁷ d'entrée de ce mémoire, déterminer l'intérêt d'introduire l'hypnose dans l'accompagnement thérapeutique d'une femme victime de multiples traumatismes.

⁴ MEHEUST B. (1999), *Somnambulisme et médiumnité Tome 1 Le défi du magnétisme*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

⁵ Lire par exemple de CHERTOK L. ET STENGERS I. (1989), *Le cœur et la raison - L'hypnose en question, de Lavoisier à Lacan*, Paris, Editions Payot et (1990), *L'hypnose – Blessure narcissique*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1999.

⁶ ROUSTANG F. (2006), *Savoir attendre pour que la vie change*, Paris, Odile Jacob.

⁷ En clin d'oeil à *L'hypnose ou les portes de la guérison* de Jean-Marc Benhaiem avec François Roustang (2012), Paris, Odile Jacob.

PARTIE UNE. REVUE THEORIQUE

1.1 La notion de traumatisme psychique

Etymologiquement, la notion de **traumatisme** désigne une blessure avec effraction et connote la soudaineté de l'accident, la violence du choc, l'effraction dans l'organisme et le bouleversement consécutif. Le concept de **traumatisme psychique** est une extension de cette notion et les éléments d'observation du plan somatique sont transposés de manière métaphorique dans le registre psychologique : le psychisme peut lui aussi être percé et blessé par des événements extérieurs. Le mot « traumatisme » est utilisé de plusieurs façons – pour indiquer un événement unique, ou une accumulation d'événements, ou encore pour décrire l'expérience subjective de cet événement (la réaction à celui-ci), ou bien encore pour décrire les séquelles de cet événement.

Dans les *Etudes sur l'hystérie* de Sigmund Freud et Joseph Breuer⁸, le traumatisme psychique désigne le choc psychique, l'effraction de l'enveloppe psychique et le bouleversement énergétique durable. Réponse donnée par l'individu à un événement dont le caractère est violent, soudain et exceptionnel, le traumatisme implique presque toujours une menace vitale : la peur de mourir. L'événement traumatique entraîne un tel effet de surprise chez l'individu que, non préparé, il se trouve dans l'incapacité de se défendre. L'événement perce le processus filtrant et anéantit tout déni temporaire ou toute possibilité de réparer les dégâts. L'appareil psychique, autre métaphore freudienne, est débordé par une sorte de stimulation qu'il ne peut comprendre ou contrôler. Le traumatisme psychique et son souvenir agissent alors à la manière d'un « corps étranger » et continuent à jouer un rôle actif, longtemps après l'incident douloureux. En 1920 dans « Au-delà du principe de plaisir », Freud propose une « spéculation psychanalytique » concernant la genèse du traumatisme. Il décrit l'effraction psychique comme effraction d'un système protecteur, le « pare-excitations », qui constitue le système défensif du Moi vis-à-vis des excitations externes violentes.⁹

⁸ FREUD S., BREUER J. (1895), *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1996.

⁹ FREUD S. (1920) « Au-delà du principe de plaisir », *Œuvres Complètes, Psychanalyse*, Vol. XV, Paris, PUF, 1996, pp. 277-338.

Rappelons les théories centrales ayant jalonné les conceptualisations du père fondateur de la psychanalyse. Entre 1895 et 1897, la théorie de la séduction attribue au souvenir de scènes réelles de séduction le rôle déterminant dans l'étiologie des névroses. Le point de vue change lorsque Freud découvre que les scènes de séduction sont parfois le produit de reconstructions fantasmatiques, découverte corrélative de la sexualité infantile. Le rôle tenu par les événements extérieurs n'est plus aussi important qu'auparavant puisque l'impact traumatisant des événements peut dériver des fantasmes et des excitations qu'ils provoquent. C'est **la théorie du complexe d'Œdipe**, point nodal du modèle psychanalytique. Le fantasme oedipien prend ainsi la place de la séduction.

Cependant, Freud a maintenu sa classification des névroses en trois grandes catégories : les psychonévroses dues à la perpétuation d'un conflit intra-psychique empruntant le canal des mécanismes de défense, les névroses actuelles dues à un conflit intra-psychique et exprimées biologiquement, directement, et les névroses traumatiques, déterminées par une étiologie qui vient du dehors et exprimées par le syndrome de répétition.

Sa théorie de **l'après coup** postule qu'un second événement révélateur du premier démontre l'efficacité traumatique du premier événement : un traumatisme en cache un autre. Ce qui rend traumatique le traumatisme c'est le réchauffement, le réveil de traumatismes antérieurs non élaborés, non dépassés, non intégrés, non symbolisés. Le risque de ce modèle classique de l'après-coup serait de déconsidérer la valeur traumatique des événements actuels. L'équipe de traumatologie de la Tavistock Clinic de Londres propose un modèle de l'après-coup notablement différent qui ne disqualifie pas l'événement actuel : celui-ci est relié au passé, mais il est bien traumatique en soi, sa valeur traumatique n'est pas seulement le fait du poids traumatique des expériences passées.¹⁰

¹⁰ GARLAND C. (1998), *Comprendre le traumatisme – Une approche psychanalytique*, Larmor-Plage, Editions du Hublot, 2001.

1.2 Eléments historiques et nosographiques

Les troubles traumatiques existent probablement depuis que l'humanité a pu élaborer une certaine représentation de la mort. Dans ses *Histoires* vers 425 avant notre ère, Hérodote en décrit un premier cas : consécutivement à un choc perceptif, un soldat devient subitement aveugle. A l'époque des guerres napoléoniennes, le médecin aliéniste Philippe Pinel décrit les « pathologies liées à l'effroi ». Un même sentiment traverse les personnes qui ont été effractées : celui qui glace, qui fige, qui a l'odeur de la mort, c'est celui de l'effroi¹¹.

Ce sentiment a été mis en relation avec le traumatisme psychique dès l'introduction en 1884 du terme de **névrose traumatique** par Oppenheim et Thomsen, psychiatres allemands qui décrivent un aspect particulier des troubles névrotiques survenus à la suite d'accidents de chemin de fer, caractérisés par la reviviscence diurne et nocturne de la catastrophe sous forme de cauchemars¹². Le clinicien et neurologue Jean-Martin Charcot dénommait ces névroses "hystéro-neurasthénie traumatique" dans ses leçons du mardi, mais certains de ses élèves dont Pierre Janet et Sigmund Freud reprendront ces affections sous le terme névrose traumatique proposé par Oppenheim¹³.

Les deux guerres mondiales de 1914-1918 et 1939-1945 ont donné lieu par la suite à la dénomination **névrose de guerre** (Crocq, op. cit. page 364). En 1915, Milian décrivait ces troubles sous le nom "d'hypnose des batailles" en raison de l'altération de la notion du temps et de l'espace des combattants immobiles et hébétés¹⁴. Après la seconde guerre mondiale, un syndrome des survivants des camps d'extermination émerge ; il allie culpabilité d'avoir survécu à l'horreur, une attitude de retrait silencieuse et une incapacité à raconter l'indicible.

Dès 1980, le système international de classification des troubles mentaux se voulant a-théorique et prétendant se dégager de l'hypothèse des névroses traumatiques issues de la psychopathologie psychanalytique propose une nouvelle appellation. Il a alors recours au concept de stress, critiqué entre

¹¹. Auteurs cités par Meriem Mahbouli, (2011), « Parer hypnotiquement aux traumatismes sexuels - L'apaisement après le tourment », *Hypnose et thérapies brèves*, n° 22, p. 42.

¹² BARROIS C. (1988), *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod.

¹³ In CROCQ L. (1996), « Critique du concept d'état de stress post-traumatique », *Perspectives Psy*, Volume 35, n° 5, p. 364.

¹⁴ In JEHEL L., LOPEZ G. ET AL. (2006), *Psycho-traumatologie – Evaluation, clinique, traitement*, Paris, Dunod, p. XXII.

autres par Louis Crocq notamment de par sa connotation bio-physiologique et son acception dans la conscience publique. La notion habituelle de « trouble » aurait été plus appropriée. Les psychiatres américains distinguent dans leur Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM III en 1980, DSM IV en 1994, DSM V en mai 2013) une entité diagnostique originale, le post-traumatic stress disorder (en abrégé PTSD), en français **état de stress post-traumatique (ESPT)**.¹⁵

Comme d'autres praticiens militaires, Louis Crocq¹⁶ préfère utiliser la catégorie **syndromes psychotraumatiques**. Ceux-ci désignent l'ensemble des états séquellaires consécutifs à un traumatisme psychique. Ils sont décrits classiquement dans les suites d'une catastrophe collective (bombardements, guerres, attentats, tremblements de terre, catastrophes naturelles ou technologiques, déportations), mais certains événements de la vie quotidienne (accidents, agressions) peuvent avoir à titre individuel une telle force de désorganisation psychique qu'ils peuvent aussi être vécus par la victime comme une véritable catastrophe.

La notion de **traumatisme second** développée par Claude Barrois mérite d'être mentionnée. Elle correspond aux réactions de rejet, d'indifférence et d'abandon dont sont paradoxalement victimes les sujets présentant un syndrome psychotraumatique, déjà victimes et souvent survivants d'une première catastrophe (individuelle ou collective). L'effet pathogène de ce rejet social constitue le « traumatisme second »¹⁷.

Quant à Khadidja biznar-Chahraoui, elle intègre la notion de **logique traumatique** pour appréhender les phénomènes de chronicité de la névrose traumatique. Cette chronicité constitue un problème majeur poussant parfois certains intervenants médicaux ou sociaux à rejeter violemment ces patients assimilés « à des “simulateurs à la recherche d'une rente”, ou encore à des “hypocondriaques à la pensée carencée” !.. »¹⁸ La logique traumatique renvoie donc à une organisation pathologique durable où le sujet est pris dans un système relationnel et interactif de type traumatique avec son environnement.

¹⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Mini DSM-IV – Critères diagnostic*, Paris, Masson, 1996.

¹⁶ Lire par exemple de CROCC L. (1997), « Stress, trauma et syndrome psychotraumatique », *Soins psychiatriques*, n° 188, pp. 7-13.

¹⁷ BARROIS C. (1998), « Le traumatisme second : le rôle aggravant des milieux socio-professionnel, familial, médical, dans l'évolution du syndrome psychotraumatique », *Ann. Méd.-Psychol.*, 156, n° 7, pp. 487-492.

¹⁸ BIZNAR-CHAHRAOUI K. (1996), « Aspects chroniques des névroses traumatiques, logique traumatique et relation à la médecine », *Nervure*, Tome IX, n° 4, p. 16.

1.3 Aspects cliniques et thérapeutiques

a. Clinique du syndrome psychotraumatique

J'emprunte ce **tableau clinique du syndrome psychotraumatique** à Louis Crocq¹⁹ :

A - L'événement traumatique

Violent et exceptionnel, reçu comme une rencontre réelle avec la mort

Vécu comme une crise : effroi, non-sens, impuissance, innommable

B – Le syndrome de répétition traumatique (SRT)

Ses modalités de manifestation :

Souvenir forcé

Reviviscences hallucinatoires

Cauchemars de répétition

Crises émotives, vécu "comme si..."

Conduites de répétition : agir comme si...

