



HAL
open science

L'imagination qui soigne. L'hypnose, la créativité thérapeutique dans le psychotraumatisme chronique (réflexion à partir de cas clinique)

Pauline Chaudière

► **To cite this version:**

Pauline Chaudière. L'imagination qui soigne. L'hypnose, la créativité thérapeutique dans le psychotraumatisme chronique (réflexion à partir de cas clinique). Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01771001

HAL Id: dumas-01771001

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01771001>

Submitted on 27 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Picardie Jules Verne



**Thèse en vue du
Diplôme d'État de Docteur en Médecine
Spécialité : Psychiatrie**

N° de thèse : 2017 – 36

**L'IMAGINATION QUI SOIGNE
L'HYPNOSE : LA CRÉATIVITÉ THÉRAPEUTIQUE DANS LE
PSYCHOTRAUMATISME CHRONIQUE
(RÉFLEXION À PARTIR DE CAS CLINIQUES)**

Soutenue publiquement le 27 avril 2017

par Pauline CHAUDIERE

Membres du Jury

Président : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Asseseurs : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Directeur : Madame le Docteur Sophie CREMADES

REMERCIEMENTS

À mon président du jury

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Psychiatrie Adultes

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance, je vous prie d'accepter mes considérations respectueuses.

À mes assesseurs

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Rhumatologie)
Chef du service de Rhumatologie
Pôle "Autonomie"

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez accepter mes sincères remerciements et soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Nutrition)
Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie" (D.R.I.M.E)

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer cette thèse et de l'intérêt porté à ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Physiologie)
Chef du Service Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux
Pôle Autonomie

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

À ma directrice de thèse

Madame le Docteur Sophie CREMADES
Psychiatre-Praticien hospitalier
Consultations de Psychiatrie et Psychologie Médicale

Je te remercie de ta confiance et de l'intérêt que tu as porté à mon projet. Grâce à toi j'ai pu découvrir cet outil passionnant qu'est l'hypnose. Je suis très heureuse d'avoir pu travailler avec toi sur cette thèse tout comme sur le mémoire.

Je tiens à remercier également,

Mes parents

Pour votre amour et votre soutien indéfectibles. Vous m'avez guidée, encouragée et aidée à m'épanouir pendant toutes ses années. J'ai pu me réaliser grâce à vos conseils avisés, votre bienveillance... Je ne pouvais rêver meilleurs guides. Je vous suis infiniment reconnaissante. Merci pour tout.

Pierre,

Depuis quatre ans, mon quotidien est fait de découvertes, de surprises, de superbes projets ... Notre rencontre m'a ouvert à de nouveaux possibles et je sais que cela ne fait que commencer. Tu m'as tant soutenue, merci pour ta gentillesse, ta patience et tes massages de pieds qui stimulent tant ma créativité !

Camille

Pour ta présence, ta bonne humeur, ton soutien. Tu as toujours été là pour moi. Notre complicité m'est très chère et, même si je pars loin de chez nous, je sais qu'elle existera toujours et que l'on continuera à s'appeler par nos petits surnoms trognons !

Mamie, Francine,

Je suis très heureuse de partager ce moment avec vous. Vous m'avez vue grandir et m'avez accompagnée toutes ces années. Merci de votre amour dévoué.

Jean-Pierre, Annaick, Séverine, Sarah, Magali, Franck, Lionel, Eddie et les autres

À cette équipe d'une bienveillance, d'un dynamisme que je n'oublierai jamais. Vous m'avez énormément apporté et j'ai pu m'épanouir à votre contact. Magali, tu avais raison quand tu m'as prédit que je ne voudrai plus repartir de chez vous... et je nourris toujours l'espoir qu'on retravaille ensemble !

Maud,

Merci pour ton amitié qui m'est très précieuse depuis toutes ses années. Malgré la distance, elle n'a pas flanchée. Merci pour ces soirées, ces délires, ces vacances, ces séances de chant ... et je sais qu'il reste plein de souvenirs à construire !

Madeline,

Ma plus belle rencontre en arrivant à Amiens, si bien que je te suis à l'autre bout du monde !
Merci pour ton dynamisme à couper le souffle, ta bonne humeur, tes projets fous, tes histoires acadabrantiques !

Pierre-Edouard,

Merci pour ta présence, ton amitié, tes conseils (plus ou moins sollicités). On en a fait du chemin depuis nos révisions de D4 et, même ça, c'est un bon souvenir grâce à notre équipe !

Fanny, Rami, David, Clémentine, Jessica, Charlène, François, Antoine, Jano, Cécile C et les autres

Sans qui ces quatre années à Amiens n'auraient pas été si belles ! On en a des souvenirs tous ensemble... Je les emporte avec moi dans les caraïbes !

Émilie, Agathe, Leila, Arnaud, Aurélien, Hélène

Merci de m'avoir soutenue et supportée ces derniers mois. Je ne pouvais pas rêver mieux pour ce dernier semestre que de travailler avec vous. Un savant mélange entre bonne humeur, sérieux et pluridisciplinarité ... source de beaucoup de plaisir.

Philippe Roger et Hervé Merlier

Merci d'avoir apporté un regard neuf et corrigé ce travail dans des délais aussi courts. Je vous en suis très reconnaissante.

« Inventer, c'est penser à côté »

Albert Einstein

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
CHAPITRE I : HYPNOSE ET TRAUMA.....	15
I. UNE HISTOIRE COMMUNE	15
A. Le siècle des lumières	15
B. Les découvreurs du trauma psychique et l'âge d'or de l'hypnose.....	16
C. La période des continuateurs	17
1. Première guerre mondiale	17
2. Seconde guerre mondiale.....	18
II. LA PATHOLOGIE TRAUMATIQUE CHRONIQUE	19
A. Aperçu historique	19
B. Le Post Traumatic Stress Disorder selon le DSM V	21
C. Principes psychothérapeutiques du PTSD	21
1. Approche cognitivo comportementale	22
2. Approche psychodynamique.....	23
III. L'HYPNOTHÉRAPIE	24
A. Les grands théoriciens de l'hypnose.....	24
1. Milton Erickson	24
a) L'histoire d'un guérisseur blessé	25
b) L'hypnose comme état naturel.....	27
c) La liberté dans un cadre	28
d) L'inconscient ericksonien.....	28
2. François Roustang.....	30
a) Un long parcours jusque l'hypnose	30
b) L'état hypnotique : une veille paradoxale	31
c) Lâcher prise.....	31
B. Définition de l'American Psychological Association.....	32
C. Les « preuves » de cet état	33
1. Preuves cliniques	33
2. Preuves paracliniques : l'apport des sciences	34
IV. L'HYPNOSE DANS LE PSYCHOTRAUMATISME	35
A. La dissociation : un facteur commun.....	35
1. Définition	35
2. Protectrice et délétère dans le trauma	36
3. Utilisation thérapeutique de la dissociation	36
a) Les pratiques chamaniques	36

b) Un haut potentiel d'hypnotisabilité	37
c) Vécu de réalité	38
B. Approche psychosensorielle	38
C. Traitement des autres « voix » du trauma	39
D. La relation d'alliance en hypnothérapie	39
E. Apprentissage de la transe.....	41
1. L'hypnorelaxation.....	41
2. Safe place	42
F. L'hypnose : un outil intégratif.....	42
1. Hypnose et TCC : la séance d'exposition	43
2. Hypnose et psychodynamie	46
CHAPITRE II : CAS CLINIQUES	49
I. TECHNIQUE D'EXPOSITION.....	49
A. Cas de Mr B : un « bon élève »	49
B. Mr F : une spontanéité qui tombe à pic	51
C. Mme R : quand elle reprend les commandes	52
II. QUESTIONNER LA PROBLÉMATIQUE SOUS JACENTE.....	54
A. Sur la plage abandonnée... ..	54
B. Mr B : savoir conduire sa propre transe.....	55
C. Mme R : une maternité traumatique	57
D. Mme G : des rêves à l'hypnose : il n'y a qu'un pas	58
CHAPITRE 3 : CO-CONSTRUCTION D'UN ESPACE DE CRÉATIVITÉ THÉRAPEUTIQUE EN HYPNOSE	61
I. QU'EST CE QUE LA CRÉATIVITÉ	61
A. Aperçu historique de la créativité	61
1. Les siècles passés.....	61
2. Homo creativus	63
B. Définition	63
C. Les domaines de la créativité.....	64
1. Créativité ordinaire	65
2. Mais aussi thérapeutique	65
II. L'HYPNOSE : ÉTAT DE CONSCIENCE CRÉATIVE	66
A. L'imagination au service de l'hypnose.....	66
B. Processus de symbolisation	67
C. La place des émotions.....	67
D. Veille restreinte, veille généralisée.....	68
E. La nuit porte conseil.....	69

III. CRÉER POUR SOIGNER LE PTSD	70
A. Trauma et créativité : quels liens ?	70
1. Pris dans les glaces du trauma	70
2. Mouvement créatif	71
B. Exposition et création	72
1. Faire dérailler les répétitions traumatiques	72
a) Souvenirs biographiques et traumatiques	72
b) Les souvenirs leurre de Piaget	73
c) Un grain de sable dans l'engrenage	74
2. Cadre et liberté	75
3. Encourager la liberté	76
C. Approche psychodynamique.....	77
1. Voyage dans la réalité métaphorique.....	77
a) Rêve éveillé dirigé et phénoméno-existential	78
b) Co-construction symbolique.....	79
2. Le rôle du thérapeute	80
a) Quelle que soit l'autonomie du sujet	80
b) Encourager et confronter	80
c) Accordage et intuition	81
3. L'importance du libre arbitre	83
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	89

INTRODUCTION

Depuis toujours, l'hypnose fascine autant qu'elle effraie. Nous découvrons de plus en plus les possibilités qu'elle offre dans le domaine du soin, et notamment celui du soin psychique. Très tôt lors de notre internat en psychiatrie, nous rencontrons plusieurs psychiatres et psychologues hypnothérapeutes. Nos discussions cliniques autour de cet outil éveillent notre intérêt si bien que nous nous décidons, dès la deuxième année, à débiter une formation en hypnothérapie à l'Institut Français d'Hypnose (IFH).

Parallèlement, nous nous intéressons aussi très tôt à la question du psycho traumatisme. Lors de la prise en charge d'une patiente victime d'un accident grave, nous sommes confrontée à la difficulté de tenir notre position de thérapeute. En effet, face à la brutalité, la violence et l'indicible des événements, le risque est alors celui de se laisser happer par les éprouvés du patient et de basculer de l'empathie vers la sympathie. Il est fréquent de ressentir, dans ces moments-là, de l'effroi ou de l'impuissance.

C'est donc tout naturellement que nous aspirons à associer ces deux centres d'intérêt dans notre pratique clinique. Nous saisissons l'opportunité d'un stage inter-CHU à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Clermont Tonnerre de Brest, spécialisé dans le traumatisme psychique. Deux psychiatres du service, également formées à l'hypnose, accueillent favorablement notre projet d'utiliser cet outil dans notre pratique.

Lors de ce stage, nous avons accompagné, grâce à l'hypnose, plusieurs patients psychotraumatisés. Ces prises en charge nous ont permis de confirmer la pertinence de l'hypnothérapie dans le soin psychique du PTSD. Elles ont aussi éveillé notre curiosité : les séances les plus salvatrices étaient également les plus étonnantes. Cela nous a amené à questionner l'apport de la créativité dans le traitement du PTSD et la manière dont l'hypnose semble y contribuer. Pour répondre à cette interrogation, nous avons fait le choix méthodologique des cas cliniques.

Avant d'exposer ces cas, nous retraçons les grandes périodes de l'histoire où hypnose et trauma évoluent conjointement. Puis, après un bref rappel du concept de traumatisme psychique, nous abordons l'hypnose à travers les théories de deux grands hypnothérapeutes du XX^{ème} siècle ; Milton Erickson et François Roustang. En effet, ils sont les piliers de l'hypnose humaniste et intégrative qui nous est enseignée à l'IFH. Enfin, à travers une revue

de littérature, nous abordons la place de l'hypnose dans la prise en charge du psychotraumatisme chronique.

En deuxième partie nous exposons les cas de plusieurs patients souffrants de PTSD et bénéficiant d'hypnothérapie. Ces exemples sont partagés en deux parties, la première traitant des séances d'exposition à l'événement traumatique, et la seconde des séances dites « non directives », abordant les conflits psychiques sous jacent au PTSD.

En troisième partie, après avoir défini la créativité, nous donnons un aperçu de ses champs d'implication, et plus particulièrement de son intérêt en psychothérapie. Nous verrons également comment l'hypnose favorise l'émergence de la créativité et de quelle manière cette-dernière sert la thérapie du PTSD.

Mais d'abord, commençons par un aperçu historique traitant des périodes où hypnose et traumatisme psychique se sont rencontrés.

CHAPITRE I : HYPNOSE ET TRAUMA

Loin d'évoluer séparément, l'hypnose et le psychotraumatisme sont deux concepts qui se sont enrichis mutuellement au cours de l'histoire.

I. UNE HISTOIRE COMMUNE

A. LE SIÈCLE DES LUMIÈRES

Au XVIII^{ème} siècle, l'hypnose fait son apparition dans la médecine occidentale sous la forme du magnétisme animal. Le Médecin Franz Anton Mesmer est considéré comme le premier à avoir théorisé l'hypnose. Sa pratique repose sur le magnétisme animal (en opposition au magnétisme minéral). Il considère qu'il existe un fluide qui parcourt chaque être vivant et qu'une mauvaise circulation du fluide serait à l'origine des maladies. Selon cette conception, le magnétiseur possède le pouvoir d'agir sur les fluides. La redistribution du fluide dans le corps et la levée des obstacles internes provoquent un épisode de crise, d'agitation chez le sujet qui témoigne de l'efficacité du traitement.

Le vicomte Jacques Maxime de Chastenet de Puységur (1755-1848), disciple de Mesmer, soigne un officier souffrant d'apoplexie par hypnose (1). Après ce succès fulgurant, il reçoit la mission de traiter tous les hommes psychotraumatisés de son régiment. L'hypnose est, pour la première fois, mise au profit de cette pathologie dans ce contexte de guerre. Comme nous le verrons, les périodes de conflits armés constituent des périodes fastes pour le développement de l'hypnose.

Nous pouvons distinguer quatre grandes périodes dans l'histoire du trauma ; celle des précurseurs, des fondateurs, des continuateurs et des novateurs (2). Nous allons les développer ci dessous.

B. LES DÉCOUVREURS DU TRAUMA PSYCHIQUE ET L'ÂGE D'OR DE L'HYPNOSE

Pour commencer, nous allons nous intéresser aux précurseurs du concept de traumatisme psychique. Parmi eux, Hippolyte Bernheim, Jean-Martin Charcot et Pierre Janet, grands noms de la psychiatrie, s'illustrent par leurs travaux qui font encore référence aujourd'hui.

À l'école de Nancy, H. Bernheim use de l'hypnose pour soigner d'anciens militaires traumatisés au combat. En séance, il utilise une technique d'exposition par laquelle il amène les patients à revivre l'événement traumatique. Il se sert l'hypnose à visée abréactive en exposant le sujet à son traumatisme. Il repère, lors de ces séances, l'apparition d'un état dissociatif (reviviscence hallucinatoire, capacité du sujet à se percevoir à la fois sur le champ de bataille et à l'hôpital).

Le neurologue J.M. Charcot utilise également l'hypnose pour traiter des cas de traumatisme psychique. En 1884, lors des bien connues « leçons du mardi », il expose à l'Ecole de la Salpêtrière le cas d'un ancien militaire atteint de névrose de guerre et traité par hypnose. J.M. Charcot lie trauma et hypnose par un dénominateur commun qui est l'hystérie. Il accepte l'étiologie psychogénique du trauma mais refuse de reconnaître celui comme une entité nosologique autonome. En effet, il le rattache à l'hystérie en créant le diagnostic d'hystéro-neurasthénie (2). Pour lui, l'accès à la transe hypnotique est un symptôme pathognomonique de la pathologie hystérique.

À l'époque où la France influence la psychiatrie internationale, P. Janet se penche sur la question du traumatisme psychique. Elève à la Salpêtrière, il poursuit les recherches de J.M. Charcot et développe sa propre théorie de la dissociation traumatique. Selon lui, nos capacités psychiques peuvent être dépassées lorsqu'elles sont soumises à une situation terrifiante. Ainsi, nous ne pouvons pas intégrer les souvenirs de cet événement violent. Ceux-ci « végètent » alors dans la psyché tel un « parasite » et échappent au contrôle volontaire. Cette théorie de la dissociation comme processus pathogène principal à l'origine des symptômes traumatiques influence de grands noms de la psychiatrie tel Jean Piaget, Carl Jung, ou Ernest Hilgard (3).

P. Janet étudie également l'hypnose qu'il rapproche du traumatisme psychique dans la mesure où elle est aussi une forme de dissociation psychique. Dans ses écrits, il rapporte la guérison par hypnose d'une jeune fille psychotraumatisée. Il décrit une exposition par imagination à trois événements traumatiques. Cette pratique se rapproche fortement de la technique d'exposition que nous décrivons plus tard dans ce travail et qui, dès P. Janet, fait preuve d'efficacité.

La période des grandes guerres, pourvoyeuses de psychotraumatisme, a été elle aussi marquée par de nombreux travaux.

C. LA PÉRIODE DES CONTINUEURS

1. PREMIÈRE GUERRE MONDIALE

Si la première guerre mondiale a permis de grandes avancées, comme en chirurgie maxillo-faciale grâce à la clinique des gueules cassées, les progrès en neuropsychiatrie sont bien moins flagrants.

Pendant la guerre, le rôle du médecin, est certes de soigner et soulager, mais surtout de rétablir rapidement les militaires blessés afin que ceux-ci regagnent le front et reprennent vite part aux combats. Cela donne lieu à des prises en charge brutales ou écourtées.

Un autre problème est celui de la simulation obsédant ces médecins de la première guerre, au risque parfois d'un mépris pour la pathologie psychotraumatique. L'étiologie psychique de la névrose traumatique est rejetée et les soldats psychotraumatisés sont souvent considérés comme couards ou déserteurs. Cela explique aussi les maigres avancées en neuropsychiatrie.

Toutefois, le nombre croissant de blessés psychiques appauvrissant de façon considérable la réserve militaire, on assiste à une relance de la réflexion théorique au sujet des névroses traumatiques. En effet, on dénombre plus de 400 publications sur le sujet en 1918 (4). Voyons à présent quels médecins ont porté à l'hypnose un intérêt tout particulier dans ce contexte.

Les psychiatres anglais qui l'utilisent dans le traitement des névroses de guerre définissent plus précisément ses indications. L'hypnose est proposée pour traiter la symptomatologie traumatique et l'origine sous jacente de la peur. Elle sert également à la ré-exposition à l'événement traumatique pour les patients résistants à la thérapie en pleine conscience (1).

En 1915, le français George Milian décrit des tableaux de sidération avec reviviscences sous forme d'hallucinations cinématographiques qu'il dénomme « hypnose des batailles » (4). Il n'utilise pas le terme « d'hypnose » pour décrire la technique ou l'état hypnotique. Selon lui, il s'agit d'un état dissociatif provoqué par le syndrome de répétition : un état de stupeur où le sujet revit comme s'il y était l'événement traumatique. Cet exemple linguistique montre bien la manière dont hypnose et trauma s'intriquent.

On ne peut parler du traumatisme psychique sans citer les travaux de Sigmund Freud. Ses théories psychanalytiques sont incontournables mais son intérêt et sa pratique de l'hypnose sont, eux, moins connus. Avant de découvrir la psychanalyse, S. Freud apprend l'hypnose avec H. Bernheim. Il s'en détache ensuite pour pratiquer sa « propre » hypnothérapie. Il traite notamment une de ses patientes en l'exposant sous hypnose aux différents traumas qu'elle avait vécus. S. Freud postule que la guérison vient d'une décharge émotionnelle, d'une abréaction chargée de tout l'affect initial et de l'intégration du souvenir traumatique à son réseau d'association et de représentations.

2. SECONDE GUERRE MONDIALE

On assiste pendant la seconde guerre mondiale à un bond en arrière de la neuropsychiatrie, comme si les découvertes et avancées de 14-18 étaient oubliées. L'étiologie émotionnelle de la névrose traumatique est totalement négligée avec pour conséquence une prise en charge inadaptée des victimes.

Mais la guerre a besoin de soldats et la perte de militaires aptes aux combat remet en lumière la question traumatique. Les symptômes bruyants psychosomatiques ne sont plus

considérés comme des simulations mais acceptés comme des symptômes réels de la névrose traumatique. L'unique étiologie organique est réfutée et l'impact du choc émotionnel intense est reconnu.

Aux Etats-Unis, l'hypnose est utilisée à visée cathartique. Elle est vue comme un outil permettant la cessation de la peur, le retour au calme et le souvenir maîtrisé de l'événement (1).

Ainsi, les concepts de traumatisme psychique et d'hypnose ont évolué conjointement. Ils sont liés à la fois par la clinique, à travers la dissociation psychique, et par les pistes thérapeutiques. L'hypnose est reconnue comme une technique thérapeutique efficace. Néanmoins, elle tombe ensuite en désuétude jusqu'à notre époque contemporaine où on observe un regain d'intérêt.