Tics et sursauts de répétition

Rumination mentale de répétition

Ses circonstances de survenue :

Spontanée

Provoquée par stimulus, réveil ou intoxication

Ses registres d'expression

Détresse

Orage neurovégétatif

Raidissement de l'attitude

C – Symptômes non spécifiques

Anxiété

Asthénie physique, psychique et sexuelle

Symptômes psychonévrotiques

Troubles psychosomatiques

Troubles des conduites

D - Une altération de la personnalité

Blocage de la fonction de filtration

Etat d'alerte

Sursaut à tout stimulus

Résistance à l'endormissement, réveils fréquents

Blocage de la fonction de présence

Réduction d'intérêt pour le loisir et le travail

Impression d'avenir bouché

Impression de détachement du monde

Blocage de la fonction d'affection

Sentiment de détachement d'autrui

E – Les troubles sont durables

F - Souffrance psychique et désocialisation variable

Evolution : chronique avec poussées aiguës possibles

Il existe un *temps de latence* entre l'événement et le syndrome.

¹⁹ CROcq L. (1996, op. cit. p. 372).

Pendant la 1^{ère} guerre mondiale, la **compulsion de répétition** était apparue à Freud comme une manifestation de la pulsion de mort et des traces qui la réactivent. Lors de ses discussions avec le psychiatre hongrois Sándor Ferenczi, Freud avait souligné une fonction de la compulsion de répétition, inverse de l'actualisation de la pulsion de mort : celle d'une tentative désespérée de guérison. Si une personne est préparée à une réaction de débordement à risque traumatique, elle met en action un dispositif d'angoisse qui produit une liaison des excitations et substitue l'angoisse à l'effroi. Lorsqu'une telle liaison échoue à se produire, alors le recours à la compulsion de répétition survient à titre de tentative de liaison substitutive.

Freud distinguait **l'angoisse et l'effroi**. Pour lui, si l'angoisse est ressentie au niveau du moi comme attente d'un danger imminent, elle signe l'absence d'entrée en trauma. Par contre, l'effroi traverse le sujet dépassé par la menace irreprésentable à laquelle il n'est pas préparé et qui, par là même, le frappe toujours par surprise. Selon Jacques Roisin²⁰, l'effroi est une affection toute particulière, celle d'un basculement dans l'anéantissement psychique. La terreur surgit fréquemment comme prolongement immédiat de l'affect d'effroi.

Roisin (op. cit., p. 7) distingue **trois temps de la réaction traumatique** : l'instant de la *réalisation d'une menace vitale*, le temps de l'*effraction psychique* et le moment de la *détresse dépassée*, celle de l'expérience de l'anéantissement. La clinique du trauma offre une dimension plus radicale de la mort, plus obscure, moins propice à être offerte directement au témoignage. Celle du néant que la personne traumatisée rencontre lorsqu'elle fait l'expérience de la réduction à rien de ses objets vitaux et d'elle-même. La réaction traumatique donne brutalement à éprouver la dimension la moins représentable de la mort. Si la mort est perte de la vie (représentable), elle est aussi rencontre d'une destruction totale, pour laquelle convient le terme d'anéantissement (irreprésentable) (ibid., p. 23).

b. Aspects thérapeutiques

Dans son travail sur l'hystérie de conversion, Freud pratique l'hypnose avec Breuer. Pensant que la conversion est liée à un traumatisme, il essaie d'associer au souvenir une décharge émotionnelle des affects pathogènes. C'est la **technique cathartique**. Le problème invoqué par Freud réside dans la dissociation entre l'état de veille et l'état endormi qui renforcerait les

²⁰ ROISIN J. (2010), *De la survivance à la vie – Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*, Paris, PUF, p. 24.

résistances du patient (s'opposant à l'accès de celui-ci à son inconscient). Freud développe alors la méthode des associations libres, à la base de la cure psychanalytique. Le sujet est allongé ce qui provoque une détente et une régression. L'analyste essaie d'aller au-delà des résistances : « Là où est le ça doit advenir le moi ». Neutralité (bienveillante), non interventionnisme, abstinence (on ne dévoile rien de soi) sont les principes du psychanalyste. Parfois, il propose une interprétation portant sur les résistances et le **transfert**, à savoir l'actualisation dans le cadre de la cure psychanalytique de désirs inconscients du patient.

Sándor Ferenczi, reprenant à son compte en 1932 la théorie de la séduction, a pu décrire comment la sexualité adulte (« le langage de la passion ») faisait véritablement effraction dans le monde infantile (« le langage de la tendresse »). Dans son article célèbre « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant »²¹, il parlait de l'attitude panique de l'enfant abusé face à son agresseur produisant une sorte de paralysie psychique.

Ferenczi est un des premiers psychanalystes à avoir critiqué le dispositif thérapeutique de Freud. Il rencontre Freud en 1908, devient un de ses analysants, puis son élève et disciple, enfin son rival. Il développe des conceptions autour du traumatisme²² – il a pris en charge pendant deux années des traumatisés de guerre – et les concepts d'introjection ou d'identification à l'agresseur. Très attaché à la pratique, il est connu pour les modifications du dispositif psychanalytique. Il réfléchit au cadre convenant le mieux au patient en intégrant dans cette compréhension les aspects relationnels et notamment l'analyse du **contre-transfert**, à savoir l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci.

Dans *L'influence qui guérit*, Tobie Nathan distingue deux types de traumatismes (op. cit. p. 270) : on peut soit être confronté à une situation dans laquelle les défenses disponibles ne sont pas suffisantes pour endiguer l'afflux pulsionnel, ou bien être soumis à une entreprise délibérée de destruction de l'enveloppe, par rupture de liens permanents entre les faits psychiques et les

²¹ FERENCZI S. (1932), « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », *Psychanalyse IV, Œuvres complètes*, 1927-1933, Paris, Editions Payot, 1982, pp. 125-135.

²² FERENCZI S. (1932), « Réflexions sur le traumatisme », *Psychanalyse IV, Œuvres Complètes*, 1927-1933, Paris, Editions Payot, 1982, pp. 139-147.

univers référentiels. La torture ressortirait de ce second cas de figure selon Françoise Sironi²³ puisque l'effet recherché est de produire intentionnellement un traumatisme.

Dans le champ du **traumatisme intentionnel** (celui de la torture notamment), Sironi propose de travailler comme le faisaient les premiers psychanalystes, Freud, Ferenczi ou Imre Hermann au début de la psychanalyse. Parce que l'atteinte de la capacité de penser est centrale sous la torture, la thérapie des victimes doit être menée sur un mode intellectuel. Par la restitution du travail de la pensée, on peut agir selon Sironi efficacement sur l'effraction psychique. « Retrouver la théorie du tortionnaire, la livrer, la discuter ou la construire ensemble, c'est mener la thérapie sur un mode pédagogique, ou intellectuel. » (Op. cit. p. 191)

Sironi ne partage pas l'idée communément admise par certains thérapeutes selon laquelle **l'abréaction** (décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique, lui permettant ainsi de ne pas devenir ou rester pathogène) serait un procédé incontournable dans les thérapies avec les patients traumatisés. Elle le juge même dangereux et anti-thérapeutique quand il est appliqué de manière intentionnelle à ces patients. « Le risque que prend le thérapeute qui favorise l'abréaction est de déclencher, du même coup, la frayeur (contrainte à « parler », comme lors d'interrogatoires), produisant et renforçant alors d'inlassables répétitions *iatrogènes*, pour le coup. » (Ibid. p. 192)

Dans son **approche psychanalytique de la résolution du trauma** Jacques Roisin propose un travail de reconstruction psychique visant « à permettre à la personne en trauma un positionnement différent de la survivance, c'est-à-dire de l'installation de l'expérience d'anéantissement que l'événement traumatique avait provoquée. » (Op. cit. p. 145) Il s'agit de confrontation à l'anéantissement et d'exploitation des ressources de vie (« ressourcement »).

Cet auteur interroge la spécificité du traumatisme psychique lorsque celui-ci fait suite à une situation de violence subie. Comment nommer la

²³ SIRONI F. (1999), *Bourreaux et victimes – Psychologie de la torture*, Paris, Editions Odile Jacob.

dimension du traumatisme psychique de l'agressé en ce qu'elle diffère de celle de l'accidenté ? « C'est la rencontre d'une déshumanisation qui produit le vif de la situation potentiellement traumatogène de l'agressé. L'objet vital qui se trouve détruit suite à un acte intentionnel de violence est la foi en l'humanité des hommes, en sa capacité humanisante. » (Ibid. p. 174) L'anéantissement traumatique qui se produit chez celui qui ne parvient pas à intégrer cette expérience désespérante détruit le sentiment d'appartenance à la communauté humaine, c'est la restauration de celui-ci (« la reliance ») que doit viser le travail analytique. Roisin propose deux voies thérapeutiques pour favoriser la reliance :

- . un travail psychanalytique (avec ou sans catharsis),
- . l'insertion des victimes dans un groupe de travail (groupe de parole, de rencontre, groupe thérapeutique, d'entraide, etc.) avec l'objectif de réinsertion du « déshumanisé » au sein de la communauté humaine.

c. En bref, d'autres dispositifs thérapeutiques

Citons très brièvement pour conclure ce paragraphe quelques dispositifs visant à prendre en compte et soulager les pathologies traumatiques.

Suite à l'attentat dans le RER à la station Saint-Michel en 1995 ont été créées en France les **Cellule d'urgence médicopsychologique**. Elles visent à gérer une crise (explosion, accident, incendie, attentats, etc.), identifier les difficultés et donner des soins immédiats et précoces.

Elles peuvent aussi déboucher sur des pratiques de **débriefing**, rangées par François Lebigot dans les soins post-immédiats²⁴. Ces rencontres avec des professionnels de la santé s'apparentent à des actions thérapeutiques et prennent plusieurs formes : débriefing collectif, débriefing individuel, groupe de parole et entretien individuel.

Des **consultations spécialisées** pour les victimes de violences sont régulièrement organisées, par exemple à Dijon²⁵, à Lyon²⁶, encore à Londres²⁷... Elles conjuguent différentes techniques, des thérapies brèves à visée cathartique

²⁴ LEBIGOT F. (2005), *Traiter les traumatismes psychiques – Clinique et prise en charge*, Paris, Dunod, 2011, p. 137.

²⁵ CHAHRAOUI K., BESSE P. (2000), « La consultation psychologique spécialisée pour les victimes de traumatismes psychiques », *Ann. Méd.-Psychol.*, 158, n° 5, pp. 379-384.

²⁶ DALIGAND L. (1997), « La thérapie des victimes au risque de la violence », *Les cahiers de l'Actif*, N° 248/249, pp. 77-84.

²⁷ GARLAND C. (1998), *Comprendre le traumatisme – Une approche psychanalytique*, Larmor-Plage, Editions du Hublot, 2001.

et de mise en sens aux psychothérapies d'inspiration psychanalytique à plus ou moins long terme.

Soulignons que le traitement des états traumatiques est complexe et nécessite des abords diversifiés. La combinaison des différents traitements entre eux (pharmacologiques, psychosociaux, psychothérapeutiques...) conduit à un résultat thérapeutique supérieur à l'utilisation d'une technique unique. La prise en charge se réfère à différents registres de compréhension du trouble et nécessite une approche clinique multidimensionnelle, basée sur une écoute empathique et sur l'utilisation de moyens biologiques et de techniques psychothérapeutiques spécifiques²⁸.