Nous allons donc maintenant définir ces deux concepts, en commençant par le traumatisme psychique. Nous faisons le choix d'une présentation non exhaustive car cette entité clinique est aujourd'hui largement documentée et connue des thérapeutes.

II. LA PATHOLOGIE TRAUMATIQUE CHRONIQUE

Les attentats de Charlie Hebdo, du Bataclan ou de Nice remettent sur le devant de la scène la pathologie psychotraumatique. Ils ravivent divers questionnements sur les techniques diagnostiques, la prévention ou encore la prise en charge en urgence comme au long cours. Mais cela ne fait pas d'elle une pathologie nouvelle ou contemporaine. L'histoire du psychotraumatisme est ancienne et son concept a évolué à travers les âges. Nous trouvons intéressant d'en tracer les grandes lignes.

A. APERCU HISTORIQUE

Dès l'Antiquité, Hérodote (390 av JC) et Aristote (400 av JC) relatent l'histoire de soldats et décrivent des symptômes d'allure psychotraumatique (5). Mais le

psychotraumatisme chronique existe probablement depuis l'existence de l'humanité dans la mesure où elle découle de la confrontation à la violence, à l'horreur ou à l'angoisse.

Aussi ancienne soit-elle, la pathologie psychotraumatique fait son entrée réelle en psychiatrie à la fin du XIX^{ème} siècle, grâce au neurologue allemand Herman Oppenheim. Ce dernier repère l'apparition de symptômes psychiatriques à la suite d'accidents de chemin de fer, d'événements de guerres mais aussi de chocs émotionnels. Il définit une nouvelle entité nosographique : la névrose traumatique, classée au sein des troubles névrotiques du fait de la modification durable de la personnalité.

En 1980, l'observation de troubles psychologiques chez les vétérans de la guerre du Vietnam est à l'origine d'une évolution nosographique. Les médecins repèrent des tableaux bruyants de psychotraumatisme qui prendront même le nom de « post Vietnam syndrome ». Une nouvelle entité clinique est alors créée dans la classification nosographique américaine « Diagnostic and Statistic Manual of mental disorder » (DSM). La névrose traumatique devient le « Post Traumatic Stress Disorder » (PTSD) et se dissocie des troubles névrotiques pour rejoindre la catégorie des troubles anxieux.

La reconnaissance du PTSD permet alors une meilleure prise en soin de ces anciens GI. Des structures adaptées, indépendantes de l'armée, voient le jour. Elles ont pour but une prise en charge multidisciplinaire : psychiatrique, psychologique, sociale et juridique. En dix ans, Ces structures ont accompagné 700 000 vétérans, ce qui représente le quart des 3 millions de soldats envoyés au Vietnam (4).

Il existe une autre grande classification nosographique : la « Classification Internationale des Maladies » (CIM-10). Elle propose la dénomination « état de stress post traumatique » (ESPT). Elle ajoute, en plus de cette entité diagnostique, la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe », reprenant ainsi la notion de pathologie chronique et de modification durable de la personnalité qui n'apparaît pas dans le DSM.

La définition du PTSD a été modifiée lors des différentes révisions du DSM. La dernière version en date est celle proposée par le DSM V en 2013.

B. LE POST TRAUMATIC STRESS DISORDER SELON LE DSM V

En 1980, le psychotraumatisme passe de la catégorie des névroses à celle des troubles anxieux avec le DSM III-R. En 2013, avec le DSM V, il garde le nom de PTSD mais, non plus considéré comme un trouble anxieux, il est cette fois intégré à une nouvelle catégorie nosographique ; celle des troubles consécutifs aux traumatismes et au stress.

Selon le DSM V, le diagnostic de PTSD repose sur vingt signes cliniques divisés en quatre clusters :

Le PTSD s'articule autour du syndrome de répétition, pathognomonique de cette entité clinique. Les reviviscences traumatiques peuvent prendre la forme de flash-backs diurnes ou de cauchemars, déclenchés par des stimuli internes ou externes rappelant l'événement. Ces reviviscences se distinguent de simples souvenirs ; elles s'accompagnent d'un état dissociatif, d'une intense participation affective, sensorielle et émotionnelle, comme si le sujet revivait réellement l'événement. Ces éléments sont repris par le cluster B.

Le cluster C évalue les conduites d'évitement mises en place par le sujet pour se soustraire aux potentiels facteurs déclenchants des reviviscences.

Le cluster D apprécie les altérations négatives des cognitions et de l'humeur : troubles mnésiques portant sur l'épisode traumatique, tendance au pessimisme, anhédonie, aboulie, sentiment d'isolement, etc ...

Le cluster E recherche, lui, des signes d'altération de l'activation physiologique et de la réactivité, c'est à dire, une irritabilité, une agressivité, une tendance aux comportements autodestructeurs, une hypervigilance, des difficultés de concentration, des troubles du sommeil.

C. PRINCIPES PSYCHOTHÉRAPIQUES DU PTSD

Deux grandes approches psychothérapeutiques font aujourd'hui référence dans le soin du PTSD : la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) et la psychodynamie. De nombreuses études ont pu, à ce jour, évaluer leur efficacité. Nous allons présenter, pour chacun de ces

deux courants, les théories qui les sous-tendent, les objectifs thérapeutiques qu'elles proposent et les techniques spécifiques à leur disposition, à travers les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou encore de thérapeutes spécialisés dans le trauma, dont les travaux sont reconnus sur la scène internationale.

1. APPROCHE COGNITIVO COMPORTEMENTALE

L'HAS, dont l'un des rôles est l'évaluation des pratiques professionnelles, s'est penchée sur la question du traitement du PTSD. Selon elle, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) fait référence (6). Celle-ci vise l'amendement du PTSD par l'abord direct de l'événement traumatique et, plus particulièrement, par l'application d'une technique d'exposition en imagination et de désensibilisation émotionnelle grâce, entre autres, à la technique d'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). En effet, l'exposition à l'événement traumatique a comme bénéfice (7) :

- de permettre une habitude à l'événement et de ce fait une réduction de l'anxiété
- d'amender le renforcement négatif lié à la peur de l'événement
- d'intégrer des informations positives pour corriger l'événement traumatique
- d'amender les croyances pathogènes d'un monde hostile qui découlent de l'événement traumatique
- d'améliorer la maîtrise de soi

Différents travaux montrent que, plus une thérapie se focalise sur le trauma, plus elle est efficace (8) (9) (10) (11).

La prise en charge en TCC est clairement codifiée, ce qui fait d'elle une thérapie facilement évaluable. De nombreuses études repèrent son efficacité dans le soin du psychotraumatisme (9). Toutefois, la littérature fait également état de fréquentes rechutes ou d'une efficacité relative nécessitant parfois, dans le cas de psychotraumatismes anciens, complexes ou de troubles de la personnalité associés, d'adjoindre une thérapie psychodynamique (12) (8).

2. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

L'approche psychodynamique s'appuie sur les théories psychanalytiques qui abordent le trauma psychique comme une effraction de la psyché, lors de la rencontre avec le réel de la mort et l'effroi. Les reviviscences traumatiques sont vues comme des tentatives spontanées et douloureuses de résolution de la problématique traumatique.

Ces reviviscences s'accompagnent, chez le sujet, d'une forte angoisse de néantisation. Mais la littérature décrit également, secondairement à ces répétitions, la naissance d'un attachement à l'image traumatique. Ce dernier croît progressivement, jusqu'à faire naître une véritable jouissance inconsciente, au sens psychanalytique du terme, contrariant les projets thérapeutiques (13). On comprend que, plus le psychotraumatisme se chronicise, plus il sera difficile à traiter (14). Ici, la TCC peut montrer ses limites, et la thérapie psychodynamique prendre tout son sens. En effet, celle-ci, à l'inverse des TCC, ne vise pas les symptômes. Elle cherche plutôt à interroger, et modifier, les rapports que la victime entretient avec son traumatisme, et amener progressivement le sujet à percevoir son attachement à l'image traumatique.

La thérapie psychodynamique tend également à mettre en lien la souffrance du sujet avec une expérience plus ancienne, une problématique infantile à l'origine de l'angoisse de néantisation, réactivée par le trauma (8). L'expérience de François Lebigot, reconnue sur la scène internationale, lui permet d'affirmer que « seuls les névrotiques avérés » sont à risque de développer une pathologie traumatique chronique (15). Les névrotico-normaux guérissent, eux, spontanément ou rapidement. On retrouve ici la question de la prédisposition : les sujets exposés à un même événement ne déclenchent pas tous une pathologie traumatique, seulement ceux pour lesquels l'événement traumatique réveille une problématique plus ancienne dûe au « caractère boiteux de la triangulation oedipienne » pour reprendre les mots de Lebigot (16). Le patient, pour se libérer du trauma, cesse alors de cibler le symptôme pour parcourir, sans forcément la résoudre, la traversée oedipienne (17).

Comment l'hypnose intervient-elle dans le soin psychique des sujets psychotraumatisés ? S'intègre-t-elle aux TCC, à la psychodynamie ou même à ces deux approches ? Pour mieux comprendre l'intérêt de l'hypnose dans le traitement du PTSD, penchons nous, dans un premier temps, sur les mécanismes de cet outil.

III. L'HYPNOTHÉRAPIE

L'hypnose est incontournable, largement diffusée par les médias. Pas un jour ne passe sans qu'on parle d'elle, qu'il s'agisse de spectacles, émissions de télé, hypnose de rue, hypnoanalgésie ou hypnothérapie. Cet intérêt grandissant pour l'hypnose nous amène à la penser comme une pratique médicale nouvelle. Pourtant il n'en est rien.

Dès l'antiquité, l'hypnose est pratiquée dans le domaine de la médecine : en Grèce, en Egypte, en Chine ou lors de transes chamaniques. Selon les époques et les mœurs, elle prend la forme de rites religieux, de croyances profanes ou de sorcellerie. Mais, quel que soit sa forme, l'état de conscience est identique à celui recherché aujourd'hui en hypnothérapie. Au cours des siècles, on a pu observer une alternance de périodes de désuétude et de regains d'intérêt. Le XXIème siècle représente une nouvelle période faste pour l'hypnose.

Il est aujourd'hui impossible de parler d'hypnothérapie sans citer Milton Erickson. Ses travaux sont incontournables si bien que la majorité des écoles revendiquent son influence et enseignent une hypnose dite Ericksonienne. L'IFH, où nous nous sommes formée, propose une approche intégrative qui repose à la fois sur l'approche humaniste d'Erickson mais aussi sur d'autres orientations : l'hypnoanalyse, le rêve éveillé, les thérapies cognitivo-comportementales, etc...

Nous avons également choisi de présenter les travaux de François Roustang considérant leur grande influence dans l'hypnothérapie contemporaine. Sa vision de l'hypnose et de la thérapie nous a été transmise aussi bien à l'IFH qu'auprès notre directrice de thèse, hypnothérapeute formée à l'IFH, ayant bénéficié d'une supervision avec François Roustang.

A. LES GRANDS THÉORICIENS DE L'HYPNOSE

1. MILTON ERICKSON

Au XXème siècle, l'hypnose classique est en plein essor. A cette époque, elle se base sur des inductions directives, des suggestions directes et des injonctions. Souvenons-nous du

célèbre : « Dormez, je le veux ! ». Cette hypnose dite traditionnelle ne répond plus aux croyances actuelles qui rejettent l'assujettissement et la perte de contrôle. Elle n'est donc plus aussi couramment utilisée et a laissé la place à l'hypnose ericksonienne.

En quoi celle-ci diffère-t-elle de l'hypnose traditionnelle ? Pourquoi Milton Erickson est-il devenu si incontournable ? Pour mieux répondre à ces questions, nous proposons de reprendre l'histoire de ce dernier.

a) L'HISTOIRE D'UN GUÉRISSEUR BLESSÉ

Dès l'enfance, Milton Erickson présente un daltonisme et une amusie qui le sensibilisent très jeune à la relativité des perceptions. À l'âge de 17 ans il est atteint d'une poliomyélite et son pronostic vital est engagé. Il survit à cet épisode mais souffre d'une paralysie séquellaire. Les médecins lui disent qu'il ne pourra plus marcher. Du fait de son immobilisation, sa perception du monde change : il devient un observateur assidu de sa famille, de la vie autour de lui et développe un sens aigu de l'attention. Ainsi, il prend conscience du pouvoir de la communication infraverbale. Il repère le langage des corps, riche et explicite pour qui sait regarder. Ce langage corporel est plus bavard qu'on ne l'imagine et Erickson s'étonne qu'il trahisse bien souvent celui des mots. Un individu peut dire quelque chose avec des mots et tout autre chose avec son corps ou son attitude.

Son statut de spectateur attentif l'amène également à faire l'expérience d'états modifiés de conscience lors de moments de concentration intense et d'hyperfocalisation. Il découvre l'autohypnose. Ainsi, lorsque sa jeune sœur apprend à marcher, il observe avec toute la force de sa concentration ses mouvements, son apprentissage des premiers pas. Progressivement, il parvient à se réapproprier les mécanismes et les perceptions sensorielles de la marche grâce à des états de transe hypnotique jusqu'à pouvoir à nouveau marcher.

Sa mobilité retrouvée, M. Erickson débute des études de médecine. Pendant son parcours, il participe à un séminaire sur l'hypnose dirigé par Clark Hull, psychologue behavioriste américain. M. Erickson s'étonne des méthodes proposées par le praticien, éloignées de ce qu'il a lui-même expérimenté lors de sa convalescence. Il n'adhère pas à cette pratique systématisée, basée sur la suggestion standardisée, dans laquelle le patient n'est pas vu comme un individu unique. Cette rencontre pose les bases de sa conception naturaliste,

permissive et utilisationnelle de l'hypnose. Il développe une hypnose qui se nourrit des capacités du sujet, de ses croyances, de ses ressources et de ses représentations. Selon lui, nul besoin d'exiger ou d'imposer ; il utilise des suggestions indirectes, plus permissives, des métaphores, un langage hypnotique...

Son diplôme de médecine et sa maîtrise de psychologie obtenus, il se lance dans la recherche et publie ses premiers travaux sur l'hypnose. Sa renommée grandissante l'amène à travailler avec des neurologues, anthropologues, linguistes, et thérapeutes de toutes obédiences et reconnus internationalement.

Le couple d'anthropologue Margaret Mead et Gregory Bateson le consultent à propos des phénomènes de trances qu'ils ont observés à Bali. Ils travaillent à nouveau ensemble à l'occasion de la conférence Macy¹ de mai 1942 sur l'inhibition cérébrale consacrée à l'hypnose et aux reflexes conditionnés. Milton Erickson y est invité en tant que spécialiste de l'hypnose. Cette rencontre de 1942 est à l'origine du mouvement cybernétique².

G. Bateson, également fondateur de l'école de Palo Alto, fait intervenir M. Erickson dans son groupe de recherche sur la communication. M. Erickson y rencontre Jay Haley, pionnier de la thérapie familiale, John Weakland, anthropologue et thérapeute, ainsi que Paul Watzlawick, théoricien de la communication. De leurs recherches naît le concept de « double lien » selon lequel la maladie mentale est un mode d'adaptation à une structure pathologique des relations familiales. Cette théorie bouleverse les conceptions psychiatriques de l'époque et contribue au développement de la thérapie familiale.

À la suite de ce travail, Jay Haley se rapproche d'Erickson dont il est ensuite l'élève pendant 17 ans. Il est l'auteur du livre « Un thérapeute hors du commun : Milton Erickson » qui expose la pratique de ce dernier (18).

¹ Les conférences Macy, organisées à New York par la fondation Macy à l'initiative du neurologue Warren

² La cybernétique est la science des mécanismes autogouvernés et du contrôle. Transdisciplinaire, elle met en relation les principes qui régissent les êtres vivants et des machines dites évoluées. Elle propose une vision unifiée des domaines naissants de l'automatique, de l'électronique et de la théorie mathématique de l'information, et a favorisé, de façon non négligeable, le développement des thérapies systémiques de Palo Alto.

Nous pouvons également noter la collaboration de M. Erickson avec l'auteur Aldous Huxley dans le cadre d'une étude sur les différents états de conscience. Malheureusement, il n'existe aucune trace de ce travail ; leurs notes ayant été détruites lors d'un incendie.

L'hypnose ericksonienne, dotée d'une validité scientifique certaine, a donc influencé plusieurs approches psychothérapeutiques (la thérapie systémique de Palo Alto, la thérapie brève Ericksonienne, la programmation neurolinguistique, la cybernétique), tranchant avec la vision obscure ou magique de l'hypnose des siècles précédents.

Nous allons à présent nous intéresser à l'hypnothérapie telle qu'elle est proposée par M. Erickson et sur laquelle nous nous sommes appuyée dans la prise en charge des sujets psychotraumatisés. Tout d'abord, développons sa vision de l'hypnose comme état naturel.

b) L'HYPNOSE COMME ÉTAT NATUREL

Milton Erickson apporte l'idée que l'état de transe est présent dans notre quotidien. Il prend la forme de rêveries lors de moments d'ennui ou de profonde concentration. L'hypnose, état banal et quotidien, est expérimenté par l'ensemble de la population. C'est une transe commune quotidienne³, un état naturel.

De nombreux auteurs corroborent maintenant cette définition. Par exemple, Thierry Melchior décrit l'hypnose comme « un quatrième état de l'organisme, actuellement non objectivable (à l'inverse des trois autres : veille, sommeil, rêve), une sorte de potentialité naturelle, de dispositif inné où l'individu est perturbé dans ses rapports avec l'environnement » (19).

³ Pour illustrer ces trances quotidiennes nous pouvons prendre l'exemple d'un trajet en voiture où notre esprit vagabonde. Arrivés à destination nous n'avons pas souvenir du trajet tant nous étions perdus dans nos pensées et pourtant malgré notre inattention à la route nous n'avons provoqué aucun accident : nous étions dissociés, en état d'hypnose.

Nous avons pu constater que présenter l'hypnose comme état naturel rassure les patients. Il s'agit d'exploiter cette capacité innée à entrer en transe pour résoudre leurs problèmes.

c) LA LIBERTÉ DANS UN CADRE

Une autre notion importante du travail de M. Erickson a imprégné notre pratique. Nous la résumons ainsi : la liberté dans un cadre, un subtil équilibre.

Milton Erickson s'est détaché de l'hypnose dirigiste et systématisée de Clark Hull. Il ne se retrouvait pas non plus dans des approches « passives » où le thérapeute laisse le patient déterminer ce qui se produit dans les séances. Adoptant une position intermédiaire, il propose une stratégie thérapeutique bien encadrée « dans un esprit de liberté et de créativité ». Il s'agit d'une thérapie stratégique où le thérapeute détermine un cadre thérapeutique et provoque les processus de changement. Cependant, il reste ouvert à la sensibilité du sujet qu'il laisse se mouvoir à l'intérieur du cadre, en toute liberté.

M. Erickson favorise dans sa pratique la curiosité, l'utilisation de métaphores, de suggestions indirectes, de la richesse linguistique pour s'accorder au monde interne du sujet. De cette manière, il propose une expérience hypnotique spécifique et personnelle.

Ce subtil équilibre entre cadre et liberté est central dans notre pratique. Accordant une grande importance à l'individualité du patient, nous veillons à construire une stratégie thérapeutique certes inspirée de notre formation médicale mais sensible à l'idée que devant nous se trouve un individu avant une pathologie.

d) L'INCONSCIENT ERICKSONIEN

Selon Milton Erickson, l'homme possède deux esprits : l'un, conscient, et l'autre, inconscient. Il ne fait pas référence ici aux théories psychanalytiques ; il utilise ces termes en tant qu'adjectifs et non en tant que substantifs (20).

L'esprit conscient, régit par la logique, aide l'homme à raisonner, à se comporter de façon adaptée, en congruence avec les mœurs et les normes sociétales.

L'esprit inconscient est le centre de tous nos apprentissages, le lieu de mémoire des expériences et leçons de vie. Cette somme de connaissances fait la richesse de l'inconscient qui est alors vu comme un « réservoir de ressources internes » auquel le patient peut recourir grâce à l'hypnose, porte d'entrée vers l'inconscient (21).

Afin de mieux comprendre cela, étudions un scénario d'induction rédigé par M. Erickson. Ce texte est tiré de son ouvrage « De la nature de l'hypnose et de la suggestion » (22) :

« Aujourd'hui quand vous êtes entré dans cette pièce, vous y avez amené vos deux esprits, c'est à dire l'avant de votre esprit et l'arrière de votre esprit. »

Il suggère d'emblée qu'il existe deux modes de pensée.

« Mais ça m'est complètement égal que vous m'écoutez avec votre esprit conscient, parce que, de toute façon, il ne comprend pas du tout votre problème sinon vous ne seriez pas ici. Alors je veux juste parler à votre esprit inconscient... »

Nous savons qu'un sujet entame une psychothérapie parce qu'il ne sait résoudre seul sa problématique. Il a déjà réfléchi de façon rationnelle à des solutions. Il a eu recours à des stratégies qui se révèlent inefficaces et entraînent un fonctionnement pathologique.

Par cette phrase, M. Erickson suggère que la pensée logique ne sait comment résoudre la problématique mais qu'il existe cet autre mode de pensée qui peut, lui, apporter des solutions. Se tourner vers l'inconscient permet alors de contourner les limites de la pensée rationnelle.