1.4 Hypnose et traumatisme – Présentation de la problématique

a. A propos de l'hypnose, très bref historique

En tant qu'état dissociatif, l'hypnose existe depuis les premières civilisations. Souvent associée à des pratiques magiques ou ésotériques, elle devient objet d'étude scientifique avec le médecin Franz-Anton Mesmer au XVIIIème siècle avec la théorie du "magnétisme animal" puis acquiert un statut thérapeutique avec le chirurgien écossais James Braid à qui revient la paternité du terme "hypnotisme", du grec "hypnos" : sommeil. La pratique de la suggestion d'Ambroise Liébeault et d'Hippolyte Bernheim avec l'école de Nancy, le lien établi par Jean-Martin Charcot entre l'hypnose et l'hystérie, la thèse de Pierre Janet sur "l'automatisme psychologique" en 1889 mettant en évidence un processus dissociatif où des éléments inconscients occupent le champ du conscient, consacrent la portée de l'hypnose²⁹.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'œuvre du père de la psychanalyse Sigmund Freud (1856 – 1939) fut influencée par l'hypnose. N'en déplaise aux historiens officiels de la métapsychologie, Freud n'abandonnera pas l'étude de l'hypnose et la pratiquera au moins jusqu'en 1924. A la fin de sa vie, il souligne l'importance de l'hypnose dans la construction théorique de la psychanalyse et

²⁸ FERRERI M. (1996), « Névrose traumatique ou état de stress post-traumatique : repères cliniques et aspects thérapeutiques », *L'Encéphale*, Sp. VII, p.13.

²⁹ BIOY A., MERCADIE L. (2012), Cours de D.U. « Hypnothérapie » - *Techniques et méthode hypnotique*, Université de Bourgogne.

admet qu'un pratique à visée psychothérapeutique requiert l'utilisation de la suggestion³⁰.

Après une période de pratique silencieuse dans la première partie du XXème siècle, l'hypnose connaît un regain d'intérêt grâce notamment au psychiatre américain Milton Hyland Erickson (1901-1980) qui renouvelle l'hypnose clinique et thérapeutique et lègue le courant de "l'hypnose ericksonnienne". En France, depuis une quarantaine d'années, l'hypnose sort de l'ornière dans laquelle certains tenants de la psychanalyse l'avaient cantonnée grâce au psychiatre et psychanalyste Léon Chertok³¹, au philosophe François Roustang³² toujours en activité et à une nouvelle école dynamique de psychologues et hypnothérapeutes comme Didier Michaux et Antoine Bioy³³.

b. Comment définir l'hypnose ?

Parmi de nombreuses définitions de l'hypnose, il m'a semblé que celle proposée par Antoine Bioy, Chantal Wood et Isabelle Célestin-Lhopiteau est la plus simple et la plus complète :

« Etat de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi. »³⁴

Pour Milton H. Erickson, l'état hypnotique est un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient³⁵. L'hypnose s'accompagne donc de phénomènes utilisables à des fins thérapeutiques, puisant dans un inconscient qui est à considérer désormais comme un réservoir de ressources partiellement inexploitées.

Enfin, dans *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, François Roustang s'interroge sur la visée et le but de l'hypnothérapie : « On peut le dire d'un mot : répondre à la

³⁰ BIOY A. (2008), « Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe », *Perspectives Psy*, Volume 47, pp. 171-184.

³¹ CHERTOK L. (1979), *L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie - Le non-savoir des psy*, Paris, Odile Jacob, 2006, ou CHERTOK L. ET STENGERS I. (1989), *Le cœur et la raison - L'hypnose en question, de Lavoisier à Lacan*, Paris, Editions Payot.

³² Lire par exemple de ROUSTANG F. (2000), *La fin de la plainte*, Paris, Odile Jacob Poches, 2001 ou (1996), *Comment faire rire un paranoïaque ?*, Paris, Editions Odile Jacob.

³³ BIOY A., MICHAUX D. (Sous la direction de, 2007), *Traité d'hypnothérapie - Fondements, méthodes, applications*, Paris, Dunod.

³⁴ BIOY A., CELESTIN-LHOPITEAU I., WOOD C. (2010), *L'Aide-mémoire d'Hypnose*, Paris, Dunod, p. 7.

³⁵ HALEY J. (1973), *Un thérapeute hors du commun, Milton H. Erickson*, Paris, Epi, 1984.

demande de la personne que nous recevons pour lui permettre de modifier le rapport à son monde. »³⁶

c. Hypnose, dissociation, traumatisme

La dissociation est le principe même de l'hypnose : être à la fois ici et ailleurs, dans le présent et dans un souvenir, en train de percevoir une douleur et sa respiration, ou de se positionner à la fois comme acteur et spectateur de sa propre expérience (à la fois vivre l'expérience de la catalepsie d'un bras tout en observant le phénomène). Un enfant occupé à jouer ou en train de "rêvasser" est un enfant dissocié.

A noter que la dissociation dont il est question en hypnose n'est pas pathologique à la différence du terme « dissociation » désignant parfois une caractéristique psychopathologique (dans la schizophrénie ou les troubles dissociatifs du DSM par exemple). En hypnose, la dissociation correspond à un nouvel équilibre psychique du sujet qui perçoit alors son univers de façon différente (Bioy et coll., 2010, op. cit. p. 7).

L'hypnose en tant qu'état dissociatif est donc un phénomène naturel qui intervient au quotidien. Nous faisons tous l'expérience de "partir dans nos pensées", les yeux dans le vague, dans la lune et de prendre conscience de cet état quand nous le quittons. De mêmes moments hypnotiques interviennent lors d'une conférence, d'une discussion, devant un film ou en conduisant une voiture.

De nombreux auteurs³⁷ considèrent que **ce même phénomène entre en jeu en situation de déséquilibre, d'agression, de situation accidentelle, de catastrophe voire de destruction.**

Janet³⁸, Freud et Breuer (1895, op. cit.) étudiaient la triade "hypnose-dissociation-trauma". Ils pensaient qu'au moment de l'agression, le sujet, dans un état hypnoïde, vivait un traumatisme qui ne s'exprimerait pas dans la mémoire lors du retour de la conscience. Freud préférera s'intéresser en quoi le

³⁶ ROUSTANG F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Paris, Les Editions de Minuit, p. 179.

³⁷ COTTENCIN O., VAIVA G., DUCROCQ F., GOUEMAND M. (2002), « Hypnose et traumatisme psychique - Aspects cliniques », *Stress et Trauma*, 2 (3), pp. 163-168.

³⁸ JANET P. (1889), *L'automatisme psychologique*, Paris, Editions Odile Jacob, 1998.

traumatisme, ou un fantasme, a-t-il été traumatique pour le patient. Janet maintiendra sa position sur l'hypnose, non seulement dans la genèse mais encore dans le soin du psychotraumatisme.

Selon Cottencin et coll. (op. cit.), la « clinique hypnotique » du traumatisme pose la question du vécu du trauma par le patient. L'état dissociatif serait essentiellement un moyen de défense non spécifique du psychisme devant une agression quelle qu'elle soit, qu'il parvienne ou non à aider le patient. Or, la dissociation, si elle peut faire partie du problème, peut déjà faire partie de la solution.

d. Formulation de la problématique

Les états traumatiques relèvent de deux catégories : le troubles aigus qui sont les réactions immédiates et post-immédiates aux événements choquants. Les psychothérapeutes sont peu appelés à rencontrer les personnes affectées par ces stress aigus, sauf dans le cadre de CUMP (cellule d'urgence médicopsychologique) ou lors de pratiques de débriefing. La seconde catégorie relève d'états post-traumatiques constitués, ressortant eux de désordres psychiques à évolution chronique.

Cette seconde catégorie, à laquelle j'attribuerai le nom générique de syndrome psychotraumatique, est particulièrement difficile à prendre en charge avec des méthodes psychothérapeutiques à dominante verbale et mentale. Différentes études montrent par ailleurs que l'hypnose s'est avérée efficace dans le traitement des névroses de guerre, partant, dans les pathologies traumatiques³⁹.

Dans ma fonction de psychologue à l'ASE (aide sociale à l'enfance), je suis amené à accompagner des personnes confrontées à des parcours particulièrement chaotiques. Le fonctionnement de certaines d'entre elles semble ressortir du syndrome psychotraumatique.

³⁹ BOURGEOIS P, (2003), Thérapie brève de l'ESPT – Rôle et spécificité de l'hypnose, *Stress et trauma*, 3 (4), p. 225.

Je souhaite dans ce travail **étudier la possibilité d'introduire l'hypnose dans l'accompagnement thérapeutique au long cours d'une patiente traumatisée chronique.**

Ensuite, je m'attacherai à **déterminer les apports et les limites de l'hypnose dans l'abord de ce type de pathologie.**

Enfin, je chercherai à **discuter en quoi l'installation d'un lieu de sécurité**, une "safe place", **pourrait aider cette patiente** à se dégager du syndrome psychotraumatique.

PARTIE DEUX. CLINIQUE

2.1 Eléments de méthodologie

a. Contexte

Au sein d'un Conseil Général, mes fonctions relèvent essentiellement du domaine de la protection de l'enfance. Psychologue au service de l'aide sociale à l'enfance (ASE), dans une agence territorialisée, je suis amené à rencontrer pour des évaluations, des soutiens ponctuels ou des suivis thérapeutiques des enfants, des adolescents ou des adultes. Les entretiens peuvent être individuels ou familiaux. Dans cette dernière forme ils incluent des parents ou des assistants familiaux si l'enfant fait l'objet d'un placement familial.

Les motifs conduisant à une mesure de protection de l'enfance couvrent un large spectre : d'une indisponibilité temporaire à s'occuper de ses enfants à des situations de danger et de maltraitances avérées en passant par des besoins de conseils éducatifs, des négligences, des carences éducatives et affectives, des violences physiques et psychologiques ou des agressions sexuelles intra ou extra-familiales.

Selon les besoins de la famille évalués par les services sociaux, médicaux et/ou scolaires, selon la position des parents et les signes présentés par les enfants, des mesures administratives - contractualisées avec les parents, ou judiciaires - ordonnées par le juge des enfants, sont mises en œuvre⁴⁰.

Citons parmi les mesures administratives contractualisée entre les parents et l'autorité exécutive - Président du Conseil Général la plupart du temps - l'A.E.D. (aide éducative à domicile) ou l'A.P. (accueil provisoire, l'enfant est placé avec l'assentiment de ses parents au sein d'une famille d'accueil ou en établissement).

Parmi les mesures judiciaires ordonnées par le juge des enfants, citons l'A.E. (assistance éducative) à savoir le placement des enfants en famille d'accueil ou en établissement avec ou sans l'assentiment des parents et le PAD (placement à domicile), mesure récente consistant à maintenir un enfant au domicile de ses parents avec un étayage socio-éducatif conséquent. Les mesures

⁴⁰ L'article L. 112-3 du code d'action sociale et des familles et l'article 375 du code civil fondent le cadre juridique et les politiques de protection de l'enfance qui en découlent.

administratives ou judiciaires sont suivies par les travailleurs sociaux du Conseil Général, éducateurs spécialisés ou assistants sociaux, appelés “référents” socio-éducatifs, ou ceux d’associations médico-sociales.

b. Rencontre avec Madame D

Il y a un peu plus de cinq ans, j’ai été sollicité pour rencontrer la mère de quatre enfants placés judiciairement au sein de familles d’accueil.⁴¹ Depuis trois années que la mesure d’assistance éducative (AE) avait été ordonnée par le juge des enfants, celle-ci voyait ses enfants uniquement au sein d’un dispositif appelé “visites médiatisées” : les rencontres se déroulent en « lieu neutre » dans une salle aménagée au Conseil Général et sont accompagnées par une éducatrice et médiatisées par une psychologue.

Le placement partait d’observations et de signalements des services sociaux et médicaux. La décision était notamment fondée sur les « dysfonctionnements importants du couple parental et l’incapacité des parents à assumer dans de bonnes conditions l’éducation de leurs enfants. » Madame D venait de se faire agresser à son domicile par son propre mari, le père des enfants. Celui-ci sera condamné à une peine de trois années d’incarcération pour « agression sexuelle commise en réunion », administration de substances nuisibles et menaces de mort. L’âge des enfants à l’époque du placement allait de un à neuf ans.

Des expertises psychiatrique et psychologique ayant été ordonnées, Madame rebondit sur certaines préconisations et entama des démarches d’aide psychologique : elle fut suivie deux ans par une psychologue à l’hôpital dans le cadre d’une consultation spécialisée en traumatologie, un an auprès d’un confrère de l’école des parents et trois mois par une psychologue d’un organisme de réinsertion.

Témoins des manifestations d’angoisse et de souffrance de Madame D et observant leurs effets négatifs, les intervenants en charge des visites médiatisées et l’éducateur référent suggérèrent au juge des enfants une réduction de la fréquence de ces rencontres. Madame D exprima alors son incompréhension auprès de la psychologue médiatisant les visites et lui demanda la possibilité de rencontrer un psychologue ASE pour mieux

⁴¹ Afin de respecter l’anonymat, j’appellerai cette patiente Madame D et je veillerai à rester flou sur les éléments temporels et géographiques. Madame D a accepté le principe de cette recherche ainsi que la vidéographie d’une séance d’hypnose qui sera présentée lors de la soutenance de ce mémoire. Qu’elle en soit à nouveau remerciée ici.

comprendre ce qui lui était demandé par le juge afin de « ne pas perturber » ses enfants lors de ces visites médiatisées.

C'est dans ce contexte que je fus amené à rencontrer une première fois Madame D. Voici sa question telle qu'elle me l'a formulée lors de ce premier rendez-vous : « J'aimerais que mes enfants aillent mieux avant et après les visites. Comment je fais moi, qu'est-ce que je dois faire ? »

Nous avons convenu de nous rencontrer régulièrement, tous les mois d'abord, puis tous les quinze jours, dans le cadre d'un accompagnement qui prit assez vite une allure thérapeutique.

c. Récit de (sur)vie

Dernière d'une fratrie de 9 enfants, Madame D n'était pas "attendue" par ses parents. Sa mère réalisa sa grossesse par le biais de son médecin traitant une semaine avant l'accouchement. Six mois plus tôt, ses parents avaient été frappés par le décès accidentel et tragique d'un de leurs enfants. Ils en avaient auparavant perdu deux autres. Madame D pense que sa mère était déprimée au moment de sa naissance.

Suite à des conflits conjugaux et à des négligences parentales, Madame D est placée, petite, en foyer. Elle rentre certains week-ends puis les soirs chez ses parents et subi rapidement des mauvais traitements, des pressions, puis des agressions sexuelles de la part de son père. Madame D, adolescente, rejoindra un internat éducatif. Elle y restera jusqu'à ses 21 ans et y validera un BEP et un brevet professionnel.

Sa jeunesse est émaillée de décès brutaux. Lorsqu'elle est âgée de 10 ans, un de ses frères aîné, son préféré, est assassiné. Vers 17 ans, coup sur coup, une amie d'internat est retrouvée morte suite à une fugue. La sœur de la victime se suicide sous les yeux de Mme D. Peu de temps après encore, une amie de foyer décède du V.I.H. Enfin, son fiancé se noie accidentellement peu après s'être disputé avec elle.

Le ressenti de culpabilité est énorme car Mme D estime être en partie responsable de chacun des décès. Afin de ne pas prêter au fantasme ou à la fabulation, la patiente m'apporte coupures de presses et comptes-rendus d'audiences pour accréditer ses dires et honorer la confiance qu'elle souhaite m'inspirer.

Elle éprouve une ou deux années de « répit » jusqu'à la rencontre de Monsieur P, avec qui elle se marie rapidement et dont elle aura quatre enfants.

Les deux années précédant le placement, la situation conjugale et familiale s'est considérablement détériorée. Madame avait noué une relation proche avec la fille d'une voisine de village. Sur la base d'arguments insolites exprimés aux assises, celle-ci tenta à deux reprises de donner la mort à Madame D en l'empoisonnant, ce qui valu l'hospitalisation de la victime et l'incarcération de la coupable.

Un mois après cette dernière tentative de meurtre, Madame D subissait l'agression sexuelle commise en réunion par son mari ce qui entérinait le placement judiciaire de leurs enfants et redoublait les effets du traumatisme psychique.

2.2 Eléments cliniques

Il est difficile de retracer en quelques lignes plusieurs années de rencontres à visée thérapeutique. L'objet de ce mémoire n'étant pas d'approfondir le déroulé des entretiens et les observations cliniques, qui sont illustrées par une séance vidéo, je vais tâcher d'identifier les faits marquants qui m'ont amené après cinq années d'accompagnement à proposer à Madame D d'intégrer des techniques hypnotiques dans le cadre du suivi.

a. Synthèse de l'accompagnement thérapeutique

Quand je rencontre pour la première fois Madame D, elle fait partie de ces personnes blessées, sur le qui-vive, dont la posture vigile et défiante impose tout à la fois un cadre rigoureux et un apprentissage de la confiance. L'angoisse, les mouvements dépressifs sont toujours présents, labiles cependant. Madame D témoigne aussi de vivacité, de curiosité, d'envie de plaire et de se faire remarquer, enfin d'une force de vie et de survie peu commune.

Au vu de l'ampleur de la souffrance exprimée par Madame D et de son besoin d'étayage, nous adopterons au terme d'une année un rythme de deux entretiens par mois. Progressivement, elle pourra aborder le récit de son histoire et la vision de sa vie.

Un an après le début du suivi, Madame D subit des examens médicaux qui révèlent de multiples pathologies : tumeur cancéreuse, fibrome intra-utérin et malformations cardiaques notamment. S'ensuivront depuis lors des investigations et interventions chirurgicales qui ne laissent pas de répit à Madame D. Malgré les pronostics pessimistes, elle parvient à ce jour à assumer ses responsabilités et obligations, notamment parentales. Autant que faire se

peut, je reste en contact avec les praticiens pour articuler au mieux l'accompagnement thérapeutique.

Durant ces années, Madame D est régulièrement assaillie d'envies suicidaires dont elle me fait part. Elle envisage de "partir" de façon plus ou moins programmée, avec prévision de date, de moyens. Elle réchappe à quelques tentatives de suicide. Je suis alors attentif aux sentiments qui peuvent s'emparer de moi, notamment la peur, le découragement ou l'impuissance. Je reste également sensible et mobilisé par la force que je sens habiter Madame D. Bénéficiant d'une supervision individuelle, je peux réfléchir au sens des paroles échangées, à la circulation de la pensée, aux mouvements transférentiels et contre-transférentiels, ainsi qu'à la stratégie thérapeutique.

Madame D a changé à cinq reprises de lieu d'habitation depuis que je la connais sans compter divers hébergements liés à des projets de réinsertion. Elle habite désormais à trois cents kilomètres de la ville où je la rencontre. Elle s'y déplace environ deux fois par mois pour rencontrer ses enfants et moi-même. Nous alternons désormais un entretien téléphonique et un entretien au bureau.

Les rencontres avec ses enfants se déroulent mieux et, même si une levée de placement n'a pu être envisagée, Madame D a regagné des droits, notamment celui de les accueillir en hébergement de temps en temps. L'aîné est aujourd'hui majeur et s'implique dans un projet professionnel ce qui était une gageure. Sa mère semble avoir su lui transmettre des valeurs positives.

Madame D est divorcée du père de ses enfants. Celui-ci a recouvré sa liberté et rencontre ses enfants dans le cadre de visites médiatisées. Il apparaît parfois menaçant pour l'équilibre de ceux-ci.

Remariée avec un ami, Madame D s'en est séparée quelques mois plus tard. Sa vie sociale semble plus stable qu'auparavant même si cela reste fragile et qu'il lui est difficile de croire en la fiabilité d'une relation. En effet, sa trajectoire de vie, jalonnée d'événements traumatisants depuis sa naissance pourrait-on dire jusqu'au placement de ses enfants, est toujours fracturée par des violences et des agressions.

En six ans en effet, Madame D a fait l'objet d'une dizaine d'agressions dont la moitié à caractère sexuel commises par des hommes rencontrés au gré de son nomadisme géographique, lors de stages ou dans le cadre de ses soins. La dernière agression sexuelle en date, récente, serait le fait d'une connaissance de son ex-mari, rencontré au cours de son incarcération. A noter que Madame D tient à me transmettre des éléments écrits accréditant ses thèses.

Ces répétitions notables constituent une des limites du travail verbal et de co-construction de sens réalisé avec Madame D et ont suscité mon souhait d'introduire une approche psychocorporelle comme l'hypnose. Je lui en ai fait la proposition peu après le début du D.U. « Hypnothérapie ». La patiente se représentant l'hypnose comme un « état second, comme si on pouvait causer en dormant », je précise qu'en état hypnotique on ne perd pas le contrôle de soi. Aussi me donne t-elle son accord de principe.

b. Introduction de l'hypnose

Premier entretien avec hypnose

Après avoir proposé à Madame D de porter attention au bureau, aux objets, aux lumières et couleurs présentes⁴², je réalise une induction classique expérimentée en formation⁴³ (« VAKOG » ; porter attention aux sens visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif, à sa respiration, laisser venir les images). Je suggère ensuite à Madame D d'imaginer un lieu agréable. Elle imagine un lit, un polochon et une peluche.

Second entretien avec hypnose, un mois plus tard

Madame D accepte l'idée d'un extrait vidéo en vue de la recherche et de la soutenance du mémoire. Au préalable, elle me fait le récit de deux cauchemars dans lesquels elle est actrice : l'un de vol, l'autre de meurtre.

Je propose une induction type « VAKOG » puis suggère l'expérience hypnotique "3 D" présentée lors du D.U. par Philip Zindel⁴⁴. Une fois l'état hypnotique installé, il s'agit de suggérer au patient de préciser ce qu'il aimerait avoir autour de lui (à droite, gauche, derrière, devant, en-dessous, au-dessus), ce peut être une personne, un animal, un objet, un végétal, une chose.... Je reviendrai sur cette expérience dans la troisième partie du mémoire (point 3.3). Voici quelques extraits de verbalisation sous hypnose :

⁴² Comme l'a illustré Brigitte Lutz (2013), Cours de D.U. « Hypnothérapie », *Les troubles anxio-dépressifs et l'ESPT*, et *Supervision*, Université de Bourgogne.

⁴³ BIOY A., MERCADIÉ L. (2012, op. cit.)

⁴⁴ ZINDEL P. (2013) Cours de D.U. « Hypnothérapie », *Les états dissociatifs*, Université de Bourgogne.