Il propose ainsi au sujet de mettre son esprit conscient en « sourdine » par la suggestion de l'ennui, du désintérêt, de la distraction :

« Vous pouvez laisser votre esprit conscient écouter les bruits de la rue ou les avions qui nous survolent ou le bruit de la machine à écrire dans la pièce voisine. Tout ce que je veux c'est parler à votre esprit inconscient même si votre esprit conscient s'ennuie »

M. Erickson scinde la pensée en deux parties et s'adresse à chacune d'entre elles. Si cette façon d'envisager le fonctionnement de la pensée et de s'adresser au patient apparaît

simpliste et enfantine, il s'agit pourtant de techniques hypnotiques efficaces. La personnification⁴ des deux esprits, auxquels Erickson attribue des rôles, des qualités et des défauts, permet au sujet d'accepter l'existence d'un inconscient thérapeutique, réservoir de connaissances. Cela entraîne également une certaine confusion⁵; le sujet ne s'y attend pas et perd ses repères, ce qui majore l'état dissociatif et approfondit la transe.

Les travaux de F. Roustang ont beaucoup influencé l'hypnothérapie contemporaine. Ils imprègnent également notre pratique.

2. FRANÇOIS ROUSTANG

a) UN LONG PARCOURS JUSQUE L'HYPNOSE

Le parcours de François Roustang est très riche et peu banal. Après des études de philosophie, théologie et psychopathologie, il devient prêtre jésuite. En 1966, il rédige un article traitant du désintérêt croissant des chrétiens pour un catholicisme qui se vide de son sens. Un an plus tard, il est démis de ses fonctions. Il intègre alors l'École Freudienne de Paris de Jacques Lacan et devient psychanalyste après avoir lui-même débuté une cure en 1965.

Jusqu'en 1983, il se range à l'avis de ses nombreux confrères psychanalystes qui rejetaient l'hypnose et son efficacité. Mais sa curiosité le pousse à se faire sa propre idée et ses recherches l'amènent des écrits de Freud à un ouvrage de Milton Erickson. Il se rapproche ensuite de Judith Fleiss, formée à l'hypnose par des élèves d'Erickson, et fait alors l'expérience « libératrice » de la transe hypnotique.

En 1986 il se détourne des lacaniens pour se consacrer totalement à l'hypnose. Il est considéré aujourd'hui comme un théoricien important de l'hypnothérapie contemporaine.

⁴ La personnification consiste à attribuer des propriétés humaines à un animal ou à une chose inanimée (objet concret ou abstraction) que l'on fait vouloir, parler, agir, à qui l'on s'adresse en hypnose.

⁵ La confusion en hypnose ne se rapporte pas au syndrome confusionnel. Elle consiste à troubler l'esprit logique du patient pour approfondir la dissociation et l'émergence de l'esprit dit inconscient.

b) L'ÉTAT HYPNOTIQUE : UNE VEILLE PARADOXALE

Dans ses écrits, François Roustang fait un parallèle entre sommeil paradoxal et état d'hypnose. Rappelons que le sommeil paradoxal est l'une des cinq phases du sommeil. Pendant cette phase le corps prend tous les traits du sommeil par une atonie musculaire généralisée. C'est également la période pendant laquelle on repère une activité cérébrale importante, des mouvements oculaires rapides et une activité onirique riche, d'où son nom de « sommeil paradoxal ».

Selon F. Roustang, le patient en état de transe ne dort pas. Il est en état d'éveil, d'hyper-concentration. D'ailleurs les techniques d'imagerie confirment l'existence d'une activité cérébrale importante. Comme lors du sommeil paradoxal, le corps est immobile, atonique et simule le sommeil. Il existe donc bel et bien des similitudes entre ces deux états d'où le surnom de « veille paradoxale » que donne F. Roustang à l'hypnose (19).

c) LÂCHER PRISE

Proche des philosophies chinoises, François Roustang s'intéresse au « non agir » taoïste. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce concept ne renvoie pas à la passivité ou à l'inaction. Il propose, en fait, d'observer et d'accueillir, d'une manière aussi neutre que possible, ce qu'il se passe.

En thérapie, cette position de non agir s'adresse à la fois au patient et au thérapeute. Lorsqu'il accueille un sujet, F. Roustang cherche à mettre de côté son savoir et ses croyances pour accéder à une position sans préjugés ou perspectives. Il souhaite ainsi percevoir l'individu dans toute sa singularité, dans toute sa sensibilité. Cette position silencieuse nécessite pour le thérapeute d'abandonner un temps la maîtrise et son savoir médical.

Le patient aussi est concerné par cette question du non agir : il doit « laisser se faire ». Ce célèbre phrasé hypnotique confusionnant propose d'aborder la problématique avec plus de souplesse plutôt que de rester figé dans un comportement pathologique douloureux. Selon F. Roustang, c'est là que réside la force de la relation en hypnose.

Cependant ce lâcher prise est difficile à atteindre et à maintenir. Abandonner la maîtrise, inhérente à notre culture et notre façon d'aborder le monde, est peu aisé.

Le lecteur pourra se rendre compte de cette position du thérapeute de « ne rien savoir » au cours des séances présentées. Malgré notre implication et notre bienveillance, nous connaissons souvent le patient moins bien qu'il ne se connaît lui-même. Ainsi, la thérapie est vue comme une co-construction : d'une relation, de problématiques, de solutions... S'il peut lui arriver de laisser le patient explorer librement son imaginaire, le thérapeute guide tout de même vers des changements thérapeutiques.

Mais essayons de définir l'hypnose...

B. DÉFINITION DE L'AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Il est difficile de livrer une définition unique de l'hypnose tant celle-ci a évolué au cours du temps. Selon Thierry Melchior, co-fondateur des Instituts Milton H. Erickson de Belgique et du Nord de la France, il n'existe pas de théorie faisant autorité mais bien « un certain nombre de croyances théoriques proposant chacune une part de vérité » (23).

L' « American Psychological Association » (APA) est le seul organisme reconnu par les milieux scientifiques sur la scène internationale (24). Elle propose une définition de l'hypnose qui nous semble pertinente dans la mesure où celle-ci est suffisamment large pour que les différentes orientations théoriques s'y reconnaissent mais aussi suffisamment précise et heuristique pour la recherche scientifique.

L'hypnose est décrite alors comme : « *un état de conscience impliquant attention focalisée et réduction de la conscience des stimuli environnementaux caractérisés par une amélioration de la capacité de réponses aux suggestions* ».

L'hypnotisabilité est définie comme « *la capacité interindividuelle d'un sujet d'expérimenter des modifications dans sa physiologie, ses sensations, émotions, pensées et comportements* ».

pendant l'hypnose » et **l'hypnothérapie** comme « *l'utilisation de l'hypnose dans le traitement de troubles médicaux et psychologiques* » (25).

L'hypnose est donc définie à la fois par son mécanisme, son état particulier de veille et ses possibilités d'accroître la suggestibilité. En effet, lors de la transe, le sujet répond plus aisément aux suggestions sans perdre son libre arbitre ou le contrôle de ses pensées.

Malgré les théories florissantes sur l'hypnose, celle-ci a longtemps souffert d'un manque de validité scientifique (5). Entachée de représentations négatives, elle est reconnue tardivement comme méthode médicale légitime. Ce n'est qu'en 1955 qu'elle est validée par la « British medical society » et en 1958 par l' « American medical association » (26).

C. LES « PREUVES » DE CET ÉTAT

1. PREUVES CLINIQUES

Pendant longtemps, on a remis en cause la réalité de l'état hypnotique et de son efficacité. Pourtant, observer la réalité de l'état hypnotique est possible par une « simple » observation clinique. Par exemple, l'hypnose est très fréquemment utilisée par les anesthésistes à visée sédatrice et antalgique. Pour certaines chirurgies, elle se substitue même à une anesthésie médicamenteuse classique. Nous admettons qu'un patient ne peut simuler l'analgésie pendant un acte chirurgical. Cependant, cet argument ne semble pas suffisant pour prouver l'existence de cet état ni expliquer la technique pour l'obtenir. C'était sans compter l'apport des nouvelles techniques d'imagerie.

Nous allons voir à présent comment elles ont pu largement faire avancer nos connaissances sur l'état d'hypnose, lui conférant enfin légitimité scientifique.

2. PREUVES PARACLINIQUES : L'APPORT DES SCIENCES

Marie Elisabeth Faymonville, médecin anesthésiste-réanimateur, et Pierre Rainville, directeur du laboratoire de recherche en neuropsychologie de la douleur au centre de recherche de l'institut universitaire de gériatrie de Montréal, sont les grands noms de l'étude neurophysiologique dans le domaine de l'hypnose (et plus particulièrement de l'hypno-analgésie) (27).

Ils repèrent que l'activité cérébrale pendant la transe hypnotique diffère de celle pendant la veille ou le sommeil. Lors de la remémoration d'un souvenir agréable, en état de transe, on repère une hypoactivité des zones cérébrales habituellement impliquées dans la perception sensorielle de l'environnement (28). Cela conforte les observations cliniques ; pendant la transe, le sujet néglige les stimuli extérieurs pour se focaliser sur ses ressentis internes (29).

Les nouvelles techniques d'imagerie permettent d'asseoir la réalité de l'état hypnotique et de comprendre comment il est thérapeutique. En effet, imaginer un geste en état de transe active les mêmes aires cérébrales qu'effectuer ce même geste dans la réalité. Or, ce n'est pas le cas si le sujet imagine simplement le geste en état de veille classique. L'état de transe permet de rendre réel, au niveau cérébral, ce qui est vécu pendant la transe. Si l'exemple, ici, porte sur des suggestions motrices, mais il en est de même avec des suggestions dites « idéatives » comme la remémoration de souvenirs, l'émergence d'images et d'émotions (30). Ce vécu de réalité est expliqué par une activation accrue, en état de transe, du cortex cingulaire postérieur (CCP) impliqué dans la remémoration et l'orientation topographique.

Ainsi, nous comprenons comment vivre certaines expériences hypnotiques a des répercussions sur la réalité du patient lors d'une démarche psychothérapique. Ce vécu de réalité constitue un véritable levier thérapeutique, notamment dans la prise en charge du psychotraumatisme.

IV. L'HYPNOSE DANS LE PSYCHOTRAUMATISME

Aujourd'hui, il est reconnu que de nombreux facteurs, comme les caractéristiques intrinsèques de la transe hypnotique, ou les points communs entre l'état hypnotique et la pathologie traumatique, font de l'hypnose un outil intéressant dans la prise en charge du PTSD.

A. LA DISSOCIATION : UN FACTEUR COMMUN

1. DÉFINITION

De nombreux thérapeutes se sont penchés sur la notion de dissociation. Comme pour l'hypnose, il est difficile d'en proposer une définition simple et unique. Parmi toutes nos lectures, nous avons choisi celle proposée par Marion Fareng, Docteure en psychologie, pour sa clarté et son applicabilité à la fois à la dissociation traumatique et hypnotique. Elle décrit la dissociation comme « *un processus de séparation mentale structurée affectant perceptions, émotions, mémoire et identité, normalement intégrées et accessibles à la conscience. La perception de l'expérience vécue est alors perturbée au niveau qualitatif, au niveau de la relation à soi ou du contrôle volontaire que l'on peut exercer* » (31).

M. Fareng propose aussi d'envisager la dissociation comme un continuum entre normal et pathologique (31). La dissociation innée, non pathologique, renvoie à notre capacité à nous intérioriser, à avoir recours à notre imagination. Elle se retrouve dans les trances quotidiennes spontanées ou « trances communes ».

La dissociation peut être également pathologique. C'est le cas dans le traumatisme psychique où elle survient lors de l'évènement vulnérant sous forme de dissociation péri-traumatique⁶. Elle apparaît également en différé chronique lors d'un PTSD constitué avec le syndrome de répétition.

⁶ Pendant l'évènement certains sujets décrivent une impression de distorsion temporelle, un arrêt de la pensée, une déréalisation, mais également une impression de s'extérioriser de leur propre corps.

2. PROTECTRICE ET DÉLÉTÈRE DANS LE TRAUMA

La confrontation à un événement violent, effroyable, provoque des émotions toutes aussi violentes qui dépassent le sujet au point de provoquer une désorganisation psychique (32). L'état dissociatif pendant cet événement, ou dissociation péritraumatique, peut être vue autrement qu'un symptôme du trauma. Certains lui confèrent un rôle de mécanisme de défense.

Nous connaissons l'histoire de sujets traumatisés qui décrivent une impression d'extériorisation, d'une mise à distance de leur propre corps maltraité lors de l'événement (33). Cet état dissociatif leur permet d'observer la scène à distance en tant que tierce personne et de « supporter » la violence subie. La dissociation péritraumatique, véritable mécanisme réflexe, a alors un rôle protecteur, adaptatif et défensif permettant de survivre à la brutalité de l'évènement.

Mais, on repère également qu'elle constitue une « porte d'entrée » à la pathologie traumatique chronique (34). Tout comme les allergies qui proviennent de l'exagération pathologique d'une réponse physiologique du système immunitaire, la dissociation peut elle aussi devenir délétère. Défensive en péritraumatique, elle se manifeste ensuite par les répétitions traumatiques pathognomoniques qui replongent inlassablement le sujet dans l'effroi. Elle a donc deux faces, l'une protectrice à court terme et l'autre génératrice de répétition mortifère à moyen et long terme.

3. UTILISATION THÉRAPEUTIQUE DE LA DISSOCIATION

a) LES PRATIQUES CHAMANIKES

En hypnothérapie, on utilise l'état dissociatif hypnotique pour traiter la dissociation traumatique. Cette technique se retrouve dans les thérapies traditionnelles chamaniques. Les chamans plongent d'abord les sujets en état de transe, par saturation sensorielle, à l'aide de

tambours ou de danses rituelles. Puis, ils utilisent l'état dissociatif de la transe pour guérir la dissociation traumatique.

Alain Blanchet, sociologue et professeur de psychologie, explique que selon la croyance chamanique, l'âme du sujet traumatisé sort de son enveloppe corporelle. Le rituel chamanique permet de passer « de la dissociation pathologique à la dissociation-ressource et de résoudre la désunion entre spiritualité et corps » (35)). Le sujet traumatisé n'est pas le seul à souffrir, sa pathologie affecte son entourage. Les sujets présentant un PTSD décrivent des répercussions familiales et des proches en souffrance qu'il est important de prendre en considération. D'ailleurs, les chamans incluent toute la communauté dans ces trances thérapeutiques.

b) UN HAUT POTENTIEL D'HYPNOTISABILITÉ

Les sujets psychotraumatisés expérimentent de façon répétée des états dissociatifs à la fois lors de l'événement traumatique (dissociation péri traumatique) et lors des reviviscences (syndrome de répétition). Au fil du temps, ils acquièrent une capacité toute particulière à entrer en état dissociatif. Cette capacité nouvelle fait de ces sujets des patients « hautement » hypnotisables, c'est-à-dire capables d'entrer facilement en état d'hypnose et d'expérimenter la dissociation de façon structurée.

Lors des reviviscences, la dissociation est incontrôlée. Elle provoque une décharge émotionnelle pouvant traumatiser une nouvelle fois le sujet. En hypnothérapie, le sujet apprend à contrôler l'état dissociatif et à éviter une abréaction douloureuse (36). Ce fardeau, que représente la dissociation traumatique, s'avère être finalement le levier thérapeutique de l'hypnose.

c) VÉCU DE RÉALITÉ

Nous avons abordé plus tôt, avec l'abond des neurosciences, la notion de vécu de réalité. En quoi cette notion est-elle intéressante en ce qui concerne la prise en charge de sujets psychotraumatisés ?

Les victimes présentent majoritairement des troubles émotionnels, de la colère, une irritabilité, une tristesse et des éprouvés négatifs autour du traumatisme. L'aboulie et l'anhédonie illustrent l'appauvrissement des émotions dites positives. Quand on suggère au sujet hypnotisé de se retrouver dans un souvenir ou un endroit agréable, il expérimente toute une gamme d'émotions oubliées et de façon bien plus intense que lors d'une simple remémoration en état de veille classique. La transe vise alors à modifier les empreintes émotionnelles et sensorielles en représentations plus apaisantes (23).

B. APPROCHE PSYCHOSensorielle

Le sujet, heurté par la violence de l'événement traumatique, est plongé dans l'effroi. Ses sens sont saturés d'informations afférentes et il ne peut ni comprendre ni mettre en mots ce qui lui arrive. Le trauma n'empreinte pas les voies de la parole ou de l'intellect, il est mémorisé sous la forme de sensations et d'émotions qui resurgissent à chaque reviviscence (37).

La thérapie par la narration aide le sujet à mettre en lien l'événement et sa propre histoire, de « désenkyster » le trauma. Mais comment dire l'indicible ? Pour aborder le trauma, il semble indispensable d'emprunter les mêmes chemins que lui : les sens plutôt que le langage. Ainsi, l'hypnose permet de contourner les mots pour aborder les maux du traumatisme psychique⁷.

⁷ L'art thérapie est un autre exemple d'approche psychothérapeutique se concentrant sur le comportement infraverbal utilisant, comme l'hypnose, le domaine de la créativité, de la symbolisation pour shunter le discours logique et rationnel (38).

C. TRAITEMENT DES AUTRES « VOIX » DU TRAUMA

Le syndrome de répétition est pathognomonique du PTSD mais on ne peut réduire la clinique à lui seul. En effet, les reviviscences sont rarement mises en avant par les patients et ne constituent généralement pas le motif d'entrée dans le soin. Les cauchemars sont souvent banalisés (« *c'est normal après ce que j'ai vécu* »), passés sous silence et masqués par d'autres symptômes psychiatriques et somatiques.

Le PTSD est une pathologie transnosographique : elle touche tous les champs de la psychiatrie dans son expression clinique (39). Il se présente fréquemment sous la forme d'un état dépressif caractérisé, de troubles anxieux, de troubles des conduites, des addictions (alcool, toxiques), de conduites suicidaires voire d'états mélancoliques ou délirants (13). Il peut même arriver que le patient consulte pour des plaintes somatiques. Ce sont les autres « voix » du PTSD (40). Ces syndromes bruyants, qui masquent les reviviscences, sont souvent à l'origine d'une errance médicale et diagnostique pouvant atteindre plusieurs années (41).

Face à ces tableaux variés, l'hypnose apparaît un outil thérapeutique intéressant dans la mesure où elle peut cibler et soulager efficacement ces symptômes disparates. Pour autant, il serait dommage de limiter la pratique de l'hypnose à un « scalpel à symptômes », nous prendrions alors le risque de négliger sa capacité à proposer une approche plus globale.

D. LA RELATION D'ALLIANCE EN HYPNOTHÉRAPIE

L'alliance, concept majeur en thérapie, repose sur une relation de confiance, de respect, sur une présence et une écoute dans un climat de non jugement et d'empathie. La relation patient-thérapeute est un facteur thérapeutique puissant. Son impact sur l'efficacité thérapeutique est deux fois plus important que celui des outils thérapeutiques « bruts » (42). Elle augmente l'engagement dans la thérapie et fournit un socle solide pour initier le changement thérapeutique. Comme pour toute autre thérapie, cette notion d'alliance est importante en hypnose et repose sur un accordage.

En hypnothérapie, le thérapeute se familiarise avec le monde interne propre à chaque sujet. Chaque nouveau patient est une nouvelle rencontre avec une représentation du monde, des croyances etc... Cela nécessite un ajustement permanent. De plus, lors de l'état de transe, le patient accède à un mode de pensée plus libre, moins rationnel, moins logique. Pour l'accompagner au mieux dans cette expérience hypnotique, le thérapeute doit adapter son mode de pensée pour s'accorder à celui du patient. Il glisse vers un état semi hypnotique pour accéder à l'imaginaire du patient. D'un autre côté, le patient accepte de partager ses expériences hypnotiques avec le thérapeute. Une relation de confiance est nécessaire pour qu'il se laisse guider dans ces scénarios souvent chargés émotionnellement.

Cette relation entre hypnotiste et hypnotisé a déjà été décrite, dans le passé, par Puységur, qui parlait de « relation d'élection », par Deleuze qui évoquait un « attachement tendre », ou encore Janet avec la « passion somnambulique » (27). Enfin, nous ne pouvons parler de relation sans aborder les travaux de Milton Erickson. Grâce à sa grande capacité d'adaptation, son empathie, sa sensibilité et son écoute de l'autre, il entendait bien au delà de ce que disent les mots. Il entrait de façon très intuitive en relation avec autrui. Sur la base de cet accordage, il ne décrit pas uniquement l'hypnose comme un outil thérapeutique mais surtout comme un « type de relation », un mode de communication (43).

C'est pour cela que M. Erickson n'a jamais théorisé sa pratique. Ceux qui ont tenté de limiter l'hypnose à une série de recettes ont omis les ingrédients chers à Erickson : intuition et empathie.

Il nous semble qu'être attentif à la qualité de la relation est peut-être le plus important lorsqu'on rencontre des sujets psychotraumatisés. En effet, nous connaissons leurs difficultés à entrer en relation avec autrui. Ils se sentent écartés du monde, de leurs pairs, par cette rencontre avec la mort, l'effroi et l'innommable. Les patients et leurs familles nous rapportent souvent à quel point les relations familiales, sociales et personnelles se sont dégradées. Tisser avec eux une relation de confiance et d'alliance, au sein de laquelle ils se sentent écoutés, compris et aidés, est essentielle. Et cela, l'hypnose y contribue.