[A droite Madame souhaiterait avoir] « *la mer, froide, verte et grise, avec un phare au milieu et puis des vagues qui viennent taper...*

[A gauche] *La montagne. Pourquoi ne pas se faire rencontrer deux opposés. Elle est blanche, froide. Quand on est au sommet, elle nous donne toujours des visions nouvelles. On a toujours l'impression de la redécouvrir.*

[Derrière vous ?] *Ma jeunesse... de ma naissance à maintenant. Comme si on tournait le dos à quelque chose, à quoi, à qui ?*

[En dessous de vous ?] *Le vide. J'ai l'impression de tomber dans un tunnel. Et que je pousse un grand cri. Et dans un autre sens, je me dis que quand j'arriverai en bas, et ben j'aurais plus de soucis. Tout ce qui m'aura pourri la vie ça sera terminé.*

[Devant vous ?] *La mort. Je pense que s'il y a une personne avec qui je ne gagnerai pas mon combat ce sera avec elle. Pas que j'en ai peur, mais dans un sens quand je dis ça, ça me procure un sentiment de bien-être. Au moins je serai tranquille. Ça me procure un sentiment de paix. Une paix intérieure que je recherche. Dans un autre sens, j'ai pas le droit, vis-à-vis de mes enfants.*

[Au dessus de vous ?] *Rien, rien. Surtout pas un ange.*

[Pourriez-vous décrire ce rien ?]

Des fois j'ai l'impression que quoi que je fasse... Le ciel, le temps, les nuages ? J'arrive pas à définir comment est le rien. J'aimerais trouver cette paix au fond de moi. Parce que c'est vraiment pénible d'être comme je suis, aussi bien pour moi que pour les autres. Je ne sais pas où aller, ce que je veux faire, c'est toujours l'inconnu. Donc vous voyez, rien.

[Imaginez maintenant que vous êtes au centre de cette espace, de ces six éléments qui sont des ressources, que vous pouvez utiliser comme des ressources.]

Les utiliser comment ? La mer ? La montagne, c'est froid et au sommet c'est l'inconnu, le mystère. Le passé, je vois pas trop à quoi il peut me servir, hormis à me donner des cauchemars, quelque chose qu'on a pas envie toujours de revivre. Ensuite la mort, elle vous attend. Le vide, comme un entonnoir et en dessous on va tomber donc savoir si on sera mort ou pas c'est une autre question. Ensuite rien au dessus de votre tête. Le seul point positif qu'il peut y avoir c'est la mer, la montagne. »

Troisième entretien avec hypnose, un mois plus tard

Je propose une expérience visant à faciliter un choix d'orientation professionnelle et aider Madame D à se donner une indication sensorielle. La séance semble appréciée à ceci près qu'elle craint de s'endormir : « Des fois j'ai l'impression d'être fatiguée, de m'endormir. Si jamais tu dors, ça ne va pas ! »

Un mois plus tard, Madame D ne souhaite pas de séance avec hypnose. Suite au dernier entretien, elle s'est assoupie dans un train sur le chemin du retour. Elle aurait alors été victime d'une tentative d'agression. « Ce côté-là est effrayant car j'estime que je n'ai pas le droit de me détendre », commente-t-elle.

Un mois après, entretien filmé (vidéo)

Je propose l'installation d'un « lieu de sécurité » (« safe place »).⁴⁵ Il s'agit, après une induction hypnotique, de suggérer au patient une promenade vers un lieu dans lequel il puisse ressentir sûreté, sécurité, protection. Cf. vidéo.

Tout juste sortie de cette transe hypnotique, Madame D relate un épisode survenu lors d'une hospitalisation post-traumatique. Je l'appellerai “*Rencontre avec des morts*”. Voici les échanges retranscrits grâce à l'enregistrement vidéo :

Mme D - Vous savez, on parle de rêve mais, est-ce que je vous ai déjà causé de mon séjour à l'hôpital, ce qui s'était passé avec Mademoiselle T [suite à la tentative d'assassinat dont avait été victime Mme D], mon réveil et tout ? [...] Je vous avais dis que j'avais vu, que j'avais pensé que je dansais avec les morts ? Que j'avais été comme aspirée par un entonnoir ? Parce que si vous voulez, ça va peut-être vous paraître bizarre, mais pendant cette période-là, à plusieurs reprises, mon cœur il battait tellement faiblement que... ils se demandaient euh... vous voyez donc, y'a un moment vous voyez le médecin légiste était venu m'examiner... Vous savez pour les besoins de l'enquête, pour les besoins de l'enquête, à ce qu'il paraît ils envoient le médecin légiste, enfin bref... Et je ne sais pas ce qui s'est passé mais à ce moment-là je me vois danser... je ne sais pas où j'étais mais, enfin j'étais à l'hôpital mais, est-ce que j'étais dans mon lit, enfin bref je ne sais pas...

- Vous ne savez pas...

- Au départ parce que, ça a duré un long moment, un très long moment. Ça a bien duré une demi-heure parce que je sais qu'à un moment donné ça a bougé... et si vous voulez ce qui est arrivé, j'étais mis comme sur un espèce de brancard, ou un machin métallique, je peux pas vous dire ce que c'est, et à ce moment-là j'étais, parce qu'à ce moment-là je ressentais tout, mais j'étais, comment dire, j'avais du mal à mettre des noms sur ce qui se passait. Alors vous voyez... arriver à identifier la... Et à ce moment-là, euh, c'est paradoxal parce que à ce moment-là je me suis vue, j'ai vu comme un espèce d'entonnoir, y'avait, un grand cône, comme ça [élevant au ciel ses bras écartés], au dessus de ma tête, avec une lumière, à chaque fois la lumière s'allumait, et donc je me suis vue, aspirée, on aurait dis que y'avait un aspirateur en haut... et là, arrivée en haut, y'avait une, euh, multitude de personnes qui étaient en train de danser autour d'un feu, et c'était des personnes que je connaissais qu'étaient décédées. Et donc ces personnes-là, une fois arrivée en haut, elles m'ont pris, elles m'ont pris les mains, machiné, et hop, elles me faisaient danser avec, et je dansais mais vous savez pas comme on danse là mais je me voyais voler mais en me tenant les mains... Et vous allez peut-être pas me croire mais alors ça m'a tellement effrayée, ...

⁴⁵ BIOY A., MERCADIÉ L. (2012, op. cit.).

Parce qu'à ce moment-là y'a eu un moment où y'a eu un déclic, je me suis dis mais attends, t'es en train de danser avec des personnes qui sont mortes, ça veut dire que t'es en train de mourir ?

- [...] *Et euh, maintenant voilà, ça m'a... Et vous voyez, autant avant, avant cet épisode-là, je, j'aurais fait des cacas nerveux excusez-moi l'expression quasiment pour un oui un non, autant après, et j'étais rapace enfin j'étais euh, autant après, ça a changé. Parce que je me suis dis que ça servait à rien de se prendre la tête pour des clous...*
- *Oui d'accord, ça a permis de relativiser.*
- *Enfin, ça servait à rien, si parce que bon, c'était quand même, il y a eu quand même du chemin depuis qu'on a travaillé mais bon, je veux dire, par rapport à avant...*
- *Oui avant [...]*
- *Voilà, et donc, quand je me suis réveillée à ce moment-là, je me souviens, je me rassois, le monsieur je me souviens il me dit "bonjour je suis médecin légiste." Oh punaise, pschitt, je suis tombée dans les pommes, la grosse mémère elle est tombée dans les pommes, et je me suis retrouvée dans mon lit, quelques jours après, et y'avait les gendarmes à mon chevet, ils venaient m'auditionner, alors...*
- *Et là, vous êtes tombée dans les pommes, avec le médecin légiste, avec ce que vous veniez de vivre, avec ce, cette rencontre avec les morts, enfin des morts... Finalement là vous avez eu une frayeur, une vraie frayeur !*
- *Ben attendez, sur le coup, est-ce que, vous savez c'était le contrecoup alors je me suis toujours posée la question. Parce que déjà, pourquoi à ce moment-là, alors que bon depuis un moment euh, ils se demandaient, bon ils essayaient, parce que sur les rapports c'était marqué que mon cœur battait très faiblement, à ce qu'il paraît à certains moments il s'arrêtait un petit peu pour reprendre mais très faiblement après... Donc est-ce qu'à un moment donné ils ont dû en déduire sûrement que, je sais pas quoi ? Parce que entre temps y'avait quand même une grande période, où je me rappelle que avant qu'il y ait ce fameux épisode-là, on était, ben c'était le 2 et puis bon après, il y a fallu pas loin à peu près une semaine pour euh, je sais pas trop, c'était un peu flou mais bon, là j'ai été quand même plusieurs jours où euh, je peux pas vous dire réellement ce qui s'est passé à telle heure, parce que, c'est le néant total... Donc à ce moment-là je me réveille, je vois ça, j'entend "médecin légiste", ah, je retombe dans les pommes parce que je me dis est-ce que c'est vrai, ou est-ce que tu viens de rêver...*
- *Finalement est-ce que je suis vivante, ou morte...*
- *Voilà ! Et si vous voulez ça m'a fait tellement... je suis tombée, oui je suis tombée dans les pommes !*
- *Vous vous êtes évanouie...*
- *Evanouie, et après je me suis retrouvée dans le lit, et y'avait donc des gendarmes, qui attendaient pour m'auditionner. D'ailleurs ils m'ont dit, "Tiens, vous vous réveillez !" Euh oui...*
- *Et ça faisait combien de temps que...*
- *Et ça faisait plusieurs jours...*
- *Ah plusieurs jours !*
- *Plusieurs jours, parce que eux ils comptaient m'auditionner le deux...*

PARTIE TROIS. DISCUSSION

Les problématiques de Madame D rendent nécessaire un accompagnement thérapeutique au long cours en articulation avec les suivis sociaux et médicaux. La thérapie menée se fonde à la fois sur une perspective psychodynamique – sensible au référentiel psychanalytique, et ethnopsychiatrique, au sens où Françoise Sironi en décline certaines applications thérapeutiques⁴⁶. Penser le cadre de travail, identifier les mouvements transférentiels et contre-transférentiels, discuter les théories en présence ont sans doute aidé Madame D à mieux appréhender sa situation, à traverser les épreuves et à rester debout, malgré tout. Certaines conduites, certains symptômes demeurent cependant, je pense par exemple au syndrome de répétition traumatique et invalident les efforts de Madame D à sortir d'une logique de survie pour entrer réellement dans la vie.

A la faveur de la formation D.U. « Hypnothérapie », l'introduction de l'hypnose m'est apparue de nature à offrir de nouvelles perspectives dans cette thérapie. Je voyais également dans cette approche psychocorporelle la possibilité d'aider Madame D à "démentaliser" sa problématique, pour autant qu'elle puisse entrer en sécurité dans ce nouvel espace.