E. APPRENTISSAGE DE LA TRANSE

Avant l'exposition en hypnose au trauma, clé de voûte de la thérapie, quelques séances préalables s'avèrent utiles pour que le patient se familiarise avec la dissociation hypnotique. Il fait l'expérience d'un état dissociatif structuré, contrôlé, lors de séances d'hypnorelaxation et de safe place dont nous allons parler à présent.

1. L'HYPNORELAXATION

Le thérapeute induit l'état de relaxation par des suggestions directes (« *et la détente s'approfondit* ») ou indirectes (« *n'essayez pas de vous détendre*⁸ »). Il utilise également des métaphores et des techniques corporelles (concentration sur le rythme et l'amplitude respiratoire, la sensibilité proprioceptive, la relaxation musculaire...). Il recourt à un phrasé hypnotique : une voix posée, des tournures de phrases floues ou alambiquées instaurant la confusion et approfondissant la transe.

Lorsque nous sommes confrontés à un stress, l'émotion ressentie provoque des réactions physiques comme l'hypertonie, la tachycardie, l'augmentation de la fréquence respiratoire. Il est remarquable de constater que, de la même manière, éprouver des sensations physiques (par exemple une hypotonie musculaire) entraîne une modification émotionnelle dans le même sens : par exemple, provoquer la relaxation corporelle favorise un sentiment d'apaisement.

Lorsque l'état de relaxation s'installe chez le patient, on observe une hypotonie musculaire, une diminution de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et de la fréquence respiratoire. Cet hypométabolisme permet une récupération profonde bien supérieure à un simple état de repos (44).

⁸ En état d'hypnose, le sujet n'est pas sensible aux négations, seuls les mots utilisés comptent. Par exemple, en suggérant au patient de ne pas imaginer un éléphant rose on l'invite finalement à le faire.

L'hypnorelaxation apporte au patient le repos et le calme intérieur qui l'éloignent de l'anxiété, des ruminations. Ainsi, elle est bénéfique pour diminuer la symptomatologie du PTSD telle que l'angoisse, l'hypervigilance, l'hyperactivité physiologique (irritabilité, tension interne).

2. SAFE PLACE

L'installation du « lieu de sécurité » ou « safe place » est également une technique fréquemment utilisée en hypnothérapie. On propose au sujet de choisir un lieu qu'il associe à un vécu de sécurité, de protection. Cela peut être un souvenir, un lieu existant ou imaginaire. Il doit permettre au sujet de se mettre à distance des stimulations anxiogènes. Si le patient ressent de la détente, ce n'est pas le but visé. L'idée est plutôt d'installer un espace de sécurité suffisamment contenant pour poursuivre le travail psychothérapeutique. Le sujet explore ce lieu en hypnose. On insiste sur les perceptions sensorielles (voir, écouter, sentir, ressentir) et sur les qualités protectrices et apaisantes du safe place. Le sujet pourra se projeter dans son lieu de sécurité à d'autres étapes de la thérapie, par exemple lors de l'exposition.

En plus d'un apaisement (relaxation, sécurité), ces séances apportent un sentiment de maîtrise et de confiance. Le sujet se familiarise à l'état dissociatif, ce qui diminue son appréhension à l'exposition.

F. L'HYPNOSE : UN OUTIL INTÉGRATIF

L'hypnose n'est pas une thérapie en soi mais un outil au service des thérapeutes de toutes orientations. Selon Aurore Sabouraud-Seguin, psychiatre du centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie (CPIV), on utilise l'hypnose pour traiter les victimes « sous le biais de théories variées » (5).

La littérature montre que l'hypnose s'intègre aisément aux différentes psychothérapies. En 2012, Robertson fait état d'une efficacité thérapeutique accrue (70 à 90%) lorsqu'on intègre l'hypnose à la thérapie (45). L'hypnose potentialise les bénéfices

thérapeutiques. En 2006, Petot observe que l'hypnose maintient dans le temps les progrès thérapeutiques, renforce l'alliance et facilite l'utilisation des techniques thérapeutiques (46).

En tant qu'outil thérapeutique, l'hypnose peut être intégrée à toute thérapie qui soit : comportementales, psychanalytiques, systémiques, intégratives ... Dans le domaine du psychotraumatisme, elle enrichit les deux approches faisant référence à savoir la TCC et la psychodynamie.

1. HYPNOSE ET TCC : LA SÉANCE D'EXPOSITION

La séance d'exposition représente le cœur de la thérapie. En hypnose, l'exposition à l'événement traumatique se fait par la technique de « double dissociation ». Pourquoi parle-t-on de double dissociation ?

L'état d'hypnose est en soi une première dissociation psychique. La deuxième vient de la consigne centrale du scénario : le sujet est spectateur, il observe un autre lui même regarder le film de l'évènement traumatique. Nous proposons de résumer le scénario comme tel :

Le sujet pénètre dans un cinéma et s'installe sur un balcon situé à gauche ou à droite de l'écran de sorte que ce dernier ne soit pas dans son champ de vision. Il observe un « autre lui même » entrer dans la salle et s'installer dans un fauteuil, face à l'écran. Il est important d'insister sur le fait que le patient ne peut voir que cet autre lui même qui, lui, regarde le film du trauma.

L'exposition se déroule ensuite en 4 parties : le film est d'abord projeté sur un écran de cinéma, puis sur une télévision, d'abord en couleur puis en noir et blanc et enfin en version muette. Ces quatre visionnages sur des supports différents permettent de diminuer progressivement le potentiel traumatique du film. Nous en avons tous fait l'expérience ; un film paraît plus saisissant sur grand écran que sur un petit support, le son d'un film d'horreur participe pour beaucoup à l'ambiance et la peur. À la fin des quatre visionnages, le patient archive le film puis « réintègre » son autre lui, se réassocie puis sort du cinéma. Avant le retour vers un état de veille, il peut être utile de proposer un temps au patient dans son safe place.

Cette manière de se confronter à l'événement traumatique en tant que spectateur permet au patient de maintenir une distance physique et émotionnelle suffisante pour s'exposer sans se trouver sidérer. Cela permet de séparer le souvenir traumatique de la souffrance (37).

Pour beaucoup, cette technique permet une prise en charge brève des patients. Des protocoles de quelques séances ont été développés. Citons l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Desgenettes de Lyon qui propose un protocole de 5 séances. La séance principale est celle de l'exposition. Elle est précédée d'une évaluation clinique, d'une délivrance d'informations sur le trauma et l'hypnothérapie, d'une première expérience de transe hypnotique avec mise en place d'un lieu de sécurité. D'autres séances sont prévues ensuite pour vérifier l'amendement des symptômes⁹.

Le docteur Christian Cheveau, formateur à l'IFH, s'inspire de ce protocole dont l'efficacité proviendrait de la synergie entre les techniques d'hypnose et de thérapie cognitivo-comportementale qui associent double dissociation et désensibilisation progressive des affects (47). Selon lui, les médecins de l'HIA n'observeraient pas un seul échec sur un échantillon d'une centaine de sujets ; ce qui assoit l'efficacité de la technique d'exposition (48). Toutefois, nous pouvons supposer d'un biais de sélection si les médecins de l'HIA ne choisissaient de proposer l'hypnose qu'aux patients jugés très suggestibles, excluant ainsi les possibles réfractaires. En effet, j'ai pu constater, lors de mon passage à l'HIA de Brest, que les patients qui m'étaient adressés étaient sélectionnés au préalable, s'ils étaient favorables à cette pratique.

De plus, l'exposition au traumatisme sous hypnose fait chorus aux recherches actuelles. En effet, les travaux se multiplient sur l'intérêt du propranolol dans le traitement du

⁹ Protocole de traitement du sujet souffrant de PTSD proposé par les psychiatres de l'HIA Desgenettes de Lyon qui se déroule en 5 consultations :

1ère consultation : prise de contact et anamnèse

2ème : présentation de l'hypnose (mécanisme du traumatisme psychique, fonctionnement de l'hypnose) et expérience de l'hypnose par une séance d'hypno relaxation avec reviviscence d'un souvenir agréable

3ème : séance d'hypnose thérapeutique avec scénario d'exposition

4ème : vérification de l'amélioration clinique et de la disparition du syndrome de répétition à 15 ou 30 jours après la séance d'exposition

5ème : bilan à 6 mois pour vérification de la disparition totale de la symptomatologie traumatique

PTSD, dont on sait qu'il réduit l'intensité des souvenirs émotionnels sans affecter les souvenirs dits neutres¹⁰(50). Une première étude menée par Alain Brunet, chercheur spécialisé dans le PTSD à l'université McGill à Montréal, et le Professeur Guillaume Vaiva, psychiatre au CHRU de Lille, a démontré l'effet préventif du propranolol, pour éviter la constitution du PTSD (49). Puis, A. Brunet se tourne vers l'étude des PTSD constitués. En 2014, il relève une diminution des réponses physiologiques chez le sujet psychotraumatisé exposé à l'événement en thérapie et traité par propranolol (51). Aujourd'hui, le propranolol est de nouveau à l'étude. Quinze centres, dont huit hôpitaux de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP HP), participent à l'étude « Paris Mémoire Vive » (Paris MEM). Cette dernière évalue, sur une durée de deux ans, et sur une cohorte de 400 personnes victimes des attentats de 2015 et 2016, le taux moyen de diminution des symptômes post-traumatiques après sept semaines de traitement par propranolol. Le but de cette thérapie par exposition/propranolol serait d'associer une psychothérapie brève avec réactivation du souvenir traumatique et la prise de propranolol pour diminuer l'intensité des émotions associées au souvenir. Le médicament sert, ici, de « chimiofacilitateur de psychothérapie » visant à bloquer la reconsolidation des souvenirs traumatiques.

Le parallèle peut donc être fait entre le propranolol et l'hypnose ; la double dissociation jouant ce rôle de chimiofacilitateur en dissociant l'événement traumatique des émotions négatives et des réactions physiologiques qu'il engendre habituellement.

¹⁰ Lors de la survenue d'un événement traumatique on observe une hyperactivation du circuit cérébral de la peur (locus coeruleus, amygdale, nucleus central) qui libèrent de grandes quantités de catécholamines (adrénaline et noradrénaline). Le professeur Guillaume Vaiva reprend les résultats de plusieurs études dont certaines caractérisent l'activation prolongée du système adrénergique comme facteur de risque de PTSD par action sur le circuit de la peur conditionnée et par hyperconsolidation des souvenirs traumatiques. C'est à partir de ce modèle de dérégulation adrénergique que naît l'hypothèse d'une action thérapeutique du propranolol. Cet antagoniste bêta adrénergique agit contre l'hyperactivation adrénergique et diminue à la fois les symptômes de PTSD et le diagnostic de PTSD à 2 mois (49).

2. HYPNOSE ET PSYCHODYNAMIE

Un autre intérêt de l'hypnose semble être cet enrichissement qu'il propose de l'approche psychodynamique ¹¹ du psychotraumatisme (14). Comme nous l'avons précédemment abordé, seuls les « névrotiques avérés », pour lesquels le trauma réveille une problématique plus ancienne, dûe au « caractère boiteux de la triangulation oedipienne », déclenchent une pathologie traumatique (16) (15). Selon cette théorie, il faut alors cesser de questionner uniquement le symptôme et s'intéresser à ses déclencheurs pour se libérer du trauma (17). Cela nécessite de reparcourir, sans forcément la résoudre, la traversée oedipienne. Mais, lorsque que cette problématique est refoulée, ou non représentable, il n'est pas aisé de l'aborder. L'utilisation de l'hypnose prend alors tout son sens. Les travaux de Jean-Pierre Klein, pionnier de l'art thérapie et psychothérapeute d'enfants, confirment cela. Selon JP. Klein, l'imagination riche sait « conjurer le trauma » (52). Le thérapeute n'a pas besoin de centrer le travail sur l'événement traumatique subi et impossible à se représenter. Le patient fait apparaître le trauma d'une façon ou d'une autre dans sa création, spontanément, « parce qu'il sait (...) où il se trouve, tout ce qu'il fait est imprégné de ses problèmes » (53). Cette création constitue une résolution sans que nous ne parvenions toujours à saisir de quelle manière. Nous pensons que ce processus thérapeutique est le même en hypnose dans la mesure où, comme l'art thérapie, elle utilise les capacités d'imagination et de symbolisation du patient.

Toutefois, laisser l'imagination du patient faire apparaître la problématique ne signifie pas abandonner ce dernier aux grès de sa transe, sans suggestions particulières. Cet exercice, que l'on nomme hypnose sèche, se base sur la théorie d'une efficacité de l'hypnose portée par l'état hypnotique lui-même plutôt que par les suggestions. Cette technique est pourtant peu utilisée, et nous pouvons en comprendre les raisons.

En premier lieu, l'hypnose sèche peut être très anxiogène pour le sujet qui l'expérimente (54). Les recherches menées par Wilson nous permet de mieux saisir le

¹¹ La psychothérapie dynamique utilise les concepts de la psychanalyse mais si cette dernière est à la recherche de la vérité, en psychodynamie on recherche la guérison. Elle est plus adaptée au patient psychotraumatisé car basée sur une écoute attentive plutôt que sur l'attention flottante de la psychanalyse (15). Elle vise à ré-engager des processus d'adaptation normaux en traitant de ce qui est inconscient et de le rendre conscient selon les capacités du sujet.

potentiel désagréable de cette technique. Les cent quatre-vingt-dix patients inclus dans son étude reçoivent la consigne de s'asseoir et de ne « rien faire » pendant 6 à 15 minutes. Les résultats montrent que pour 60% des sujets l'expérience est difficile. Pour 49,3% elle est vécue comme déplaisante au point que 67% des hommes et 25% des femmes préfèrent s'infliger un choc électrique plutôt que de rester plongés dans leurs pensées (55). Ce que l'on appelle hypnose sèche se rapproche de cette expérience, où l'on confronte le sujet à ses pensées, sans autre consigne que celle de ne rien faire.

En second lieu, l'hypnose sèche suscite fréquemment la frustration du thérapeute, qui ne sait ce qui se déroule pour le sujet pendant la transe, ce qui se joue sur la scène de son esprit.

L'hypnose est donc une démarche intéressante et intégrative dans le sens où l'abord du traumatisme peut se faire selon l'approche cognitivo-comportementale et/ou psychodynamique (56).

Ainsi, à travers ce chapitre, nous avons pu voir que l'hypnose bénéficie d'une reconnaissance médicale récente dans le champ de la psychiatrie au regard de l'histoire. Par l'état dissociatif, qui existe communément dans l'hypnose et le psychotraumatisme, nous avons perçu le lien indéfectible entre ces deux derniers. Nous avons abordé l'intérêt de l'outil hypnotique et les techniques élaborées pour le traitement du PTSD. À travers diverses situations cliniques, nous allons chercher à percevoir en quoi les capacités créatrices d'un individu, favorisées par l'hypnose, favorisent le processus thérapeutique dans le cas spécifique du psychotraumatisme.

CHAPITRE II : CAS CLINIQUES

I. TECHNIQUE D'EXPOSITION

La littérature accorde à l'hypnose une efficacité toute particulière pour aborder l'exposition à l'événement traumatique, pivot du traitement du PTSD. L'exposition en hypnose s'articule fréquemment autour du scénario de « double dissociation », déjà développé en première partie de ce travail.

Nous utilisons un scénario de double dissociation inspiré du travail du Dr Cheveau. Ce dernier préconise une séance dite « directive », dans laquelle le patient n'intervient pas, ou peu. Le thérapeute lit le scénario et vérifie, par une observation attentive du langage infra-verbal du patient, l'absence d'abréaction ou d'angoisse réactionnelles.

Nous avons proposé la séance d'exposition à chaque patient psychotraumatisé rencontré en hypnothérapie. Nous avons pu, grâce à ces différentes situations cliniques, percevoir l'intérêt mais aussi certaines limites du scénario. Nous allons les aborder à travers les cas de Mr B, Mme R et Mr F.

A. CAS DE MR B : UN « BON ÉLÈVE »

Mr B est un ancien mécanicien militaire âgé de 54 ans. En 2014, il décrit l'apparition d'un tableau psychotraumatique peu après un épisode de malaise¹².

La symptomatologie psychotraumatique se révèle sévère : le syndrome de répétition, pathognomonique de cette entité clinique, se manifeste par des cauchemars traumatiques quotidiens qui rejouent, avec une forte participation émotionnelle et neurovégétative, un événement datant de 1979. En effet, lors de sa carrière militaire, le patient a été témoin d'un

¹² Ce malaise est exploré, le temps d'une hospitalisation, et est étiqueté idiopathique.

accident sur le porte-avion « le Clémenceau » : un pilote a raté son décollage et l'embarquée de l'avion a tué plusieurs de ses collègues, en poste sur le pont du bateau.

Outre le syndrome de répétition, le patient présente des conduites d'évitement, un état dépressif caractérisé, une symptomatologie anxieuse invalidante mais aussi des troubles émotionnels, une anhédonie, une aboulie et une alexythymie. Mr B a bénéficié, depuis 2014, de deux hospitalisations dans le service de psychiatrie de l'HIA de Brest, d'une psychothérapie et d'un suivi psychiatrique mensuel qui est encore en cours lors de notre arrivée dans l'établissement. Son psychiatre référent lui propose une prise en charge en hypnothérapie et le patient accepte cette proposition sans hésitation¹³.

Nous n'introduisons pas d'emblée les séances d'exposition. En effet, la simple évocation de l'événement traumatique provoque, chez Mr B, un état dissociatif et des reviviscences douloureuses. Dans un premier temps, nous proposons quatre séances visant à la fois, à le familiariser avec l'outil hypnotique, mais également à lever l'aboulie, l'anhédonie et l'alexithymie qu'il présente. L'amélioration clinique, permise par ces séances préalables, nous permet ensuite d'envisager les séances d'exposition. Les événements traumatiques à soumettre à la technique de double dissociation sont choisis conjointement avec le patient. Il cite, en premier lieu, le thème des reviviscences à savoir l'accident du Clémenceau survenu 35 ans plus tôt. Il nous paraît également important de travailler sur le malaise puisqu'il a « déclenché » le PTSD et que le patient décrit, pendant cet épisode, un vécu de mort imminente. Le malaise fait donc l'objet d'une seconde séance d'exposition.

Nous nous en remettons alors au scénario d'exposition par double dissociation. Le sujet pénètre dans le cinéma, sur le balcon, de profil à l'écran. Il prend le temps de percevoir ce lieu avec ses cinq sens de manière à s'y installer profondément et durablement. Puis «son autre lui-même » entre dans la salle et s'installe dans l'un des sièges en contrebas ; la projection peut commencer.

Pendant la première séance d'exposition, rejouant l'accident sur le Clémenceau, nous ne repérons pas, sur le faciès ou dans la posture de Mr B, d'angoisse ou de catharsis. Nous gardons le « cap » du scénario et des quatre visionnages. Toutefois, après le retour à l'état de veille, le sujet nous confie sa difficulté à rester spectateur ; il s'est parfois laissé happer par le

¹³ Mr B bénéficie d'une prise en charge en hypnothérapie d'une douzaine de séances, qui permet une amélioration globale de sa qualité de vie. Ce cas fait l'objet de notre mémoire de DES de psychiatrie.

film du traumatisme et a revécu intensément ce dernier, « *comme s'il y était* ». La séance suivante, nous accentuons donc les suggestions de sécurité, de distance, tant physique qu'émotionnelle. Cela permet une exposition moins éprouvante.

Après ces deux séances, Mr B décrit une diminution de la symptomatologie traumatique et plus particulièrement une diminution de la fréquence des cauchemars, une régression de l'anxiété diurne et des troubles émotionnels.

Par notre formation, nous savons travailler avec les émotions mais nous savons qu'en hypnose l'émotion est souvent décuplée. Nous avons la crainte, au début de notre pratique de l'hypnose dans le psychotraumatisme, que l'exposition ouvre la « boîte de Pandore », de ne pas savoir diriger le sujet dans une exposition contrôlée, sécurisée et sécurisante. Les deux séances avec Mr B sont très rassurantes, elles se déroulent sans « désagréments ». Toutefois, les séances d'exposition à l'événement traumatique sous hypnose sont bien loin de toutes ressembler à celles de Mr B ; elles ne se déroulent pas toutes « conformément » au cadre thérapeutique fixé au préalable...

B. MR F : UNE SPONTANÉITÉ QUI TOMBE À PIC

Mr F est militaire. Lors d'une mission opérationnelle en Afghanistan, il est témoin de la mort d'un membre de son escouade, causée par l'explosion d'un dispositif explosif improvisé (DEI). Cet événement déclenche un PTSD ; des reviviscences, mais surtout des troubles du comportement, une irritabilité, des crises de colère incontrôlables, des troubles addictifs avec des ivresses aigues très fréquentes.

Deux séances d'exposition ont été nécessaires pour Mr F ; toutes deux portaient sur ce même événement en Afghanistan. Lors de la première exposition, Mr F présente des signes manifestes d'anxiété. Cela nous amène, à diverses reprises, à quitter la trame du scénario pour réinstaller des éprouvés de sécurité et d'apaisement dans le safe place du patient. En fin de séance, il livre, tout comme Mr B, une difficulté à maintenir sa place de spectateur dans le cinéma. Il exprime également le regret de ne pas avoir, pendant la transe, communiqué son expérience avec nous.

La symptomatologie s'étant insuffisamment amendée, nous décidons d'une deuxième séance d'exposition. Nous approfondissons les « consignes de sécurité » et encourageons le patient à verbaliser ses ressentis, ses pensées ou les images qui lui viennent. Il se lance alors dans un monologue ; narre l'épisode traumatique et nous donne de nombreux détails logistiques, sensoriels, émotionnels. Le monologue ne s'interrompt qu'à deux moments. Le premier, lorsque le patient exprime ses pensées après l'explosion : la douleur de la famille de son ami et celle de sa propre famille, si cela devait lui arriver. Jusqu'à présent il n'avait pas « *réellement perçu la possibilité de sa mort* ». La dangerosité des missions agissait sur lui comme un stimulant et la décès de son camarade le ramène brutalement au réel de la mort, aux multiples mises en danger de son parcours. Après cette évocation, il se tait un long moment, puis il opine du chef ; il acquiesce silencieusement à ses propres pensées et reprend son monologue.

Il décrit ensuite l'attente des secours, douloureuse et anxiogène, pendant que son ami git quelques mètres plus loin. À cette évocation, il est pris d'angoisse. Nous lui proposons diverses suggestions, mais aucune ne parvient à le rassurer, jusqu'à ce qu'il nous relate « l'apparition » d'une photographie. Elle représente son groupe de camarades, quelques jours auparavant, au camp militaire. Ils rient, tout comme leur camarade décédé. Tandis qu'il nous la décrit, Mr F est très concentré et, peu à peu, l'anxiété s'amende. Après la transe, il nous explique avoir ressenti un réel soulagement, un « *apaisement* » comme lorsque l'on « *fait son deuil* ». Il s'étonne de cette photo « *sortie de nulle part* », spontanément, et de l'apaisement qui en a découlé.

C. MME R : QUAND ELLE REPREND LES COMMANDES

L'exemple de Mr F est complété par celui de Mme R, hôtesse de l'air d'une trentaine d'années. Elle présente un tableau de PTSD après une alerte à la bombe pendant un vol long courrier. Durant huit longues heures, elle augure sa propre mort et cherche la bombe en compagnie des autres hôtesses, avec l'ordre de dissimuler l'information aux passagers. Ce n'est qu'à l'arrivée sur le tarmac qu'on annonce à l'équipage qu'il s'agissait d'une fausse alerte. À cet instant, on lui vole « *la légitimité de sa peur* » dit-elle.

La symptomatologie psychotraumatique survient peu après cet épisode et s'aggrave rapidement, si bien que Mme R se voit prescrire un arrêt de travail. Lorsque nous la rencontrons, plusieurs mois après l'événement, aucune amélioration n'est remarquée par la patiente. On repère un syndrome de répétition : des reviviscences diurnes invalidantes (flash-back, reviviscences cénesthésiques) et des cauchemars traumatiques s'accompagnant toujours d'une grande participation neurovégétative. Le scénario traumatique est inlassablement identique : Mr R tire le rideau séparant les passagers de la zone réservée aux hôtesses et aperçoit l'une de ses collègues, en pleurs. Choquée, elle apprend alors l'alerte à la bombe et ses jambes « lâchent ».

On repère également des troubles thymiques et émotionnels qui impactent largement sa vie familiale et professionnelle. Irritable, angoissée, elle décrit une grande labilité émotionnelle et des « crises de colère » incontrôlables dirigées contre son mari et son aîné, âgé de quatre ans, avec qui les relations sont, depuis toujours, très conflictuelles.

Lors de notre quatrième rencontre, nous proposons la séance d'exposition. Comme développé dans le scénario, la patiente s'installe dans l'un des fauteuils confortables du balcon et observe son autre elle-même entrer dans la salle. Comme nous l'avons fait pour Mr F, nous incitons la patiente à verbaliser, pendant la transe, ses ressentis, ses pensées. Le film de l'événement traumatique, à savoir l'annonce de l'alerte à la bombe, est ensuite projeté sur l'écran de cinéma puis sur la télévision. Toutefois, la patiente refuse la troisième projection sur la télévision en noir et blanc. Elle observe l'autre elle-même qui, « attentive, absorbée », apprend, grâce au film, « comment mieux réagir dans le futur ». Selon elle, la troisième exposition n'est pas nécessaire. Puis, subitement, la patiente se retrouve dans l'avion, elle aperçoit ses collègues et leurs faciès crispés. Elle déclare : « je n'ai pas peur cette fois », et vérifie les bagages des passagers en riant avec les autres hôtesses. D'ailleurs « ce jour-là, je riais aussi en cherchant la bombe ».

À travers ces trois exemples, nous repérons des attitudes bien différentes vis à vis du scénario d'exposition. Mr B, docile et passif, répond sans intervenir à la trame scénaristique. Il ne prend pas l'initiative, pendant la transe, de nous signifier les difficultés qu'il rencontre ; à savoir rester spectateur du film traumatique. À l'opposé, nous remarquons que Mr F et Mme R sont plus actifs et s'approprient le scénario d'exposition. Ils enrichissent spontanément nos suggestions d'images personnelles. L'ajustement du scénario porte ses fruits car, comme nous

pouvons le percevoir avec ces deux patients, ces suggestions personnelles et originales sont salvatrices.

Souvent, lors de PTSD complexes, chronicisés, ou d'évènements traumatiques multiples, la technique d'exposition montre ses limites. Il est nécessaire alors de glisser vers une approche psychodynamique et de « questionner la problématique sous-jacente » au traumatisme psychique.

II. QUESTIONNER LA PROBLÉMATIQUE SOUS JACENTE

Nous avons évoqué en première partie les théories psychanalytiques : le syndrome psychotraumatique chronique survient si l'événement traumatique fait écho à un conflit psychique existant. Dans notre pratique, plusieurs exemples corroborent cette idée. Commençons par celui de Mme S...

A. SUR LA PLAGE ABANDONNÉE...

Mme S est une jeune femme d'une trentaine d'années, victime d'un viol à l'âge de huit ans. Plus grave, l'agresseur est le père de la patiente, aujourd'hui décédé.

Il y a quelques années, apparaissent un tableau de PTSD et des symptômes dépressifs associés. Mme S bénéficie alors d'un suivi psychiatrique mensuel sur le CMP de son secteur. Elle nous est adressée, en hospitalisation, pour prise en charge d'une symptomatologie dépressive sévère, accompagnée d'angoisses massives, d'idées suicidaires et de troubles du sommeil majeurs.

La patiente décrit également des reviviscences traumatiques, à la fois cénesthésiques (elle sent les mains de son père sur sa peau) et olfactives (l'odeur de l'eau de Cologne de ce dernier). Ces reviviscences entraînent des compulsions de lavage et des manifestations neurovégétatives importantes.

Nous décidons d'enrichir la prise en charge psychiatrique et psychothérapique de quelques séances d'hypnose. Nous visons un effet anxiolytique et l'apprentissage de techniques respiratoires reproductibles au domicile. Nous n'avons pas pour objectif de questionner la problématique traumatique, déjà largement abordée dans le cadre du suivi psychologique.

Lors de la première séance d'hypnose, nous axons le travail sur le lieu de sécurité : Mme S choisit une plage de son enfance. La transe installée, nous proposons de redécouvrir cette plage en insistant sur l'exploration sensorielle quand, tout à coup, la patiente présente des signes d'angoisse : augmentation de la fréquence respiratoire, crispation du visage, agitation, etc... Classiquement, nous abordons le safe place comme une séance directive, sans verbalisation du sujet. Mais ici, l'angoisse nous amène à questionner la patiente : elle n'est plus seule sur la plage, son père est également présent. Nous la guidons en intensifiant nos interventions : nous nous faisons contenante et sécurisante. La patiente fuit, dans un premier temps, cette présence paternelle anxiogène. Portée par la sécurité que lui permet la transe, elle suggère tout de même l'envie d'une confrontation. Nous l'accompagnons en saupoudrant la transe de suggestions de confiance, d'apaisement, de sécurité. Son père lui présente des excuses, qu'elle refuse. Elle parvient à lui exprimer sa colère, se dégage de la responsabilité du viol et de la culpabilité qui la rongait jusqu'à aujourd'hui.

À la consultation suivante, elle s'étonne d'avoir pu enfin « *faire sortir ce qui était bloqué* », ce qu'elle « *n'avait pas compris* ». Nous repérons, par la suite, une amélioration clinique satisfaisante.

B. MR B : SAVOIR CONDUIRE SA PROPRE TRANSE

Nous avons déjà évoqué l'histoire de Mr B, ancien plongeur-pompier militaire qui présente un PTSD après un malaise. À cause de la multiplicité des trauma (malaise, événement du Clémenceau) et la chronicité du tableau, ce cas est considéré comme un psychotraumatisme complexe.

En premier lieu, le PTSD survient après un temps de latence extrêmement long. Le syndrome de répétition s'articule autour d'un événement datant de 1979, soit trente-cinq années auparavant.

En second lieu, la nature du facteur déclenchant nous questionne. Nous connaissons l'importance de ne pas présumer pour l'autre du caractère traumatique d'un événement. Il nous paraît tout de même étonnant qu'un « simple » malaise soit vécu si dangereusement par Mr B et déclenche un PTSD aussi bruyant. Cet étonnement nous amène à questionner l'histoire de vie du patient. Nous faisons des hypothèses quant à un conflit psychique ancien, en rapport avec la relation duelle père-fils.

En effet, Mr B narre une enfance idyllique, qui contraste avec la réalité : des parents absents, une rupture familiale à l'âge de quatorze ans et une indifférence lors de la mort de son père, décédé dans les suites d'un accident de la voie publique, causé par un malaise lors de la conduite automobile. Nous imaginons rapidement un lien entre le malaise de Mr B et celui de son père, survenus à des âges similaires. Toutefois, le patient ne fait, lui, aucun lien entre ces deux événements, ni entre le malaise et la survenue du PTSD. Nous apercevons les bénéfices d'un travail autour des relations familiales, mais Mr B est très défendu. Cela nous incite à la prudence : nous ne souhaitons pas lui imposer des interprétations qui lui seraient étrangères et gardons pour nous nos hypothèses. Pour aborder les conflits psychiques que nous imaginons sous-jacents à ce tableau de PTSD complexe, sans précéder le patient, nous nous remettons aux observations de J.P. Klein : le sujet sait apporter, pendant la transe, la problématique en suspens.

Nous proposons alors plusieurs séances d'hypnose plus permissives. La première, intitulée « les portes » suggère au sujet qu'il peut ouvrir ou fermer toutes les portes qu'il souhaite. Derrière chacune d'entre elles se trouve quelque chose d'intéressant pour sa « guérison »¹⁴. La porte qu'il ouvre mène vers une plage et des images riches : des arbres déracinés, inquiétants en premier lieu, qui deviennent le socle sur lequel le nouveau foyer du patient (sa femme et ses deux filles) s'assoient pour profiter du coucher de soleil. Nous voyons ici des métaphores de sa propre histoire familiale mais gardons pour nous, pour le

¹⁴ Le scénario hypnotique amène le sujet devant des portes ouvertes ou fermées, derrière chaque porte se trouve quelque chose d'utile pour son confort et le travail thérapeutique qu'il a entrepris. Il peut alors ouvrir ou fermer les portes qu'il désire. Thierry Melchior propose ce type de scénario dans son ouvrage « Créer le réel » (23). Durant cette séance le thérapeute essaie d'être le plus flou, le moins directif possible, de guider et rassurer si nécessaire tout en proposant le moins possible afin que seul le matériel du patient soit utilisé. Le thérapeute propose un décor, le patient « joue » la pièce qu'il crée en séance.

moment, nos interprétations. Après tout, la compréhension des images pendant la transe n'est nécessaire ni au patient, ni au thérapeute pour parvenir à un effet thérapeutique.

Lors d'une autre séance permissive, le patient convoque spontanément son père. Tous deux réparent une voiture, dans le garage familial. Ils sont plongés, avec plaisir, dans ce travail de mécanique. Mr B écoute avec beaucoup d'attention les conseils de son père, « *je veux juste faire ce qu'il me demande* ». Il décrit leurs émotions, leur plaisir partagé, lorsque la voiture est terminée : « *détendus et contents* ». Ils rient. Ils essaient ensuite la voiture, et c'est le patient qui conduit, avec fierté, sous le regard de son père. Au retour, ils échangent des sourires. Le patient semble très concentré. Il explique que son père lui rappelle « *comment faire* ». Mr B symbolise ainsi sa problématique ; le bricolage permet de (ré) installer une relation de qualité. Le père transmet son savoir à son fils, puis il le laisse s'émanciper, sans rupture ; en le laissant conduire la voiture réparée ensemble. Pendant la transe, le patient sourit. Il est apaisé. Nous arrêtons la séance sur ses mots : « *maintenant je peux le faire tout seul* ».

C. MMR : UNE MATERNITÉ TRAUMATIQUE

Nous proposons également la séance des portes à Mme R, l'hôtesse de l'air traumatisée après une fausse alerte à la bombe. La vie de Mme R a plusieurs fois été menacée, dans le cadre de son travail : turbulences violentes, émeutes lors d'une escale... Pourtant aucun de ces épisodes ne provoque de pathologie psychotraumatique. Pour quelles raisons l'alerte à la bombe est-elle, elle, traumatogène ?

La patiente nous rapporte n'avoir ressenti, pendant l'événement traumatique, aucun regret quant à la perte son premier enfant, âgé de quatre ans, mais une douleur intense à l'idée de ne plus voir sa petite fille de onze mois. Cette pensée lui est, par la suite, intolérable, à l'origine d'une culpabilité débordante. Elle décrit une relation compliquée avec son fils : une grossesse vécue douloureusement, un accouchement difficile, une relation très conflictuelle. Nous avons alors l'idée que le PTSD de Mme R soit, possiblement, en lien avec une problématique maternelle plus ancienne.

Lorsque nous proposons la séance des portes à Mme R, ce n'est pas l'alerte à la bombe qui se rejoue. La patiente ouvre la porte d'une chambre d'enfant abandonnée : « *comme si on attendait un heureux événement qui n'est jamais arrivé* ». La pièce est poussiéreuse, triste, ce qui attise inquiétude et angoisse. Dans un coin de la pièce, se trouve un vieux berceau et dans celui-ci, une poupée effrayante. La patiente ressent le besoin de s'enfuir mais, lorsque nous lui suggérons qu'elle n'est « *peut-être pas ici par hasard* », elle s'apaise. Elle re-décore peu à peu la chambre, pour que celle-ci soit la plus confortable et accueillante possible. La poupée prend vie, un bébé babille dans le berceau. Une fois la pièce entièrement réaménagée, la patiente s'apaise et nous suggérons la fin de la séance. Toutefois, l'idée de quitter l'enfant est insupportable à Mme R et provoque une nouvelle crise d'angoisse. Elle craint de « l'abandonner » et cherche, par tous les moyens, à rester auprès de lui. Nous l'amenons à observer attentivement l'enfant, qui rit dans son berceau et la patiente s'apaise : « *J'ai peut-être plus besoin de lui que lui de moi* ». Cette prise de conscience est salvatrice et la patiente peut quitter la pièce, soulagée.

A la fin de la séance, la patiente s'étonne : elle pensait travailler sur l'alerte à la bombe et ne s'attendait pas du tout à aborder la maternité, encore moins de cette manière.

D. MME G : DES RÊVES À L'HYPNOSE : IL N'Y A QU'UN PAS

Mme G, âgée de soixante-dix ans, présente un état dépressif caractérisé et des insomnies récalcitrantes aux traitements pharmacologiques. Elle bénéficie d'une prise en charge en hôpital de jour et de consultations psychiatriques mensuelles. Elle est adressée en hypnothérapie pour apprentissage de l'autohypnose ; à visée anxiolytique et hypnotique.

L'histoire de Mme G est marquée par un événement violent, potentiellement traumatique¹⁵, à l'origine de la symptomatologie psychiatrique. Quelques années auparavant, son mari a abusé sexuellement de leur petite fille. La famille, sachant que cette nouvelle éprouverait la patiente, a préféré taire l'agression. Bien des années plus tard, alors que son mari et son fils, le père de la jeune fille abusée, sont décédés, Mme G apprend les faits.

¹⁵ Selon le DSM V, un sujet peut être traumatisé en tant que témoin du récit d'un événement violent, subi par un proche.

Depuis, elle est rongée par la culpabilité et l'incompréhension : « *si seulement on me l'avait dit* ». Ce sentiment de culpabilité est majoré par d'autres événements familiaux : sa mère, aveugle et impotente, lui a reproché jusqu'à sa mort de l'avoir placée en EHPAD. De plus, son deuxième fils, alcoolique, lui demande régulièrement de l'argent pour subvenir à ses consommations, ce qu'elle ne sait refuser...

En premier lieu, nous proposons à Mme G une séance d'hypnorelaxation et une autre sur le safe place. Notre troisième rencontre se déroule peu après la date anniversaire de la mort de sa mère. La patiente nous rapporte des nuits troublées par de nombreux cauchemars et nous raconte l'un d'eux. Dans ce cauchemar, elle finit par céder aux sollicitations de sa mère et accepte que celle-ci vienne vivre à son domicile. Toutefois, elle se heurte rapidement aux difficultés posées par son lourd handicap ; lorsque sa mère tombe au sol, Mme G, angoissée, démunie, ne parvient pas à la relever. L'angoisse réveille la patiente, et met fin au cauchemar. Par cet exemple nous voyons comme la vie onirique de Mme G cherche à résoudre les conflits psychiques de celle-ci. Elle amène la patiente à se confronter à ce dilemme anxiogène : accueillir sa mère handicapée au domicile ou la placer en EHPAD. La patiente expérimente, en rêve, cette première solution, qu'elle n'a pu choisir et qui provoque tant de culpabilité et constate son incapacité à prodiguer les soins dont l'état de sa mère nécessitait. Ainsi, en quelques sortes, ce cauchemar « valide » son choix de préférer l'institutionnalisation en EHPAD.

Si nous avions initialement l'idée, pour cette troisième rencontre, d'une séance dirigée sur la gestion des angoisses, ces éléments nous font percevoir l'intérêt d'un travail sur les regrets de Mme G quant à la fin de vie de sa mère. Toutefois, lors de la transe, nul besoin de suggestions en ce sens : la patiente nous raconte, spontanément, être dans le jardin de l'EHPAD avec sa mère. Elle nous confie le regret de ne pas avoir pu faire découvrir cette promenade à sa mère, à cause de son infirmité et sa cécité. Pendant la séance, le handicap n'entraîne aucune difficulté ; elles se promènent, toutes les deux, aisément, dans le magnifique parc. C'est un moment de partage, de sérénité. Mme G sourit, son attitude et son faciès expriment de l'apaisement.

La patiente a su, sans que le demandons expressément, mettre en scène, pendant la transe, la problématique à travailler. Nous faisons l'hypothèse qu'elle a pu, par cette promenade, finir ce que son cauchemar avait initié, à savoir résoudre son conflit interne et faire taire la culpabilité dévorante.

En hypnose, le thérapeute doit parfois « déroger » aux trames thérapeutiques qu'il avait prévues, aux scénarios hypnotiques préparés pour intégrer le matériel apporté par le sujet. En effet, en plus d'être originales et personnelles, les images et propositions des patients sont salutaires. Cette observation nous a amenée à questionner la place de la créativité dans le soin psychique.

Si créativité et thérapie ont été, pendant longtemps, deux concepts opposés, nous assistons à leur réconciliation (57). À ce jour, nous prenons conscience qu'encourager la créativité, du praticien comme du patient, favorise le travail thérapeutique. Cette appréciation imprègne le travail de thérapeutes d'approches théoriques variées, mais elle est également le cœur de nouveaux courants thérapeutiques, comme l'art thérapie.

Qu'en est-il, en hypnothérapie, dans la prise en charge bien spécifique du PTSD ? Pour répondre à cette question nous allons d'abord préciser le concept de créativité, son histoire et ses caractéristiques. Nous aborderons ensuite de quelle manière l'hypnose favorise la créativité et la met au service du soin dans le psychotraumatisme chronique.

CHAPITRE 3 : CO-CONSTRUCTION D'UN ESPACE DE CRÉATIVITÉ THÉRAPEUTIQUE EN HYPNOSE

I. QU'EST CE QUE LA CRÉATIVITÉ

L'archéologie témoigne des capacités créatrices de nos ancêtres les plus lointains. Mais, si la créativité est probablement aussi ancienne que la naissance de l'humanité, notre compréhension du concept est très récente. Il est intéressant d'en retracer brièvement l'évolution.

A. APERÇU HISTORIQUE DE LA CRÉATIVITÉ

1. LES SIÈCLES PASSÉS

Nous retrouvons la notion de créativité dans les textes anciens, grecs ou judéo-chrétiens. À l'époque, elle est considérée comme une qualité divine, offerte sous la forme d'inspiration à certains hommes, « élus des dieux »¹⁶.

À la renaissance, les domaines artistiques, littéraires, philosophiques et scientifiques passionnent, et la créativité questionne. Les philosophes cherchent à percer les secrets du « génie créatif », qu'ils définissent comme une capacité innée, résultant d'une imagination riche, de capacités de jugement et d'évaluation des idées produites et d'intégration des valeurs esthétiques de l'époque. Au XVII^e siècle, la créativité rime donc avec exceptionnalité et dépend à la fois de la génétique et de l'environnement.