3.1 A propos de la question diagnostique

Bien avant de connaître Madame D, j'avais été surpris d'entendre lors d'une commission technique aide sociale à l'enfance⁴⁷ les conclusions d'une expertise psychologique ordonnée par le juge des enfants. L'expert mandaté avait explicitement posé un diagnostic de « névrose histrionique ». C'était pour le moins étonnant car cette entité n'existe pas en psychopathologie ! En toute hypothèse, il faisait référence soit à une névrose hystérique (classification psychanalytique), soit à une personnalité pathologique de type histrionique (classification se voulant a-théorique de type DSM IV)⁴⁸. Ce manque de rigueur est dommageable car qu'il suivra le sujet pris aux rets du système de protection

⁴⁶ Se reporter notamment à SIRONI F. (1999), *Boureaux et victimes – Psychologie de la torture*, Paris, Editions Odile Jacob et (2007), *Psychopathologie des violences collectives*, Paris, Odile Jacob.

⁴⁷ Instance où sont examinées les mesures de protection de l'enfance en vue de formuler des propositions au magistrat.

⁴⁸ Voir par exemple Marie-Christine Hardy-Baylé (1994), *Le diagnostic en psychiatrie*, Paris, Editions Nathan.

de l'enfance et qu'il passe à côté d'éléments bien plus prégnants et probants. Il aurait été plus pertinent d'envisager la lignée "limite"⁴⁹ chère à Jean Bergeret ou bien la notion de « frontaliers » qu'interroge François Roustang⁵⁰. Mais surtout, nous pensons au syndrome psychotraumatique tellement plus conforme à la réalité clinique de Madame D et offrant davantage de perspectives thérapeutiques.

Il est regrettable que l'expert judiciaire en question n'ait pas pris appui sur l'expertise psychiatrique demandée une année plus tôt dans le cadre de l'affaire pénale qui opposait Madame D à son mari de l'époque. L'examen concluait qu'il s'agissait « d'une jeune femme déprimée depuis la petite enfance à ce jour, pour avoir subi depuis toute sa vie des actes criminels. » Qu'en dehors de ces troubles dépressifs, Madame D présentait « une personnalité normalement structurée, c'est-à-dire qu'elle ne présente aucun trouble ou anomalie susceptible d'affecter son équilibre psychique ou intellectuel. » Qu'il « existe un important traumatisme moral consécutif aux faits poursuivis. » Que Madame D est « de plus, une jeune femme qui éprouve un sentiment de honte et de culpabilité permanente, comme en éprouvent toutes les victimes qui ont subi des traumatismes d'une extrême violence. » L'expert formulait « un pronostic très réservé sur les conséquences des faits, car force est de constater que cette jeune femme a été, de tout temps, martyrisée et maltraitée. » Il l'invitait à poursuivre les soins auprès d'un confrère psychiatre mais également à engager « un solide suivi de psychothérapie de soutien auprès d'un psychologue », préconisation dont s'est saisie Madame D.

Cet expert avait approché de près, sans poser de diagnostic précis cependant, l'état caractérisant le fonctionnement psychique de Madame D. Celui-ci entre effectivement dans la symptomatologie des états psychotraumatiques à évolution chronique : syndrome de répétition centrée sur les reviviscences à travers des cauchemars extrêmement agités, des images, des ruminations, des comportements et pensées récurrents ; l'hypervigilance, l'évitement ; le remaniement de la personnalité dans lequel dominant la dépendance affective, les attitudes passives et infantiles, les revendications caractérielles. Sans compter les symptômes non spécifiques comme les crises d'angoisse, les mouvements dépressifs, les atteintes narcissiques...

⁴⁹ BERGERET J., REID W. (1986), *Narcissisme et états limites*, Paris, Dunod, 2003.

⁵⁰ ROUSTANG F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Paris, Les Editions de Minuit, p. 43 : « Les frontaliers » [...] « Traduction de l'anglais *borderline*, utilisé pour désigner les *borderline cases*, les *cas-limites* » c'est-à-dire les personnes qui butent « sur le passage à notre monde auquel ils n'ont pas accès. »

3.2 De l'intérêt de l'hypnose dans l'abord du traumatisme

Dans un premier temps, notons la similitude entre état hypnotique (transe) et traumatisme⁵¹. La transe focalise l'attention du sujet sur un point. Le trauma produit une focalisation sur l'événement, une sidération, un effroi. La transe crée un état de "déréalisation", une sorte de perte de repères, en particulier du temps. Le trauma, de par l'effraction, entraîne une déréalisation et souvent une perte de la notion du temps. La transe hypnotique peut faire surgir des images, des sensations, des odeurs... Le trauma est porteur de "flash-back" : retour en arrière avec images, sons, odeurs, sensations... La transe crée un état de dissociation chez le sujet : sentiment d'être présent sans y être, de ne plus sentir son corps. Le trauma crée une dissociation qui joue une fonction de protection quasi spontanée ("comme dans un film"), une dépersonnalisation ("je me suis vue") mais secondairement l'impossibilité de réassocier l'événement et la répétition interminable avec ses conséquences sur tous les secteurs de vie. Rappelons que la dissociation est un phénomène par lequel une partie mentale ou physique d'une personne fait l'expérience de fonctionner distinctement et indépendamment d'une autre partie. « La dissociation apparaît ainsi comme Janus, avec deux faces, l'une protectrice du sujet à court terme au moment de l'événement, l'autre à moyen et long terme, génératrice d'un syndrome de répétition mortifère⁵². »

Dans la trajectoire traumatique de Madame D, il paraît évident qu'un phénomène de dissociation l'a préservée d'une hyperstimulation somatique et émotionnelle de nature à anéantir une personne, « mourir d'effroi »⁵³. Toutefois, son hypervigilance ne la préserve pas, loin s'en faut, de graves agressions. Les repères qui lui permettraient de discriminer ce qui relève du danger ou d'une situation neutre sont pour l'heure bouleversés. Une partie d'elle-même a peur, est terrifiée parfois, une autre partie reste à proximité de ce qui fait danger dans la réalité (par exemple la relation avec le père des enfants de Madame D).

⁵¹ Corine Van Loey in BENHAIM J.-M. (Sous la direction de, 2005), *L'hypnose aujourd'hui*, Paris, In Press Editions, 2012, p. 255 et 256.

⁵² Philippe Villien in MICHAUX D. (Sous la direction de, 2006), *Hypnose et dissociation psychique*, Paris, Editions imago, p. 284.

⁵³ PERREN-KLINGLER G. (2012), « Réassociations salutaires - Evolutions de la psychotraumatologie », *Hypnose et thérapies brèves*, n° 24, p. 45.

C'est lorsque le mécanisme de dissociation ne permet plus l'élaboration ou la résolution du traumatisme et empêche son intégration avec toutes ses composantes que le recours à l'hypnose présente un intérêt spécifique du point de vue thérapeutique puisque l'une des manifestations de celle-ci est en effet une forme de dissociation. « Mais c'est alors une dissociation qui se produit dans un contexte contrôlé, rassurant, dans un cadre structuré avec une composante relationnelle très intense permettant au sujet d'affronter "l'extrême solitude face à la mort" ou "l'effroi". »⁵⁴ Philippe Bourgeois indique que la pierre angulaire de ces traitements est l'alliance thérapeutique et la capacité du thérapeute à tolérer d'éventuelles violentes manifestations émotionnelles (ibid. p. 227).

Maximilien Bachelard définit **l'alliance thérapeutique** comme la « réunion temporaire de deux êtres basée sur un engagement réciproque, engagement qui implique donc le partage d'idées communes. »⁵⁵ De même, **l'empathie** est-elle une composante essentielle au travail thérapeutique avec Madame D et à la mise en place de l'hypnose. Selon la thèse d'Antoine Bioy en 2005, la relation de type empathique caractérise la rencontre dans le traitement hypnotique. Dans l'ouvrage réalisé avec Pascal-Henri Keller⁵⁶, l'empathie est ainsi définie : « 1/ une reconnaissance compréhensive de la souffrance décrite par autrui, et 2/ un engagement transférentiel dans le projet commun d'atténuation de cette souffrance. »

C'est ce qui prévaut au travail avec cette patiente et a permis la réalisation de cette étude avec son accord et sa participation active, ce qui l'a elle aussi placée en position de recherche. Madame D par exemple a discuté le titre du mémoire et est à l'initiative du point d'interrogation qui suit « Traumatisme et hypnose ? ». Selon elle, une formule sans interrogation aurait entériné la pertinence de la technique hypnotique avant même d'en avoir validé l'efficacité...

⁵⁴ BOURGEOIS P. (2003), « Thérapie brève de l'ESPT - Rôle et spécificité de l'hypnose », *Stress et Trauma*, 3 (4), p. 226.

⁵⁵ BACHELARD M. (2012), Cours de D.U. « Hypnothérapie », *Alliance thérapeutique : historique, recherches et spécificités en hypnose*, Université de Bourgogne.

⁵⁶ BIOY A., KELLER P.-H. (2009), *Hypnose clinique et principe d'analogie - Fondements d'une pratique psychothérapeutique*, Bruxelles, Editions de Boeck Université, P. 152.

3.3 Introduction de l'hypnose : des apports

Si l'hypnose est considérée comme une thérapie de premier choix dans les états traumatiques par nombre d'auteurs, déjà pour Pierre Janet (cours de P. Zindel, *ibid.*), elle ne fait pas non plus l'unanimité comme le rappelle Bourgeois (*ibid.*, p. 225), notamment dans la croyance encore prégnante qu'elle agira par abréaction ou catharsis.

Dans le travail avec Madame D, je me heurtais aux limites d'une visée de co-construction de sens. En l'attente d'une bien hypothétique « résolution du transfert »⁵⁷, j'avais parfois l'impression de « tourner en rond ». Fort de ces enseignements et d'une alliance thérapeutique solide, j'ai progressivement introduit des techniques hypnotiques en m'étant au préalable assuré de son accord de principe, dont il lui serait toujours possible de se démettre.

Je commençais aussi à comprendre que les traumatismes sont reliés les uns aux autres, qu'ils se situent dans le présent et dans le passé. L'état traumatique est un état de conscience séparé (« dissociation pathologique ») dont le moi normal craint le retour. Cet état ignore le facteur temps : les choses passées sont vécues comme si elles se passaient maintenant, oubliant la réalité actuelle. Un fait passé qui n'est pas devenu souvenir ! (Zindel, *ibid.*) D'où l'importance du corps, garant de l'ici et maintenant. L'hypnothérapie, comme certaines approches corporelles, est susceptible de créer un espace de sécurité (notion de « couveuse relationnelle » développée par Philip Zindel).

C'est pourquoi, après une première séance organisée autour d'un « lieu agréable » (Bioy A., Mercadié L., *op. cit.*), j'ai proposé à Madame D l'expérience « 3 D » illustrée en formation par Philip Zindel. Elle consiste à suggérer au patient de placer tout autour de soi une personne, un animal, un objet, un végétal, une chose... Madame D s'est ainsi trouvée au milieu d'un espace composé sur les côtés de la mer et de la montagne, de sa jeunesse derrière, de la mort devant, avec rien au dessus et le vide en dessous. Difficile pour elle de percevoir ces éléments comme autant de ressources et de ressentir dans ce nouvel espace un sentiment de sécurité. Madame éprouve cependant une

⁵⁷ LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1997, p. 492.

sensation de détente ce qui l'amène à souhaiter renouveler l'expérience hypnotique.

La troisième séance sera consacrée à mobiliser des sensations corporelles afin d'aider Madame D à prendre une décision. L'objectif est atteint mais la patiente ressent de la fatigue au cours de la transe et craint de s'endormir. Ceci est incompatible avec la vigilance et le contrôle qu'elle souhaite conserver. Elle pourra exprimer s'être assoupie dans un train après la séance et la frayeur d'être agressée. Suite à cet épisode, elle préférera reporter une séance d'hypnose programmée.