D'abord divine, puis innée et exceptionnelle, la créativité est ensuite perçue comme une qualité universelle. Francis Galton (1879-1883) est le premier à la repérer chez chacun,

¹⁶ Pour Platon, l'esprit humain se divise en deux chambres, l'une chargée de recevoir l'inspiration divine et l'autre de l'exprimer.

malgré de grandes différences interindividuelles. Il parle d'un véritable continuum entre l'individu peu créatif et le génie (58).

Au XX^{ème} siècle, les recherches et les études se multiplient pour comprendre les mécanismes de la créativité. On rattache cette dernière tantôt à l'intelligence, la fragilité psychologique, les traits de personnalité, les capacités de corrélation, les pulsions inconscientes, les émotions etc... En 1950, apparaît la notion de pensée divergente ; capacité d'un individu à trouver le plus grand nombre d'idées à partir d'un stimulus unique. Joy Guilford en fait l'opération mentale principale de la créativité. Cette théorie est reprise par Torrance, qui crée le « Torrance Test of Creative Thinking » (TTCT)¹⁷, test évaluatif de la créativité, mesurant la fluidité, l'originalité, la flexibilité, l'élaboration psychique, mais surtout la richesse des pensées divergentes (59)(60).

Les années 1980 voient naître une nouvelle théorie selon laquelle la créativité ne résulterait pas d'une qualité unique mais de la convergence de plusieurs facteurs : cognitifs, conatifs, émotionnels et environnementaux. C'est la naissance de l'approche multi variée, que nous développerons plus tard dans ce chapitre.

Si ancienne soit elle, la créativité est aujourd'hui au-devant de la scène médiatique. Dans tous les domaines, qu'ils soient artistiques, architecturaux, scientifiques, sociaux, territoriaux, littéraires, elle fascine et devient « indispensable »...

¹⁷ Ce test est composé d'une série de tâches dans lesquelles le sujet doit indiquer, en temps limité, le maximum d'idées originales possibles en référence à des situations fictives, des objets existants ou encore des formes géométriques. Il mesure la créativité à l'aide de quatre indices : la fluidité (nombre d'idées produites), l'originalité (rareté statistique des réponses), la flexibilité (nombre de catégories de réponses différentes) et l'élaboration (ajout de détails pour expliciter l'idée principale). Le TTCT sollicite spécifiquement la production d'idées originales ce qui demande au sujet, en plus de capacités de fluidité cognitive, de s'affranchir d'attitudes conventionnelles et de mobiliser la richesse de leurs réseaux d'association, donnant ainsi accès au potentiel créatif de chacun.

2. HOMO CREATIVUS

Le monde est en constante mutation. Toutefois, depuis plusieurs siècles, celle-ci s'accélère. Le rythme effréné des transformations environnementales nous oblige sans cesse à nous ajuster. La créativité devient, dans tous les domaines, une compétence clé favorisant la performance et la réussite. Sur le plan professionnel, elle supprime aujourd'hui les qualités « traditionnelles » requises pour les futurs collaborateurs, à savoir rigueur, intégrité, etc. ... Todd Lubart, professeur de psychologie à l'université Paris Descartes, parle d'un nouveau stade de l'évolution : l'homo sapiens fait place à « l'homo creativus », caractérisé par sa capacité à imaginer, inventer et mettre en œuvre des concepts inhabituels ou originaux (58).

Ces dernières années, le nombre d'études publiées sur la créativité témoigne de l'intérêt grandissant pour ce sujet. La base de données bibliographiques en psychologie PsycINFO recense 8577 publications avant 1990, 5 876 publications supplémentaires de 1990 à 2003 et 14 478 nouvelles publications de 2003 à 2015 pour la seule discipline de la psychologie.

Malgré la multiplicité des sources, des théories, tentons de définir simplement la créativité...

B. DÉFINITION

Le concept de créativité a largement évolué au cours de l'histoire et sa définition est encore un sujet de recherche en soi. Pourtant, il est possible de dégager une définition consensuelle admise par la majorité des chercheurs. La créativité est définie comme la « *capacité à réaliser une production qui soit à la fois **nouvelle** et **adaptée** au contexte dans lequel elle se manifeste* » (58). La production doit donc être originale, imprévue et se distinguer de ce qui a été fait précédemment. Le degré de nouveauté peut varier d'une déviation minimale à une innovation importante. Elle doit également satisfaire les différentes contraintes liées à la situation présente.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, depuis les années 1980, il est entendu que la capacité à créer n'est pas issue d'une qualité unique. Elle dépend d'une combinaison de différents facteurs, relevant de chaque individu : c'est l'approche multivariée (58). Cette dernière propose quatre facteurs à l'origine de la créativité :

- Facteurs cognitifs (intelligence, connaissances)
- Facteurs conatifs (style, personnalité, motivation)
- Facteurs émotionnels
- Facteurs environnementaux

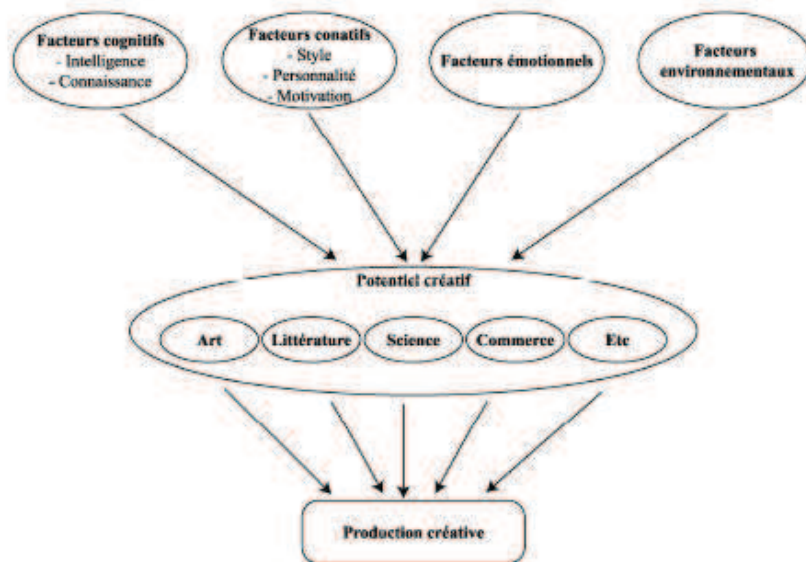


Figure 1 : L'approche multivariée de la créativité.

Source : Lubart, T. I., Mouchiroud, C., Tordjman, S., et Zenasni, F. (2003). *Psychologie de la créativité*, p. 13. Armand Colin : Paris.

C. LES DOMAINES DE LA CRÉATIVITÉ

La créativité est fréquemment liée aux domaines artistiques, littéraires, ou scientifiques et à la créativité « exceptionnelle ». Pourtant, elle ne se retrouve pas uniquement dans les œuvres d'hommes hors du commun comme, pour ne citer qu'eux, Einstein, Mozart, Dali... Véritable continuum entre l'individu peu créatif et le génie, la créativité existe dans le quotidien de chacun (61).

1. CRÉATIVITÉ ORDINAIRE

Nous disposons, codé dans notre patrimoine génétique, d'une somme de connaissances et de comportements. Mais nos gènes ne détiennent pas les « réponses » à toutes les situations qui pourraient se présenter à nous, au cours de notre vie. Devant ces infinies possibilités, nous devons pallier à l'incomplétude de notre patrimoine génétique et inventer de nouveaux comportements et modes de pensée (62)(63). En ce sens, vivre est un acte créatif si bien que certains parlent « d'art de vivre » (64).

Nous avons conscience que la créativité infiltre tous les domaines de notre existence, jusqu'à notre vie quotidienne. Nous prenons également la mesure de son implication dans les processus thérapeutiques. Le développement de l'art thérapie en est le reflet. Nous avons, à ce jour, des exemples concrets d'interpénétration des domaines de la créativité et de la psychothérapie.

2. MAIS AUSSI THERAPEUTIQUE

Quelle que soit l'approche théorique, la créativité est aujourd'hui reconnue comme levier thérapeutique important, au même titre que les capacités intellectuelles ou cognitives. Pour Carl Rogers, il existe une « tendance » poussant l'homme à s'auto actualiser, à « vouloir devenir son potentiel ». Cette tendance est une véritable puissance curative en psychothérapie, et elle est également à l'origine de la créativité (65) (66). Pour JP. Klein la créativité et l'imagination servent la thérapie car elles permettent de « gérer le réel trop offensant » (52).

Lorsqu'un individu est confronté à un problème, il cherche spontanément à s'en défaire. Pour cela, il y réfléchit de façon rationnelle, et élabore des stratégies. Celles-ci, d'efficacité variable, s'inscrivent dans son quotidien. Lorsqu'elles ne constituent pas une réponse adaptée, elles deviennent délétères et les symptômes se chronicisent.

Le sujet attend de la thérapie un changement afin de trouver le moyen d'abandonner « ses mauvaises habitudes » et de guérir de sa symptomatologie. La thérapie doit donc apporter des solutions nouvelles et adaptées pour lui permettre de sortir de l'impasse dans

laquelle il se trouve. Albert Einstein, véritable génie créatif, disait qu'un problème ne peut jamais se résoudre s'il reste au niveau où il a été créé (61) (65). Il suggère qu'il est nécessaire de s'écarter du problème pour en dénouer le nœud. Jusqu'ici, le sujet faisait appel à ses capacités intellectuelles et rationnelles pour élaborer ses stratégies adaptatives. Pour effectuer le pas de côté suggéré par Einstein, il faut l'amener vers de nouvelles voies de compréhension, vers un autre mode de pensée. L'hypnose est alors toute indiquée.

II. L'HYPNOSE : ÉTAT DE CONSCIENCE CRÉATIVE

L'hypnose est un état de conscience modifiée. Elle contourne la pensée consciente, la logique rationnelle pour une logique émotionnelle, permise par l'accès à l'inconscient, réservoir des tous les apprentissages du sujet. Détachés des stimuli externes, coupés de nos références logico-sémantiques, nous nous éloignons de ce qui construit habituellement notre réalité. Nous optons pour une toute nouvelle grille de lecture et de compréhension du monde. Mais, si nous ne raisonnons plus par association logique d'idées, comment pensons nous en hypnose ?

A. L'IMAGINATION AU SERVICE DE L'HYPNOSE

Dans le langage courant, nous retrouvons de nombreuses expressions très imagées ; avoir la tête dans un étau, une chape de plomb sur les épaules, être bien de ses baskets. Nous utilisons fréquemment des images pour traduire avec justesse une situation. En « simple » état de veille, ces images ont le pouvoir de susciter des sensations physiques et des émotions. En hypnose, ce pouvoir est décuplé ; le sujet part « dans des courants d'imagination » et plonge « dans un mouvement imaginaire interne » (23). Ainsi potentialisée par la transe, l'imagination devient une nouvelle « forme d'expérience » dans laquelle le vécu l'emporte sur le réel (67).

L'imagination est définie comme notre faculté à nous représenter et former des images au sein de notre esprit. Elle est à l'œuvre en hypnose ; porte d'entrée vers l'état de transe et

dispensatrice d'images, composants essentiels à l'expérience hypnotique. Elle constitue donc le pivot de la transe mais est également une qualité indispensable dans la créativité.

B. PROCESSUS DE SYMBOLISATION

En hypnose, le sujet met en scène de nombreuses images qu'il crée de façon inconsciente et spontanée. Celles-ci sont le fruit d'un processus de symbolisation et représentent, par analogie ou ressemblance, une situation, un symptôme, un concept, etc... Mais le symbole exprime un affect bien plus qu'une pensée consciente, ainsi il ne fait pas que représenter une réalité, il l'interprète également. De cette manière, le scénario hypnotique construit par le sujet, est une métaphore de la vie de celui-ci, révélant sa subjectivité profonde.

La fonction essentielle de la symbolisation est d'unifier le symptôme et la réalité. L'extinction de la pensée consciente en hypnose et l'émergence d'une pensée basée sur des associations émotionnelles, sensorielles permettent de modifier, en dehors de toute logique, les images-symboles. Cela entraîne une modification de l'affect et de la réalité qu'elle représente. A l'issue de la transe, la pensée « habituelle » reprend ses droits mais ce qui a été vécu en transe laisse une empreinte. Pour reprendre le titre d'un livre de Thierry Melchior, par la symbolisation en l'hypnose, nous pouvons « créer le réel » (23).

C. LA PLACE DES ÉMOTIONS

En hypnose, nous abordons le problème par sa dimension affective. Ce sont les émotions qui guident le couple thérapeute-patient. Il fut un temps où celles-ci étaient considérées comme non pertinentes ou néfastes aux processus de choix rationnels. Mais depuis les recherches d'Antonio Damasio, nous découvrons une véritable intelligence émotionnelle, indispensable aux capacités d'adaptation du sujet. En thérapie, la compréhension émotionnelle est un formidable levier thérapeutique, elle précède d'ailleurs bien souvent la compréhension intellectuelle et initie le changement. Émotion ne vient-t-il pas du latin ; « motio » signifiant « mouvement » (68)?

Nous pouvons user de cette célèbre phrase de Pascal pour illustrer notre propos : « Le cœur a ses raisons que la raison ne connaît point » (69).

L'Homme contemporain a le besoin de contrôler et se défait difficilement de son attitude dirigiste. Nous entendons comme il peut être perturbant d'abandonner nos modes de fonctionnement habituels, de quitter la raison pour l'émotion, la logique pour la symbolisation. Existe la crainte que la transe nous « prive » de nos facultés de réflexion, qu'elle nous rende aveugle et sourd à l'environnement et qu'ainsi elle restreigne notre capacité à percevoir clairement la situation. En effet, F. Roustang évoque une « veille restreinte » pourtant il ne parle pas ici de l'état de transe...

D. VEILLE RESTREINTE, VEILLE GÉNÉRALISÉE

F. Roustang parle de « veille restreinte » et de « veille généralisée » mais, de façon étonnante, il associe la première à l'état de conscience ordinaire et la seconde à l'état d'hypnose (19).

Notre pensée détient la somme de toutes nos représentations, construites à partir de nos expériences, rencontres ou croyances. Nous convoquons constamment ces représentations pour vivre, interagir et nous adapter aux impératifs matériels et sociétaux. Toutefois, si de trop nombreuses informations venaient à notre conscience, le risque serait de se laisser submerger et d'ouvrir la voie à l'égaré. Nous filtrons et restreignons donc notre pensée et ne rappelons à la conscience qu'une infime partie de nos représentations. D'un autre côté, nous souffrons de l'étroitesse de cette « veille restreinte ». Roustang propose cette métaphore : sur la carte de notre esprit et de nos expériences, en état de veille, « seules quelques places sont illuminées ». Mais, en état de transe, de veille généralisée, de nombreuses places sortent de l'obscurité (19). L'hypnose ouvre l'accès à une plus grande partie de nos représentations et nous permet d'enrichir et de diversifier nos associations, nos schémas de pensée. Cet état de veille généralisée est constamment au travail, mais dissimulé par la veille restreinte. L'hypnose lui permet simplement de « s'éveiller » et de retrouver son efficacité.

Ces mots de Léonard de Vinci illustrent parfaitement notre propos : « Pourquoi l'œil en rêve voit-il plus clairement que l'esprit en éveil » (70)? L'inventeur ne parle pas ici d'hypnose, pourtant nous pouvons proposer sans risque cette comparaison, dans la mesure où hypnose et activité onirique ont bien des points communs.

E. LA NUIT PORTE CONSEIL

Un nom oublié, une solution à un problème non résolu, une idée lumineuse surviennent parfois lors de rêveries. De grands artistes ou scientifiques doivent également certaines de leurs découvertes à cet état de demi sommeil propice à la « sérendipité » (70). Nous ignorons le plus souvent cette expérience car le sommeil s'approfondit rapidement mais certains génies, qui connaissaient le potentiel créatif de ces moments fugaces, contrariaient les plans de Morphée et du marchand de sable. Thomas Edison et Salvador Dali inventaient des stratagèmes pour déjouer l'endormissement et prolonger, aussi longtemps que possible, cet état charnière entre veille et sommeil¹⁸.

En effet, le pouvoir créatif des rêves n'est plus à prouver, en sommeil paradoxal comme en sommeil léger. Ces derniers constituent le lit d'idées spontanées, riches, et simultanées (à l'inverse de l'état de veille classique où un seul flux de pensée est activé à la fois). Ils favorisent l'émergence d'une « intelligence fluide » et d'une capacité associative flexible intuitive plutôt que discursive (70). Rêver permet d'établir des associations nouvelles entre des réseaux neuronaux et produire ainsi des solutions, des idées créatives et originales (71).

Le monde des rêves est donc un monde de possibles qui se rapproche, par bien des aspects, de l'hypnose (72). Tous deux favorisent l'imagination, la symbolisation. De plus, productions hypnotiques et oniriques sont, en soi, des créations : expériences originales et singulières, jamais identiques (70)

¹⁸ L'un et l'autre s'installaient dans un fauteuil et plaçaient dans une de leurs mains soit une clé pour Dali, à l'aplomb d'une assiette en étain, soit deux boules de métal pour Edison. La chute de l'objet due au sommeil et au relâchement musculaire en regard leur permettait de flotter dans cet état de demi sommeil.

L'hypnose fait donc émerger une perception nouvelle du problème ; symbolisation, compréhension émotionnelle, de cette manière elle participe à la conception d'une solution nouvelle, adaptée... thérapeutique et créative. Comment cela peut-il s'intégrer dans le prise en charge du PTSD?

III. CRÉER POUR SOIGNER LE PTSD

A. TRAUMA ET CRÉATIVITÉ : QUELS LIENS ?

On questionne depuis longtemps la possibilité d'un lien entre « folie » et créativité. L'histoire nous offre l'exemple de savants excentriques ou d'artistes fous comme Salvador Dali, Van Gogh, Maupassant et bien d'autres (58).

Des recherches étudient spécifiquement la créativité dans la dépression, la pathologie bipolaire et la schizophrénie mais aucune n'évalue, à ce jour, l'impact du PTSD sur la créativité des victimes.

1. PRIS DANS LES GLACES DU TRAUMA

L'événement traumatique est un moment d'horreur, d'effroi qui percute la victime de plein fouet. Dans un premier temps, celle-ci est sidérée et dépossédée de ses facultés à percevoir, penser, agir... Par la suite, le trauma reste vivace. Les reviviscences figent la victime dans le passé traumatique et l'empêchent de s'inscrire pleinement dans le présent. De la même manière, le trauma appauvrit les capacités relationnelles, affectives et associatives. Le sujet est enfermé dans une impasse, condamné aux répétitions mortifères (73) (74).

La clinique psychotraumatique témoigne d'une entrave à la créativité des victimes. Toutefois, l'objectif de ce travail n'est pas de détailler les conséquences du PTSD sur la

créativité mais de développer de quelle manière cette dernière est particulièrement intéressante dans le soin psychique de cette pathologie.

2. MOUVEMENT CRÉATIF

Le rôle du thérapeute est d'aider le sujet à sortir de l'impasse dans laquelle il se trouve. Pour cela, il est nécessaire de tisser des liens autour du trauma. Si les capacités associatives du sujet sont paralysées, le thérapeute peut pallier dans un premier temps à cette inhibition. Il prête ses propres capacités d'imagination jusqu'à ce que ré-émergent, en miroir, les facultés de symbolisation du sujet. Ce gel créatif est très variable d'un individu psychotraumatisé à un autre ; si nous observons un immobilisme psychique chez Mr B, ce n'est pas le cas de Mr F et Mme R qui ont rapidement su se détacher du thérapeute en tant « qu'appareil à imaginer ».

Nous avons des témoignages de l'effet salvateur de la créativité pour sortir du traumatisme. Certaines victimes cherchent spontanément du soulagement à travers l'art, comme l'écriture. Plusieurs ouvrages sont d'ailleurs devenus célèbres. Nous pouvons citer, entre autres, le livre de Primo Levy intitulé « Si c'est un homme » ou celui de Sidney Stewart¹⁹ « Give us this day » (75) (76). L'expérience de ces auteurs nous fait percevoir le mouvement thérapeutique à l'œuvre ; la mise en mots permet d'amener le soulagement nécessaire pour initier un autre mouvement, celui de la sublimation, de la symbolisation du trauma par les capacités créatrices. En quelque sorte, la victime s'approprie le trauma en le transformant, elle lui fait perdre son isolement et le relie à sa propre histoire. Klein parle de « symbolisation libératoire d'abord et évolutive ensuite » (52).

Dans notre pratique, en hypnose, nous avons perçu ce mouvement créateur, cette symbolisation, que ce soit lors des séances dirigistes de double dissociation ou lors des

¹⁹ Sidney Stewart, soldat Américain basé aux Philippines durant la seconde guerre mondiale, raconte ses quatre années d'emprisonnement dans un camp de concentration japonais dans son livre intitulé « give us this day ». De retour aux Etats Unis, il devint psychanalyste et offre dans son livre «Mémoires d'inhumains » une analyse de son histoire.

séances de rêve éveillé. Comment la créativité trouve-t-elle sa place lors des séances d'exposition ?

B. EXPOSITION ET CRÉATION

Le scénario de double dissociation propose un cadre assez strict. Il vise la désensibilisation progressive à l'événement traumatique par expositions répétées à celui-ci. Le sujet se confronte au trauma tel que celui-ci apparaît dans les répétitions, nous ne suggérons pas d'y apporter des modifications. Pourtant c'est la solution qu'ont trouvée certains patients pour s'affranchir du trauma.

1. FAIRE DÉRAILLER LES RÉPÉTITIONS TRAUMATIQUES

Il est intéressant de faire un point sur les différences entre souvenir traumatique et souvenir biographique.

a) SOUVENIRS BIOGRAPHIQUES ET TRAUMATIQUES

Nous savons aujourd'hui que la mémoire est « vaporeuse », bien loin des idées reçues du passé ; une bibliothèque de souvenirs, rangés soigneusement et immuables. En effet le souvenir change à chaque étape de la mémorisation ; de la perception à l'encodage, jusqu'aux multiples rappels (77). De plus, le temps met à l'œuvre l'oubli, deuxième fonction de la mémoire, qui altère nos souvenirs. Nous ne pouvons pas nous souvenir de tout, la mémoire fait donc un « tri ». Mais l'homme ne peut se percevoir que sous la forme d'une narration cohérente (67). Il est donc gêné par les « vides », les « blancs » laissés par l'oubli. Pour combler ceux-ci, il fait appel, consciemment ou non, à son imagination. De cette manière, tout souvenir est teinté d'imagination jusqu'à réaliser un trompe l'œil parfait.

Le temps participe donc à la modification de nos souvenirs autobiographiques. Mais il n'a que peu de prises sur la mémoire traumatique. Dès P. Janet, en 1904, on repère des divergences entre mémoire traumatique et biographique (78).

Le souvenir traumatique sort du parcours classique de la mémoire dès l'étape de perception ; la saturation sensorielle, l'effet de tunnellation, la distorsion temporelle, la dissociation psychique péri-traumatique, la dépersonnalisation perturbent la mémorisation. La violence de l'évènement surcharge les capacités d'encodage du sujet et le trauma est mémorisé uniquement par la mémoire implicite, sensorielle et émotionnelle (31). De plus, la mémoire traumatique ne subit pas les affres du temps ; inaltérable, elle réactive inlassablement le souvenir de l'évènement, vivace et intense, « comme si celui-ci se déroulait à nouveau » (79).

Toutefois, nous devons nuancer nos propos : les reviviscences traumatiques sont susceptibles d'évolution. Au cours de la thérapie, elles incluent progressivement des éléments nouveaux provenant, par exemple, de la vie du sujet (15). Le sujet tend à s'approprier le trauma et l'évolution des reviviscences est le reflet de l'avancée psychothérapeutique.

Nous pourrions donc imaginer, en thérapie, provoquer la modification du souvenir traumatique pour traiter le PTSD...

b) LES SOUVENIRS LEURRES DE PIAGET

Le psychologue Jean Piaget s'intéressait au psychotraumatisme. Sous hypnose, il confrontait les patients à l'évènement traumatique et prenait l'initiative de modifier le souvenir. C'est une expérience personnelle qui lui inspira cette technique.

J. Piaget se souvenait parfaitement avoir été victime d'une tentative d'enlèvement. Il avait alors deux ans. Fort heureusement, sa nourrice avait réussi à mettre en fuite l'agresseur. La femme avoua, bien des années plus tard, avoir inventé cette histoire. Cet aveu suscita le plus vif étonnement : pendant des années il avait cru ce récit sur parole. Il l'avait même

enrichi et complété, grâce à son imagination, jusqu'à en faire un souvenir autobiographique bien réel.

Cette expérience fit percevoir au psychologue le potentiel thérapeutique de l'implantation de « faux souvenirs », de souvenirs leurres (80). Sous hypnose, il suggérait qu'un événement n'était jamais arrivé ou en changeait le déroulement, le rendant plus anodin, moins envahissant. Cette pratique se révélait très efficace dans le psychotraumatisme.

La société contemporaine valorise la mémoire, qu'elle juge essentielle à la conscience de soi, et rejette toute forme d'oubli, délétère à l'intégrité du moi. Le « syndrome des faux souvenirs » aux Etats-Unis majore probablement cette vision manichéenne de la mémoire. Ces croyances rendent difficile l'utilisation d'une thérapie telle que le proposait J.Piaget ; « altérant » la mémoire et induisant une « fausse conscience de soi ». Quelles alternatives se proposent alors à nous ? Si le thérapeute ne modifie pas le souvenir traumatique, le patient pourrait-il en être à l'initiative ?

c) UN GRAIN DE SABLE DANS L'ENGRENAGE

Pendant l'exposition, Mr F peine à rester spectateur du film. Anxieux, il est inaccessible à nos suggestions d'anxiolyse, de réassurance. Après quelques minutes, une photographie de ses camarades militaires lui apparaît naturellement. Nous saisissons cette opportunité et aidons le sujet à exploiter cette solution, originale et personnelle. La description minutieuse de la photographie éloigne l'angoisse. Elle permet également au patient de mettre en lien ses émotions, l'événement et son histoire. Cette expérience le soulage largement et lui permet de « *faire son deuil* », en toute « *sérénité* ». Dans cet exemple, un élément nouveau s'intègre au souvenir de l'événement traumatique et modifie celui-ci. Il apporte une mise à distance et permet un autre regard sur le trauma. Cette photographie est une invention mais elle représente un souvenir bien réel : un match de football entre collègues quelques jours auparavant. L'imagination a créé cette photographie. Ce que symbolise vraiment cette image, nous pouvons très bien ne pas totalement le saisir. Il importe seulement qu'elle convoque, chez le sujet, la réponse à son problème.

Mme R refuse de visionner une troisième fois le film du trauma. Elle se retrouve subitement dans l'avion et revit l'annonce de l'alerte à la bombe. Cependant, cette fois-ci, elle accepte stoïquement la nouvelle et cherche la bombe en riant. Elle ne se laisse pas envahir par l'angoisse et l'effroi. Le thérapeute nourrit la crainte d'une confrontation directe, trop violente, du sujet psychotraumatisé à son trauma ; homme blessé qu'il renverrait « dans l'arène ». Pourtant, c'est ainsi que Mme R procède ; suffisamment préparée par la désensibilisation et l'exposition, elle se met spontanément en situation. Elle propose une solution que nous n'aurions pas osé envisager. De cette manière elle modifie le déroulement de l'événement, et remplace l'horreur et la panique par des rires et de l'assurance. Après cette séance, la symptomatologie traumatique diminue amplement.

Ces deux patients trouvent, dans la modification du souvenir traumatique en hypnose, la promesse d'une issue au PTSD. Comme l'avait repéré J.Piaget, cela enraye la répétition et fait émerger un mouvement salvateur. Nous faisons précédemment un parallèle entre la richesse des rêves et celle des productions hypnotiques. Nous évoquons également ces génies qui contrecarraient les plans du marchand de sable. A travers ces exemples cliniques, nous percevons qu'un grain de sable dans l'engrenage peut suffire à faire dérailler le train des souvenirs traumatiques. Une photographie, un rire sont capables d'offrir aux sujets de nouvelles voies, d'autres possibles.

2. CADRE ET LIBERTÉ

Selon les consignes du scénario de double dissociation, le thérapeute a une attitude contenant, dirigiste. Il suit la trame de la séance et guide activement le patient qui, lui n'intervient pas, ou peu.

Il est intéressant de remarquer que, malgré la présence de consignes, d'un cadre ferme, l'individualité et la créativité des patients ont su s'exprimer. Nous connaissons « l'effet page blanche », décrit par de nombreux écrivains, inhibé dans leurs capacités de création. Cette paralysie survient lorsque l'auteur se retrouve seul face à lui-même, sans autre consigne que celle de créer. Ajouter une contrainte, qu'elle prenne la forme d'une limitation de temps, d'espace, de thème, amène des bornes sur lesquelles le sujet peut s'appuyer (81). Ce dernier

peut ainsi évoluer à l'intérieur du cadre sans se disperser et libérer sa créativité, son imagination. Le cadre a donc un effet stimulant, libérateur, permettant au sujet de se mettre au travail qu'il soit artistique, scolaire, ou encore thérapeutique (82) (43).

De cette manière, les consignes strictes du scénario de double dissociation participent à libérer la créativité du sujet. Rassurés par la présence sécurisante du thérapeute, les patients ont pu sortir de leur immobilisme, déjouer leurs conduites d'évitement et provoquer le changement. Cette démarche demande un effort de créativité et nécessite bien souvent d'être encouragée par le thérapeute.

3. ENCOURAGER LA LIBERTÉ

Certains patients sont aisément rentrés dans le cadre proposé par le thérapeute. Ils ont suivi, de manière très « disciplinée », les suggestions hypnotiques. Lorsque Mr B été happé par le film traumatique, il n'a pas cherché à déborder des consignes pour nous en faire part. Afin d'éviter le piège d'interprétations inopportunes, nous débriefons très peu en fin de séance. Nous n'avons donc pas connaissance du cheminement hypnotique de Mr B. Nous pouvons faire une première hypothèse : peut-être n'a-t-il pas pu mettre en place de solution pour poursuivre la désensibilisation sans peine. Toutefois, l'absence de signes d'angoisse pendant la transe nous amène une deuxième hypothèse. Nous portons une écoute attentive au patient, entièrement dirigée vers ses réactions corporelles ; fréquence respiratoire, tension musculaire, mimiques faciales, etc... Nous aurions perçu, à travers son langage infra verbal, si l'exposition était anxiogène ou traumatique. Toutefois, Mr B n'a montré aucun signe d'anxiété. Nous pouvons donc supposer qu'il a pu, d'une manière ou d'une autre, résoudre son problème et répondre à l'objectif de la séance.

Si le sujet peut avancer seul, pendant la transe, l'aide du thérapeute est bien souvent nécessaire. Elle permet de guider, de rassurer. Un échange verbal nous aurait probablement permis d'accompagner davantage Mr B et d'encourager l'exercice de symbolisation en marche. Cette observation nous a amenée à ajuster le cadre du scénario de double dissociation. Nous encourageons désormais la parole du sujet pendant la transe, pour accompagner celui-ci au plus près de son expérience hypnotique.

La créativité est donc à l'œuvre malgré le cadre... qu'en est-il lorsque ce cadre se fait plus souple ?

C. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

Dans la prise en charge de PTSD dits complexes, chronicisés ou secondaires à des traumas multiples, l'exposition-désensibilisation montre parfois ses limites. Il convient alors de questionner plus largement le trauma, en le mettant en lien avec des conflits psychiques sous-jacents (17). À l'HIA, nous avons eu recours à cette approche psychodynamique. En effet, la majorité des sujets psychotraumatisés présentaient des tableaux complexes. Il existe très certainement un biais de sélection, puisque les cas les plus graves sont fréquemment adressés à une consultation spécialisée.

L'hypnose s'intègre aisément dans cette nouvelle approche et a su, pour ce faire, adapter sa forme.

1. VOYAGE DANS LA RÉALITÉ MÉTAPHORIQUE

Nous avons perçu, pendant les séances d'exposition, la puissance curative des images amenées par le patient. Cela nous a conduit à modifier le cadre de nos séances de double dissociation afin de favoriser le dialogue et la co-construction d'une solution. Jugeant que ce type d'hypnose se prêtait parfaitement à l'approche psychodynamique, pour questionner des conflits psychiques anciens et souvent refoulés, nous avons poursuivi ainsi notre prise en charge.

Pour enrichir notre pratique, nous nous sommes intéressée à la technique de Rêve Éveillé Dirigé (RED) qui présente certains points communs avec notre approche hypnotique psychodynamique.

a) RÊVE ÉVEILLÉ DIRIGÉ ET PHÉNOMÉNO-EXISTENTIEL

Le rêve éveillé dirigé, créé par Robert Desoille, est à différencier de l'hypnose ; il en est un dérivé et peut être utilisé en hypnothérapie (83). Le RED, tel que le pratiquait R. Desoille visait à éveiller l'imaginaire du patient pour libérer la sclérose entravant à la fois ses comportements, sa façon de narrer les événements et son imagination. La technique repose sur la narration de l'expérience hypnotique et sur les interventions très directives du thérapeute. R. Desoille considère que celles-ci dynamisent l'imagination du patient. Il avait développé une technique de thérapie brève en RED qui propose six thèmes successifs, plaçant le sujet dans des situations humaines « typiques », au regard de l'idéologie psychanalytique²⁰.

Une autre technique nommée rêve éveillé phénoméno-existential (REPHE) est née à partir du RED. Méthode psychothérapeutique à part entière, elle se refuse à n'être qu'un outil adjuvant complétant une pratique hypnotique. Elle remet également en cause la pratique du rêve éveillé telle que la voyait R. Desoille, en particulier le rôle directif du thérapeute. En REPHE, celui dernier n'intervient pas activement dans le scénario, il accompagne le patient en dialoguant et en encourageant la libération de ses capacités d'imagination.

Le REPHE, comme le RED, se compose de deux étapes ; la séance de rêve éveillé et une phase de reprise du scénario hypnotique, intégralement noté par le thérapeute et le patient. L'analyse de la séance est phénoménologique et existentielle plutôt qu'interprétative.

En rêve éveillé, on propose donc au sujet de changer de langage, de se narrer en images pour résoudre les blocages psychologiques et déclencher un processus de transformation psychique, grâce aux symboles des rêves. Si la démarche de R. Desoille se

²⁰ 1^{er} thème : une épée pour un homme, un vase pour une femme : questionnant la virilité pour le premier et la féminité pour la seconde

2^{ème} thème : descente dans un fond marin : interrogeant la problématique fondamentale du patient

3^{ème} thème : descente dans une grotte : questionnant la situation œdipienne

4^{ème} thème : utilisation de symboles liés au parent du même sexe : reflétant l'intégration sociale des tendances combattives du sujet

5^{ème} thème : rencontre avec un dragon : interrogeant les interdits imposés par le milieu social et culturel.

6^{ème} thème : un souvenir d'enfance où il se trouve en compagnie de sa mère : visant à s'assurer de la qualité de l'autonomie du sujet

base sur les conceptions psychanalytiques, le REPHE ne se réfère pas aux démarches freudiennes ou jungiennes.

Notre pratique s'inspire du RED et du REPHE mais en diffère par certains aspects.

b) CO-CONSTRUCTION SYMBOLIQUE

Il n'est plus question de trame ou de scénario prédéfinis comme nous avons pu le faire avec la double dissociation. La séance se construit au fur et à mesure de la transe, en fonction des images apportées par le sujet. Elle débute à partir d'un thème inducteur, proposé par le thérapeute ou le patient. Cela peut être une image ou un ressenti. L'expérience hypnotique s'organise toujours autour de la problématique centrale ainsi, le thème inducteur n'a que peu d'importance. Regardons par exemple le cas de Mme S. Après l'induction, nous projetions une séance d'hypnorelaxation par une balade à la plage. Mais la patiente a rapidement transformé le scénario pour convoquer son agresseur et s'y confronter.

À partir du thème initial, le sujet met en scène des images, des émotions, des sensations issues de son imagination. Par un effort de symbolisation, les images deviennent porte-paroles des symptômes mais aussi de la réalité dans laquelle elles s'inscrivent. De cette manière, en RED, l'expérience hypnotique est une métaphore de la vie du sujet, dans laquelle tout est signifiant (84).

Ces séances ne sont pas à confondre avec des rêveries dans lesquelles le rêveur est agi par les images ; il n'a aucune prise sur elles et ne peut les communiquer. En séance d'hypnose, le patient peut modifier les images au fur et à mesure qu'il les crée et les verbalise au thérapeute. Tout comme en REPHE, le rôle du thérapeute est d'accompagner le patient dans son voyage à travers son univers métaphorique. Il ne lui suffit pas d'être spectateur passif et de laisser le scénario se dérouler au grè des courants d'imagination du sujet. Il sécurise, encourage et parfois confronte.

2. LE RÔLE DU THÉRAPEUTE

a) QUELLE QUE SOIT L'AUTONOMIE DU SUJET

Certains sujets ont besoin de la présence étayante et sécurisante du thérapeute. Par exemple, prenons le cas de Mr B ; au début de la prise en charge, il puisait dans nos capacités d'imagination, de symbolisation, d'associations. Il était, jusque là, figé par le trauma, dépendant de notre propre dynamique au point de faire de nous son « appareil à penser ». Puis, entraîné par nos capacités créatives, il a acquis plus d'autonomie dans la transe et a pu s'émanciper progressivement, sans rupture, à l'inverse de sa rupture familiale à l'adolescence.

D'autres patients sont rapidement plus affranchis et font appel aux instructions du thérapeute lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés. Pendant la séance des portes, Mme R souhaitait s'enfuir de la chambre d'enfant qu'elle jugeait dérangeante, voire même menaçante. Grâce à nos suggestions et au renforcement de notre présence sécurisante, elle n'a pas cédé à l'évitement et a pu explorer sa problématique. D'autres patients font preuve d'une telle aisance qu'ils évoluent dans la transe avec une grande latitude ; c'est le cas de Mme G. Le choix du thème (la promenade dans le jardin de la maison de retraite), tout comme le déroulement du scénario sont intégralement sa création. Nous n'avions pas connaissance de ce lieu, ni de ce qu'il représentait pour elle. Pendant la transe, elle a su évoluer avec une grande indépendance, sans avoir besoin de requérir à nos suggestions.

Le niveau de créativité de nos patients est donc soumis à de grandes variations inter et intra-individuelles. Quel que soit leur degré d'autonomie, l'attitude active du thérapeute reste nécessaire pour les guider.

b) ENCOURAGER ET CONFRONTER

Les interventions du thérapeute visent à libérer les capacités d'imagination et à favoriser le processus de symbolisation du sujet. Le but est d'osciller, avec justesse, entre accompagnement étayant et permissif, de manière sécurisée, afin de laisser s'exprimer la subjectivité du patient et résoudre le problème. Contrairement au RED, nos interventions sont

semi-directives, voire permissives, c'est à dire qu'elles exhortent à la découverte sans trop proposer de contenu.

Pour accompagner le patient, l'hypnotiste a plusieurs cordes à son arc. Il peut resituer le sujet dans l'expérience qu'il est en train de vivre en sollicitant les sens de celui-ci « *Que voyez-vous ?* », ses affects « *Comment vous sentez vous ?* », « *Que cela vous fait-il éprouver ?* ». Il peut également proposer au patient une attitude active « *Que souhaiteriez-vous faire ?* », ou alors simplement mettre l'accent sur un élément en reprenant les paroles du patient ou en les reformulant. Il est également intéressant de favoriser les associations « *vous dites que vous vous sentez oppressée, cela vous fait-il penser à quelque chose ?* ».

Pendant le rêve éveillé le patient peut être confronté à des images angoissantes. Le thérapeute peut alors l'inciter à s'y confronter plutôt que céder à l'évitement. Par sa présence sécurisante et stimulante, il encourage le sujet à adopter une attitude active : celui-ci découvre le pouvoir de modifier la réalité qu'il crée. Qu'il s'agisse des arbres déracinés de Mr B ou de la chambre d'enfant de Mme R, ces images ont suscité chez ces patients de l'anxiété, de la crainte si bien qu'ils ont été tentés de fuir ces symboles forts. Notre attitude thérapeutique, guidée par notre intuition et nos connaissances théoriques et cliniques, a été de les inciter à s'y confronter, en toute sécurité, afin de démêler le nœud de leur problématique.

Bien sur, l'accompagnement du thérapeute dépend de sa personnalité, de son écoute, de la relation thérapeutique en place.

c) ACCORDAGE ET INTUITION

Les interventions du thérapeute sont guidées par l'observation du patient et par son intuition, forgée par ses connaissances théoriques et son expérience. Le praticien a en effet des pistes thérapeutiques qui vont orienter sa façon de guider le patient pendant la transe. Toutefois, il doit savoir se délester un temps de son savoir et de sa tendance à vouloir pour ce dernier.

En entrant dans une bulle à deux avec le patient, le thérapeute se laisse gagner lui aussi par cet autre mode de pensée qui caractérise l'hypnose (85). Il se laisse guider par son

intuition plutôt que par ses connaissances qui, si elles ne sont pas au premier plan, nourrissent cette dernière. De cette manière, il entre en accordage avec son patient et peut l'accompagner avec justesse.

Dans notre pratique nous avons vécu à la fois des moments d'accordage puissant et des séances où nous étions déconnectée de l'expérience hypnotique du sujet.

Lors de la séance des portes, Mr B passe un long moment à marcher sur la plage, « juste les pieds dans l'eau ». Nous cherchons alors à approfondir cet état de bien être qu'il nous décrit : « Que ressentez-vous ? » « Que voyez-vous ? » « Que faites vous ? ». Toutefois, le patient est peu prolix et nos encouragements restent vains. Nous sommes tout d'abord décontenancée ; nous avons la crainte de rater un élément important. Nous proposons des suggestions mais celles-ci sont rejetées par le patient. En proie aux doutes, nous avons rompu, pendant un temps, l'accordage hypnotique qui était présent en début de séance. La justesse de notre accompagnement en est diminuée. Mais nous percevons que le patient profite pleinement de son expérience. Il est autonome, détendu et plongé dans ses ressentis lui qui était, jusqu'ici, figé, anxieux et alexithymique. Nous lui rendons alors les rennes et restons auprès de lui avec la promesse que notre voix l'accompagnera, tel que le propose M. Erickson (86). En effet, la présence et la voix du thérapeute sont bien souvent suffisantes pour rassurer le patient et lui permettre d'être plus hardi pendant la transe. Mr B souhaite rester « assis dans l'eau », face au coucher de soleil et malaxer une « balle molle » dans sa main. Nous ne saisissons pas ce que cela symbolise pour lui mais cela n'a pas d'importance ; en hypnose tout a un sens, bien que tout ne soit pas interprétable. L'essentiel réside dans ce que cette expérience inscrira chez Mr B.