L'entretien suivant fera l'objet de la vidéo présentée lors de la soutenance de ce mémoire. Cette séance d'hypnose me paraît très parlante pour illustrer les caractéristiques actuelles du "lieu de sécurité" ("safe place") de Madame D. Elle se trouve en effet dans un ascenseur, non équipé de dispositif pour monter ou descendre, dont l'unique porte est ouverte sur « les flammes de l'enfer ». Sa façon métaphorisée d'être en sécurité peut-être : se tenir face à un danger, clairement identifié, dont elle est a priori prémunie car elle ne lui tourne pas le dos. Madame D circonscrit ainsi une situation menaçante tout en restant à proximité, ce qui permet de la maîtriser, tout au moins de se donner l'illusion de contrôle. Le danger est perçu mais une forme d'attraction attire la patiente vers cette menace, confirmant qu'elle ne vaut rien et qu'elle va avoir ce qu'elle mérite.

Immédiatement après la transe hypnotique, Madame D relate un épisode survenu en cours d'hospitalisation alors qu'elle venait d'être victime d'une tentative d'assassinat. Manifestement, son état était dissociatif (voir paragraphe 1.4.c. de ce mémoire). Elle décrit très précisément les composantes d'un traumatisme, la confrontation à la mort et aux morts, la sensation de déréalisation, de dépersonnalisation, la perte des repères temporels... Edifiant ! *Commentaire.* Dans notre culture occidentale, la figure mythologique des Gorgones incarne la rencontre avec la mort, également le mythe d'Orphée revenant de l'enfer. Contaminée par le registre de la mort, le retour de l'expérience traumatisante est parfois comparé à un retour de l'enfer ou du royaume des morts. Certaines personnes victimes d'accidents ou d'agressions apparaissent désormais aux yeux de leur entourage comme autant mortes que

vivantes. Elles sont qualifiées de morts-vivants, de revenants ou encore de morts parmi les vivants.⁵⁸

3.4 Limites et perspectives thérapeutiques

Certes, Madame D incarne la figure de la survivante décrite dans la littérature traitant du traumatisme psychique. Dans ses travaux sur la **résilience** - cette « capacité à réussir, à vivre, à se développer en dépit de l'adversité », Boris Cyrulnik s'intéresse aux traumatismes et aux processus de réparation qui sont autant de contraintes à la métamorphose⁵⁹.

Le récit de la trajectoire de Madame D, étayé par diverses attestations et articles de presse, ne suppose pas d'établir la matérialité des faits, de juger si le fait énoncé est juste ou non, crédible ou pas. Comme l'écrit Isabelle Stengers, « La technique n'a pas pour but de faire la différence entre fait et fiction, mais de susciter une transformation. »⁶⁰ C'est cette transformation qui est visée par une approche perceptivo corporelle comme l'hypnose, non nécessairement centrée sur la construction de sens : « En hypnose, la question du sens n'est pas un prérequis au changement, contrairement à d'autres voies thérapeutiques, comme la psychanalyse. Cela ne veut pas dire que cette question du sens ou que la question de l'élaboration psychique soient considérées comme des interdits, elles ne sont simplement pas des données incontournables dans les prises en charge. »⁶¹

Que dire maintenant des effets de l'hypnose sur le fonctionnement psychique de Madame D ? Un constat d'abord, **l'approche hypnotique n'a pour l'instant pas endigué la logique traumatique** dans laquelle la patiente semble rivée. Elle vient en effet suite à une nouvelle agression de traverser une importante « crise »⁶².

Tout récemment, Madame D a accepté pour les besoins de l'étude un **entretien de recherche** comprenant la question principale suivante : « Dans le

⁵⁸ CROCQ L. (2002) « Persée, la méduse et l'effroi », *Revue francophone du stress et du trauma*, 2 (3), pp. 133-138.

⁵⁹ CYRULNIK B. (2001), *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob, p. 147.

⁶⁰ STENGERS I. (2002), *L'hypnose entre magie et science*. Paris, Les empêcheurs de penser en rond / Le seuil, p. 135.

⁶¹ BIOY A., KELLER P.-H. (2009), op. cit., p. 190.

⁶² En psychopathologie, le terme de crise renvoie à différentes manifestations psychopathologiques aiguës qui, selon les cas, selon le modèle de classification ou le modèle théorique sous-jacent, s'insèrent ou non dans une personnalité pathologique. Cf. CHAHRAOUI K., BESSE P. (2000), « Les dimensions de la crise en psychopathologie clinique », *Perspectives Psy*, vol. 39, n° 4, p. 333.

suivi thérapeutique, quels ont été les apports de l'introduction de l'hypnose ? »

Selon elle, les sensations liées à l'hypnose se produiraient non pas vraiment pendant la séance, mais plutôt à retardement, une demie heure ou une heure après. Elle ressent alors une somnolence, une sorte d'endormissement, comme si elle était moins vigilante ce qui lui permet d'éliminer de la fatigue. Je lui demande si cela lui procure du bien être. Oui, me répond-elle, « pendant ce temps-là, cela me permet d'évacuer certaines choses qui sont en moi. Pendant ce temps-là, je ne pense pas à mes soucis. » Elle attribue à son « subconscient qui ferait blocage » le fait de n'être pas totalement détendue durant les séances. « Un peu la peur, quelque chose au fond de moi qui est en alerte », ajoute-t-elle. Globalement, **Madame D pense que la méthode lui apporte de l'apaisement même si ses angoisses restent fréquentes.** Elle souhaite donc continuer et approfondir les expériences hypnotiques. C'est au cours de cet entretien que Madame D suggèrera une forme interrogative au titre de ce mémoire, une manière peut-être de maîtriser le doute...

Quelles pourraient être les suites et les perspectives thérapeutiques ?

Dans un premier temps me semble-t-il, aider Madame D à construire un lieu réellement sécuritaire visant à créer ou renforcer un sentiment personnel de sécurité bien dégradé. Des indicateurs de progression pourraient être établis. L'objectif serait d'atteindre une sécurité interne lui permettant d'identifier à l'extérieur ce qui est sécurisant et ce qui ne l'est pas. La transformation des images produites quant à la constitution d'un lieu de sécurité pourrait symboliser un indicateur de progression.

Le champ de l'hypnose offre tout un ensemble de techniques qu'il me serait possible d'utiliser par la suite avec Madame D.

Je pense à celles enseignées par Philip Zindel comme la « transe modèle » ou « l'introjection active du thérapeute » qui pourraient conforter la sérénité de Madame D à entrer en état modifié de conscience.

Citons également l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux, sensations kinesthésiques ou auditives) dont la parenté avec l'hypnose est discutée et se pratique d'ailleurs sous hypnose dans certaines approches. Cette technique paraît très efficace notamment dans le traitement des traumatismes isolés ou clairement identifiés. Il serait possible d'adjoindre des thérapies de type

« états du moi » comme la « thérapie psychodynamique imaginative des traumas » développée dans un texte récent par Luise Reddemann⁶³.

Enfin, je voudrais terminer cette revue non exhaustive en citant les méthodes de dissociation et de double-dissociation. Il s'agit de mettre en place un dispositif de simple ou double dissociation pour que le souvenir traumatique ne soit plus vécu par le sujet en tant qu'acteur, mais revu comme spectateur, avec une distance semblable au visionnage d'un film au cinéma ou à la télévision. Les stratégies sont alors multiples, directement sur la scène traumatique, ou indirectement sur son historicité, son sens, ou sur les ressources absentes au moment du trauma mais accessibles lors de cette reprise du souvenir.⁶⁴

Bref, que de possibles ouverts par ces approches !

⁶³ REDDEMANN L. (2013), « Hypnothérapie et "Etats du moi" – Tous en scène », *Hypnose et thérapies brèves*, n° 28, pp. 20-28.

⁶⁴ Développées par Brigitte Lutz dans ses cours (ibid.) ou par Philippe Villien in BIOY A., MICHAUX D. (2007, ibid., pp. 341-354.).

CONCLUSION

A partir d'un matériel clinique illustré par une vidéo, ce mémoire visait à décrire et extraire les particularités de l'accompagnement thérapeutique de personnes touchées de façon chronique par des événements traumatiques. De manière générale, j'évite de concevoir un individu à partir d'une catégorie psychopathologique préétablie. Toutefois, dans ces logiques de fonctionnement si particulières, il m'a semblé judicieux d'identifier et d'établir la présence d'un syndrome psychotraumatique.

Cette entité suffisamment large offre l'intérêt d'écarter d'autres catégories bien inquiétantes dans le domaine juridico-social où j'évolue, l'aide sociale à l'enfance. De plus, elle amène à évoquer la notion de dissociation psychique susceptible d'abord de thérapies spécifiques, notamment par le biais de l'hypnose.

A ce stade, un petit retour historique s'impose. Confronté à une grande tension des patients et à la réactivation des traumas passés, le psychanalyste Sándor Ferenczi assouplit ses interventions thérapeutiques. Il émet des suggestions en introduisant la relaxation. Il s'intéresse à ce que demande le patient en essayant de ne pas frustrer sa demande, l'analyse devant fournir une réponse positive aux besoins et aux désirs du patient en état de régression. Dans son *Journal clinique*⁶⁵ publié après sa mort, il décrira même une technique unique en son genre, la psychanalyse mutuelle : il tente l'expérience d'alterner des séances où il est en position d'analyste et des séances où il se place en position de patient. Ferenczi paiera cher ces évolutions techniques : estimant qu'elles sont dangereuses - la psychanalyse est alors en plein essor, Sigmund Freud rompt avec son disciple. Pourtant, l'apport de Ferenczi est important pour la clinique, il pose notamment le problème de la relation, du contre-transfert et du dispositif thérapeutique.

L'hypnose telle qu'elle se pratique aujourd'hui est susceptible d'apporter l'innovation requise par les difficultés des patients traumatisés. J'ai illustré le

⁶⁵ FERENCZI S. (1932), *Journal clinique*, Paris, Payot, 1985.

fait qu'elle pouvait s'intégrer dans un accompagnement thérapeutique au long cours et ouvrir d'autres perspectives, comme celles du corps, de la perception ou de l'ici et maintenant.

Si cette méthode crée des ouvertures, beaucoup de questions restent en suspens. Est-ce le maniement de la technique qui requerrait davantage de savoir-faire ou la problématique de certains patients qui amènent à des limites ou des déconvenues dans les prises en charge ? Il est difficile de répondre et si, comme le suggère Barrois (1988, op. cit.), le travail décisif consiste à accompagner le patient pour le ramener de l'extrême solitude aux portes de la mort dans la communauté des vivants, il importe que le psychologue possède et utilise des approches porteuses de changement. Il doit pour cela identifier et activer les ressources du patient.

L'hypnothérapie me semble participer de cette dynamique car elle vise essentiellement, c'est certainement un des points clés soulevés par Milton H. Erickson, à mobiliser ces ressources : « Le thérapeute s'offre comme un catalyseur, un "compagnon de route" cheminant aux côtés du patient vers ses ressources intérieures et ses facultés inutilisées. »⁶⁶

Fort de ces enseignements et enclin à poursuivre l'apprentissage, gageons que j'emprunterai la voie ouverte par cette formation au plus grand bénéfice des personnes accompagnées !

⁶⁶ Cité par Gérard Salem in SALEM G., BONVIN E. (2012), *Soigner par l'hypnose*, 5^e édition, Issy-les-Moulineaux, Editions Elsevier Masson, p. 65.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994), *Mini DSM-IV – Critères diagnostic*, Paris, Masson, 1996.

BARROIS C. (1988), *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod.

BENHAIM J.-M. (Sous la direction de, 2005), *L'hypnose aujourd'hui*, Paris, In Press Editions, 2012.

BENHAIM J.-M., ROUSTANG F. (2012), *L'hypnose ou les portes de la guérison*, Paris, Odile Jacob.

BERGERET J., REID W. (1986), *Narcissisme et états limites*, Paris, Dunod, 2003.

BIOY A., KELLER P.-H. (2009), *Hypnose clinique et principe d'analogie - Fondements d'une pratique psychothérapeutique*, Bruxelles, Editions de Boeck Université.

BIOY A., MICHAUX D. (Sous la direction de, 2007), *Traité d'hypnothérapie – Fondements, méthodes, applications*, Paris, Dunod.

BIOY A., CELESTIN-LHOPITEAU I., WOOD C. (2010), *L'Aide-mémoire d'Hypnose*, Paris, Dunod.

CHERTOK L. (1979), *L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie – Le non-savoir des psy*, Paris, Odile Jacob, 2006.

CHERTOK L., STENGERS I. (1989), *Le cœur et la raison - L'hypnose en question, de Lavoisier à Lacan*, Paris, Editions Payot.

CHERTOK L., STENGERS I. (1990), *L'hypnose – Blessure narcissique*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1999.

CYRULNIK B. (2001), *Les vilains petits canards*, Paris, Odile Jacob.

FERENCZI S. (1932), *Journal clinique*, Paris, Payot, 1985.

FILIATRE J. (1910), *Enseignement de l'hypnotisme par l'image*, Editions Idégraf, 1985

FREUD S., BREUER J. (1895), *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1996.

GARLAND C. (1998), *Comprendre le traumatisme – Une approche psychanalytique*, Larmor-Plage, Editions du Hublot, 2001.

- HALEY J. (1973), *Un thérapeute hors du commun*, Milton H. Erickson, Paris, Epi, 1984.
- HARDY-BAYLE M.-C. (1994), *Le diagnostic en psychiatrie*, Paris, Editions Nathan.
- JANET P. (1889), *L'automatisme psychologique*, Paris, Editions Odile Jacob, 1998.
- JEHEL L., LOPEZ G. ET AL. (2006), *Psycho-traumatologie – Evaluation, clinique, traitement*, Paris, Dunod.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1997.
- LEBIGOT F. (2005), *Traiter les traumatismes psychiques – Clinique et prise en charge*, Paris, Dunod, 2011.
- MEHEUST B. (1999), *Somnambulisme et médiumnité Tome 1 Le défi du magnétisme*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- MICHAUX D. (Sous la direction de, 2006), *Hypnose et Dissociation psychique*, Paris, Editions Imago.
- NATHAN T. (2001), *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/Le seuil.
- NATHAN T. (1994), *L'influence qui guérit*, Paris, Poches Odile Jacob, 2001.
- NATHAN T., BLANCHET A., IONESCU S., ZAJDE N. (1998), *Psychothérapies*, Paris, Editions Odile Jacob.
- NATHAN T., SWERTVAEGHER J.-L. (2003), *Sortir d'une secte*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/Le seuil.
- OCHOROWICZ J. (1988), *La suggestion mentale*, Editions Idégraf.
- ROISIN J. (2010), *De la survivance à la vie – Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*, Paris, PUF.
- ROUSTANG F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Paris, Les Editions de Minuit.
- ROUSTANG F. (1996), *Comment faire rire un paranoïaque ?*, Paris, Editions Odile Jacob.
- ROUSTANG F. (2000), *La fin de la plainte*, Paris, Odile Jacob Poches, 2001.
- ROUSTANG F. (2006), *Savoir attendre pour que la vie change*, Paris, Odile Jacob.
- SALEM G., BONVIN E. (2012), *Soigner par l'hypnose*, 5^e édition, Issy-les-Moulineaux, Editions Elsevier Masson.

SIRONI F. (1999), *Bourreaux et victimes – Psychologie de la torture*, Paris, Editions Odile Jacob.

SIRONI F. (2007), *Psychopathologie des violences collectives*, Paris, Odile Jacob.

STENGERS I. (2002), *L'hypnose entre magie et science*. Paris, Les empêcheurs de penser en rond / Le seuil.

ARTICLES

BARROIS C. (1998), « Le traumatisme second : le rôle aggravant des milieux socio-professionnel, familial, médical, dans l'évolution du syndrome psychotraumatique », *Ann. Méd.-Psychol.*, 156, n° 7, pp. 487-492.

BIOY A. (2008), « Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe », *Perspectives Psy*, Volume 47, pp. 171-184.

BIZNAR-CHAHRAOUI K. (1996), « Aspects chroniques des névroses traumatiques, logique traumatique et relation à la médecine », *Nervure*, Tome IX, n° 4, pp. 15-21.

BOURGEOIS P. (2003), « Thérapie brève de l'ESPT - Rôle et spécificité de l'hypnose », *Stress et Trauma*, 3 (4), pp. 225-233.

CHAHRAOUI K., BESSE P. (2000), « La consultation psychologique spécialisée pour les victimes de traumatismes psychiques », *Ann. Méd.-Psychol.*, 158, n° 5, pp. 379-384.

CHAHRAOUI K., BESSE P. (2000), « Les dimensions de la crise en psychopathologie clinique », *Perspectives Psy*, vol. 39, n° 4, pp. 333-337.

COTTENCIN O., VAIVA G., DUCROCQ F., GOUDEMANT M. (2002), « Hypnose et traumatisme psychique - Aspects cliniques », *Stress et Trauma*, 2 (3), pp. 163-168.

CROCQ L. (1996), « Critique du concept d'état de stress post-traumatique », *Perspectives Psy*, Volume 35, n° 5, pp. 363-376.

CROCQ L. (1997), « Stress, trauma et syndrome psychotraumatique », *Soins psychiatriques*, n° 188, pp. 7-13.

CROCQ L. (2002) « Persée, la méduse et l'effroi », *Revue francophone du stress et du trauma*, 2 (3), pp. 133-138.

DALIGAND L. (1997), « La thérapie des victimes au risque de la violence », *Les cahiers de l'Actif*, n° 248/249, pp. 77-84

FERRERI M. (1996), « Névrose traumatique ou état de stress post-traumatique : repères cliniques et aspects thérapeutiques », *L'Encéphale*, Sp VII, pp.7-14.

FERENCZI S. (1932), « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », *Psychanalyse IV, Œuvres complètes, 1927-1933*, Paris, Editions Payot, 1982, pp. 125-135.

FERENCZI S. (1932), « Réflexions sur le traumatisme », *Psychanalyse IV, Œuvres Complètes, 1927-1933*, Paris, Editions Payot, 1982, pp. 139-147.

FREUD S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir », *Œuvres complètes, Psychanalyse*, Vol. XV, Paris, PUF, 1996, pp. 277-338.

MAHBOULI M. (2011), « Parer hypnotiquement aux traumatismes sexuels - L'apaisement après le tourment », *Hypnose et thérapies brèves*, n° 22, pp. 42-50.

PERREN-KLINGLER G. (2012), « Réassociations salutaires - Evolutions de la psychotraumatologie », *Hypnose et thérapies brèves*, n° 24, pp. 34-46.

REDDEMANN L. (2013), « Hypnothérapie et "Etats du moi" – Tous en scène », *Hypnose et thérapies brèves*, n° 28, pp. 20-28.

COURS

BACHELARD M. (2012), Cours de D.U. « Hypnothérapie », *Alliance thérapeutique : historique, recherches et spécificités en hypnose*, Université de Bourgogne.

BIOY A., MERCADIE L. (2012), Cours de D.U. « Hypnothérapie » - *Techniques et méthode hypnotique*, Université de Bourgogne.

LUTZ B. (2013), Cours de D.U. « Hypnothérapie », *Les troubles anxio-dépressifs et l'ESPT*, Université de Bourgogne.

LUTZ B. (2013), Cours de D.U. « Hypnothérapie », *Supervision*, Université de Bourgogne.

ZINDEL P. (2013) Cours de D.U. « Hypnothérapie », *Les états dissociatifs*, Université de Bourgogne.

POSTFACE

“Un homme souhaite se faire initier.

Il frappe à la porte d'une cabane perdue en plein désert, l'ancre de méditation d'un vieux maître.

- Qui est-ce ? Demande une voix à l'intérieur.

- C'est moi, répond l'homme.

Plus aucun bruit, plus âme qui vive. L'homme attend, s'impatiente et s'en va.

Il revient à cette même cabane dix ans plus tard et frappe à nouveau à la porte.

- Qui est-ce ? Demande la même voix.

- C'est moi, répond l'homme, à nouveau.

Et, à nouveau, plus aucun bruit dans la cabane. L'homme attend quelques heures, s'impatiente et s'en va, tout comme la première fois.

Dix ans ont encore passé. Il revient encore une fois à la même cabane.

- Qui est-ce ? Demande encore la même voix.

Et cette fois, l'homme répond :

- C'est toi !

Et la porte s'ouvre enfin.”

Histoire d'initiation attribuée tantôt à un maître chinois tantôt à un maître soufi. Extrait de Tobie Nathan, « Eléments de psychothérapie », dans *Psychothérapies*⁶⁷.

⁶⁷ NATHAN T. (1998), « Eléments de psychothérapie », in NATHAN T., BLANCHET A., IONESCU S., ZAJDE N., *Psychothérapies*, Paris, Editions Odile Jacob, 1998, p. 63 et 64.

Philippe Hugan

29 rue des Epoutières

21240 Talant

N° d'étudiant : 12045021

Université de Bourgogne

U.F.R. Sciences Humaines et Sociales

Mémoire de D.U. « Hypnothérapie » - Juin 2013

Sous la direction d'Antoine Bioy, MCU - HDR

RESUME

Traumatisme et hypnose ? Chroniques thérapeutiques d'une survivante

Psychologue dans le domaine de la protection de l'enfance, je suis amené à rencontrer des personnes dont le parcours de vie est jalonné de graves événements. Certaines sont affectées par un syndrome psychotraumatique de manière chronique.

Les accompagnements thérapeutiques de ces personnes font face à maintes difficultés, entre autres des logiques de répétition délétères. Il convient alors de penser sa pratique et de lui apporter les innovations techniques nécessaires, au rang desquelles figure l'hypnose.

Dans cette étude, une vignette illustrera la complexité de l'accompagnement d'une femme exposée depuis son enfance à de multiples traumatismes.

S'il est possible dans un suivi thérapeutique au long cours d'introduire des techniques hypnotiques, celles-ci se heurtent à certaines limites inhérentes à la position du praticien et à celle du patient. Il n'en reste pas moins que l'hypnose apporte des bénéfices et ouvre des perspectives pour autant de ne pas perdre de vue qu'elle vise avant tout à catalyser les ressources du patient à travers le vecteur du relationnel.

Mots-clés : dissociation psychique, hypnose, syndrome psychotraumatique, traumatisme psychique