Lors de cette séance, nous avons vécu l'importance de l'accordage, de l'écoute infra-verbale et les conséquences d'une volonté que l'on impose à l'autre et qui ne lui convient pas.

Il faut donc accompagner, rassurer, confronter sans imposer ou trop proposer. C'est un juste équilibre à trouver entre « pousser » le patient et le « lâcher » dans les méandres de son voyage métaphorique. Toutefois, si notre accompagnement vient à manquer de justesse, nous pouvons compter sur les ressources du patient pour passer outre et même l'utiliser à bon escient.

3. L'IMPORTANCE DU LIBRE ARBITRE

Que se passe-t-il lorsque nous confrontons « trop violemment » un sujet à des symboles anxiogènes ? Comment réagit-il lorsque nos suggestions sont teintées de nos propres représentations ?

L'exemple de Mr B permet de répondre à la première question. Aux vues de l'histoire du patient, nous imaginons les arbres déracinés comme symbolisant le déracinement familial, lorsque le sujet quitte le domicile parental à 17 ans. Nous savons qu'il peut être tentant d'analyser les productions imaginaires des patients, tant elles sont surprenantes et originales. Pourtant la compréhension que nous visons pour le sujet, est bien plus émotionnelle que logique ou intellectuelle. Ainsi nous ne faisons pas part de nos interprétations au patient et nous l'exhortons à explorer ce symbole qu'il a lui même créé. Cette confrontation se révèle trop anxiogène et Mr B préfère s'éloigner des arbres. Nous pouvons alors nous interroger : par cette suggestion, avons nous renforcé la crainte et les résistances du patient vis à vis de sa problématique ? La suite de la séance tend à nous « rassurer ». Mr B fait à nouveau intervenir les arbres déracinés mais sous une autre forme ; il en utilise un comme assise pour profiter du coucher de soleil avec sa famille. Il transforme, à sa manière, une image angoissante pour la rendre plus acceptable et l'intégrer à son histoire. Ainsi, le patient avance au rythme qui est le sien et ne fera pas moins que ce qu'il est capable de faire (84). Cela permet de rassurer à la fois les jeunes hypnotérapeutes mais également de nombreux patients, qui imaginent que l'hypnose les dépossède de leur libre arbitre.

Au cours de la séance dans la chambre d'enfant, Mme R éprouve, à deux reprises, une forte angoisse. À son arrivée dans la pièce, elle est envahie par l'ambiance morbide qui y règne. Pour amender son anxiété, nous utilisons une question ouverte et stimulons une attitude active ; « *Que pourriez-vous faire ?* ». Cela suffit à lui inspirer une solution originale et efficace, à savoir redécorer entièrement la pièce. Nous actons la fin de la séance lorsque la chambre est suffisamment transformée et que l'angoisse de la patiente a fait place à un sentiment de sérénité. Mais cette nouvelle suggestion déclenche une angoisse intense, des pleurs, de l'agitation ; il est impossible à Mme R de quitter la pièce et d'abandonner le bébé qui joue dans le berceau. Elle reste hermétique à nos suggestions de calme, de sécurité et ne parvient pas à trouver comment se séparer calmement de l'enfant. Nous devenons plus

contenante et finissons par proposer des suggestions directives. Toutefois, nos idées ne concordent pas avec l'expérience qu'elle est en train de vivre. Elle les rejette, les unes après les autres, jusqu'à enfin se saisir de l'une d'entre elles et la transformer de manière à résoudre son conflit ; elle s'assoit sur un rocking-chair face à l'enfant et l'observe jouer. Elle prend alors conscience que l'enfant rie, en bonne santé dans son berceau, qu'il ne se sent pas abandonné comme elle pouvait l'imaginer. Elle peut alors sortir de la pièce en toute tranquillité. Cet exemple montre que le sujet, malgré les suggestions parfois pressantes et orientées du thérapeute, ne répondra qu'à celles qui lui correspondent, quitte à les transformer pour qu'elles s'ajustent à sa subjectivité et son expérience.

Il est donc important de tendre à une neutralité bienveillante tout en se rassurant : le patient possède les ressources suffisantes pour trouver ses propres solutions.

CONCLUSION

L'utilisation de l'hypnose dans le psychotraumatisme est très ancienne. Nous avons depuis longtemps l'idée d'user de la dissociation hypnotique pour traiter la dissociation traumatique.

L'hypnothérapie est reconnue comme efficace dans le traitement du PTSD. Tout d'abord, elle utilise, à visée thérapeutique, la capacité des victimes à entrer en état dissociatif. De plus, elle agit sur la symptomatologie dépressive, anxieuse, addictive qui accompagne fréquemment le syndrome de répétition, pathognomonique de cette pathologie transnosographique. Elle s'intègre également avec une grande facilité aux différentes approches théoriques ; elle peut être utilisée dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale, avec l'exposition-désensibilisation, ou bien en thérapie psychodynamique. L'hypnose présente donc de nombreux avantages qui en font un outil thérapeutique précieux.

À l'HIA Clermont Tonnerre, nous avons rencontré en hypnothérapie des patients psychotraumatisés. Ces prises en charge ont confirmé l'efficacité de la technique prônée par la littérature. Nous avons également constaté que, pendant la transe, l'imagination des patients s'exprime plus volontiers. Ceux-ci créent des images uniques, d'une grande richesse et originalité, et certaines séances nous ont beaucoup étonnée. Ces séances surprenantes sont, bien souvent, les plus salvatrices. Nous avons donc souhaité questionner l'effet de la créativité dans le traitement PTSD et le rôle que l'hypnose peut y jouer.

Le sujet psychotraumatisé est figé par le PTSD. Il revit constamment le passé traumatique à travers le syndrome de répétition. L'horreur et l'effroi s'insinuent au point de scléroser jusqu'à ses capacités associatives. Il convient de sortir le sujet de l'impasse stérile et mortifère dans laquelle il se trouve. On entend comme il est nécessaire de trouver des solutions nouvelles, adaptées afin de résoudre la problématique traumatique. Pour cela, le thérapeute et le patient font preuve de créativité.

Dans le cas de PTSD complexes, comme nous avons pu en rencontrer, la technique d'exposition est nécessaire mais parfois insuffisante à questionner le trauma. Dans ce contexte, nous avons proposé une prise en charge intégrative en y associant une approche psychodynamique.

Les séances d'exposition visent à exposer le sujet à l'événement traumatique et à l'y

désensibiliser progressivement. Elles sont considérées comme la clé de voûte du traitement et peuvent prendre bien des formes : avec ou sans hypnose, aidée par la prise de propranolol, etc... Dans le cadre des séances de double dissociation, en hypnose, nous avons repéré que certains sujets s'extrayaient des consignes de désensibilisation comportementalistes. Ils ont spontanément produit des images, symbolisé leur problématique, et ont créé une solution toute aussi symbolique. Plus précisément, ils ont modifié le souvenir traumatique, par définition intense et immuable. Ils ont ainsi trouvé une solution originale et salutaire pour faire dérailler le train des répétitions traumatiques. Ainsi, contrairement à ce nous aurions pu imaginer, le cadre strict du scénario encadre, sécurise et, de cette manière, participe à libérer la créativité du patient. Et cette créativité est thérapeutique. Grâce à ces observations nous avons fait évoluer notre prise en charge en favorisant la parole du patient pendant la transe, de manière à encourager sa créativité, tout en maintenant le cadre étayant et libérateur du scénario.

La découverte du pouvoir curatif de la créativité a également influencé notre pratique de l'hypnose dans le cadre d'une approche psychodynamique. Les séances, plus permissive, se construisent au fur et à mesure à partir des images créées par le patient. Chaque image, par un mécanisme de symbolisation, illustre une réalité dans toute sa dimension affective. Ainsi, le scénario hypnotique devient une métaphore de la vie du sujet. Cet exercice d'imagination, de symbolisation permet de représenter autrement la problématique et de l'inscrire dans la réalité globale du patient. De plus, grâce à l'état hypnotique, les associations psychiques à l'œuvre ne sont plus seulement intellectuelles mais aussi affectives. Ce nouveau mode de pensée permet une résolution originale, personnelle et adaptée de la problématique en jeu. Il est vrai qu'en hypnose ce sont les émotions qui guident la transe. Nous savons aujourd'hui que celles-ci, au même titre que la logique, participent aux processus de choix rationnels. En thérapie, nous visons une compréhension émotionnelle du problème tout en sachant que celle-ci modifiera le comportement du sujet.

Qu'elle serve l'exposition ou une approche psychodynamique, l'hypnose est liée à l'émergence de la créativité et le thérapeute peut encourager cette dernière. Pour ce faire, il est contenant, étayant ou fait preuve d'une neutralité bienveillante. Il s'adapte aux besoins du patient, en accordage avec celui-ci grâce une qualité d'écoute, une observation attentive mais aussi grâce à son intuition, nourrie de son expérience et de ses connaissances.

L'utilisation thérapeutique de la créativité ne se limite pas au traitement du PTSD, auquel elle se prête parfaitement. Elle a son intérêt dans le soin d'autres pathologies

psychiatriques. La créativité est au centre de la pratique de l'hypnose mais elle existe également dans chaque psychothérapie. C'est elle qui permet de s'ajuster à chaque patient dans sa singularité. Elle opère lorsque le thérapeute est attentif au patient dans sa globalité, sans se laisser encombrer par ses connaissances théoriques qui sauront guider son intuition. Albert Einstein le disait ainsi : "L'imagination est plus importante que la connaissance. La connaissance est limitée. L'imagination encercle le monde ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Crocq L, Bachelart M, Bioy A. Les thérapies par l'hypnose dans les armées, quelques jalons dans l'histoire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2013;171(9):662-6.
2. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Ann Méd-Psychol.* mai 2010;168(4):311-9.
3. Kédia M, Sabouraud-Séguin A. *Psycho-traumatologie*. 2ème éd. Paris: Dunod; 2013. 304 p. (Broché).
4. De Clercq M, Lebigot F. *Les traumatismes psychiques*. Paris: Masson; 2001.
5. Jehel L, Lopez G. *Psychotraumatologie: évaluation, clinique, traitement*. Paris: Dunod; 2006.
6. HAS. Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves [Internet]. has-sante. 2007 [cité 26 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
7. Harvey AG, Bryant RA, Tarrrier N. Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev.* 2003;(23):501-22.
8. Cottencin O. Les traitements du psychotraumatisme. *Stress Trauma.* 2009;(9 (4)):241-4.
9. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3).
10. Enea V, Dafinoiu I. Cognitive Hypnotherapy in Addressing the Posttraumatic Stress Disorder. *Procedia - Soc Behav Sci.* 13 mai 2013;78:36-40.
11. Crocq L, Cremniter D, Demesse D, Vitry M. Principes de la prise en charge psychologique des sujets psychotraumatisés. In: *Traumatismes psychiques: Prise en charge psychologique des victimes*. 2e éd. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 352. (Broché).
12. Cabut S. Alain Brunet, le psy qui répare les mémoires après les attentats. *Le Monde.fr* [Internet]. 6 juin 2016 [cité 22 nov 2016]; Disponible sur: <http://www.lemonde.fr/>
13. Lebigot F. « Hors les lois de la guerre ». À propos du traumatisme psychique chez quatre soldats auteurs de meurtres en situation opérationnelle. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2014;(172):463-7.
14. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Guidelines for treatment of PTSD. *J Trauma Stress.* 2000;13(4).
15. Lebigot F. *Traiter les traumatismes psychiques: clinique et prise en charge*. Paris: Dunod; 2011.
16. Lebigot F. À l'origine de la névrose traumatique, l'effroi ou le stress. Discussion, approches thérapeutiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* déc 2015;173(10):819-27.
17. Martineau W. Quelles approches psychothérapeutiques dans les ESPT et les traumatismes psychiques ? *Congrès Fr Psychiatr Eur Psychiatry.* 2014;(29):675.
18. Haley J, Cayrol A, Robert F. *Un thérapeute hors du commun: Milton H. Erickson*. Paris: Desclée de Brouwer; 1995.
19. Roustang F. *Qu'est-ce que l'hypnose?* Paris: Minuit; 2003. 192 p.
20. Tosti G. *Le grand livre de l'hypnose*. Paris: Eyrolles; 2014. 454 p.
21. Erickson MH, Rossi EL, Rossi SI. *Hypnotic realities: the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. New York: Irvington Publishers : distributed by Halsted Press; 1976. 326 p.
22. Erickson MH, Rossi EL. *De la nature de l'hypnose et de la suggestion*. Bruxelles: SATAS; 1999. 692 p.
23. Melchior T, Stengers I. *Créer le réel: hypnose et thérapie*. Paris: Éd. du Seuil; 2008. 547 p.
24. Bioy A. Une nouvelle définition internationale de l'hypnose ?. *Hypn Thérapies Brèves.* janv 2016;(39).

25. Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 2 janv 2015;63(1):1-9.
26. Anbar RD. Hypnosis: An important multifaceted therapy. *J Pediatr.* oct 2006;149(4):438-9.
27. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. *L'Aide-mémoire d'hypnose: en 50 notions.* Dunod; 2010. 329 p.
28. Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol-Paris.* juin 2006;99(4-6):463-9.
29. Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville M-E. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin Neurophysiol.* oct 2014;44(4):343-53.
30. Bruno Suarez. Le cerveau pendant la transe hypnotique [Internet]. 2010 [cité 12 juill 2016]. (Séminaire Hypnoses d'Hier et d'aujourd'hui). Disponible sur: <http://archive.org/details/HypnosesDhierEtDaujourd'hui26032010>
31. Fareng M. *Apport de l'hypnose dans les traumatismes psychiques.* Paris 8 université Vincennes Saint-Denis; 2014.
32. Josse É, Crocq L, De Soir E. *Le traumatisme psychique chez l'adulte.* Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014.
33. Michaux D, Groupement pour l'étude et les applications médicales de l'hypnose (France), éditeurs. *Hypnose et dissociation psychique.* Paris: Imago éd.; 2006.
34. Candel I, Merckelbach H. Peritraumatic Dissociation As A Predictor Of Post-Traumatic Stress Disorder, A Critical Review. *Compr Psychiatry.* févr 2004;Vol. 45(No. 1):P 44-50.
35. Ionescu S, Blanchet A, Institut d'enseignement à distance (Saint-Denis S-S-D. *Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie.* Paris: Presses universitaires de France; 2007.
36. Bachelart M, Bioy A, Crocq L. L'hypnose ericksonienne et sa pratique dans le trauma psychique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2013;171(9):667-70.
37. Fareng M, Plagnol A. Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose. *PSN.* 30 janv 2015;Volume 12(4):29-46.
38. Talwar S. Accessing traumatic memory through art making: An art therapy trauma protocol (ATTP). *Arts Psychother.* 2007;34(1):22-35.
39. Maury C, Abbal T, Moro M-R. Clinique du psychotraumatisme et erreur de diagnostic en situation transculturelle. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2016;174(4):266-73.
40. Auxéméry Y. Les différentes « voix » de l'ESPT. Du désert langagier à la psychothérapie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juin 2012;170(5):306-11.
41. Auxéméry Y. L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. *Inf Psychiatr.* 2013;89(8):641-9.
42. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy.* déc 2010;49(4):317.
43. Aïm P, Kahn J-P. Hypnose et thérapies brèves, normes et liberté. *Inf Psychiatr.* 30 janv 2013;me 88(9):711-9.
44. Larroque M. Les procédés de relaxation hier et aujourd'hui. *Inf Psychiatr.* 16 janv 2014;me 89(9):751-8.
45. Robertson, D. *The Practice of Cognitive-Behavioural Hypnotherapy: A Manual for Evidence- based clinical hypnosis.* London : Karnac; 2012.

46. Petot, J.M . (2006). L'hypnose et l'alliance thérapeutique : intérêt et limites de l'utilisation de l'hypnose en thérapie cognitive. In: Hypnose et dissociation psychique. Paris: Michaux Didier Groupement pour l'étude et les applications médicales de l'hypnose (France); 2006.
47. Cheveau C. Guérir d'un traumatisme psychique par hypnose: une technique efficace et rapide pour retrouver une vie normale. Paris: J. Lyon; 2014.
48. Cheveau C. Traiter la dissociation par la dissociation: l'hypnose dans le traitement du syndrome psychotraumatique. In: Hypnose et dissociation psychique. Paris: Michaux Didier Groupement pour l'étude et les applications médicales de l'hypnose (France); 2006.
49. Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K, Averland B, Lestavel P, Brunet A, et al. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biol Psychiatry*. nov 2003;54(9):947-9.
50. Cahill L, Prins B, Weber M, McGaugh JL. β -Adrenergic activation and memory for emotional events. *Nature*. 20 oct 1994;371(6499):702-4.
51. Brunet A, Thomas E, Saumier D, Ashbaugh AR, Azzoug A, Pitman RK, et al. trauma reactivation plus propranolol is associated with durably low physiological responding during subsequent script-driven traumatic imagery. *Rev Can Psychiatr*. avr 2014;59(4):228-32.
52. Klein J-P. Comment métaphoriser l'irreprésentable ? *J Psychol*. 1 janv 2011;(251):62-6.
53. N'guédar M. L'art-thérapie, se transformer par la création [Internet]. CLES. [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.cles.com/debats-entretiens/article/l-art-therapie-se-transformer-par-la-creation>
54. Bioy A. L'hypnose dans tous ses états. *Hypn Thérapies Brèves Rev Int Lang Fr*. 2015;(36).
55. Wilson TD, Reinhard DA, Westgate EC, Gilbert DT, Ellerbeck N, Hahn C, et al. Just think: The challenges of the disengaged mind. *Science*. 4 juill 2014;345(6192):75-7.
56. Chahraoui K, Besse P, Bénony H, Bonin B, Gisselmann A. La consultation psychologique spécialisée pour les sujets souffrant de syndromes psychotraumatiques : premiers éléments d'évaluation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. juin 2004;162(5):351-9.
57. Andolfi M, Rives M. La forteresse familiale: un modèle de clinique relationnelle. Paris: Dunod; 1991.
58. Lubart TI, Mouchiroud C, Tordjman S, Zenasni F. Psychologie de la créativité. Paris: A.Colin; 2015.
59. Borst G, Dubois A, Lubart TI. Structures et mécanismes cérébraux sous tendant la créativité : une revue de littérature. *Approche Neuropsychol Apprentiss Enfant*. 2006;18(87):96-113.
60. Torrance, E. P. (1976). Test de pensée créative. Paris: Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
61. Cottraux J. A chacun sa créativité: Einstein, Mozart, Picasso-- et nous. Paris: Odile Jacob; 2010. 304 p.
62. Brun A, Chouvier B, Roussillon R. Manuel des médiations thérapeutiques. Paris: Dunod; 2013.
63. Moncorger J., Gaubert T. Créativité un nouveau regard, Théorie et pratique. Paris: l'Harmattan; 2013. (Broché).
64. Pacteau C, Lubart T. Le développement de la créativité. *Sciences Humaines [Internet]*. 2005 [cité 25 juill 2016];(164). Disponible sur: <http://www.scienceshumaines.com>
65. Shlien JM, d'Arifat M-H, Ducroux-Biass F. Créativité et santé psychologique. *Approche Centrée Sur Pers Prat Rech*. 5 janv 2009;(8):74-87.
66. Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Boston : Houghton Mifflin.
67. Salem G, Bonvin É. Soigner par l'hypnose. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.

68. Bioy A, Michaux D, éditeurs. *Traité d'hypnothérapie: fondements, méthodes, applications*. Paris: Dunod; 2007. 482 p. (Psychothérapies).
69. Pascal B, Le Guern M. *Pensées*. Paris: Gallimard; 2009. 764 p. (Collection Folio Classique).
70. Adant G. Sommeil et créativité. *Gérontologie Société*. 1 août 2011;137(2):67-83.
71. Borst G, Dubois A, Lubart T. Structures et mécanismes cérébraux sous-tendant la créativité, Approche psychologique des Apprentissages chez l'enfant. *ANAE*. 2006;87:96-113.
72. Erickson MH, Rossi EL, Rossi SI. *Traité pratique de l'hypnose: la suggestion indirecte en hypnose clinique*. Paris: Grancher; 2006.
73. Chahraoui K. Effroi, répétition et co-construction du sens du traumatisme psychique. *Psycho Sup*. 3 mars 2016;31-52.
74. Chidiac N. Trauma et créativité, exemple de l'atelier d'écriture. In: *Traumatismes psychiques: Prise en charge psychologique des victimes*. 2e éd. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 352. (Broché).
75. Levi P, Schruoffeneger M. *Si c'est un homme*. Paris: Julliard; 1990. 213 p. (Pocket).
76. Stewart S, McDougall J. *Mémoire de l'inhumain: du trauma à la créativité*. Paris: Campagne première; 2009.
77. Mémoire et Hypnose [Internet]. *Réalités Hypnotiques*. [cité 6 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.realites-hypnotiques.fr/memoire-hypnose/>
78. Binet A. Janet L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Année Psychol*. 1904;11(1):652-653.
79. Kédia M, Sabouraud-Séguin A. *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie*. Paris: Dunod; 2013.
80. Marmion J-F. Faut-il croire nos premiers souvenirs? *Sciences Humaines*. févr 2009;(201).
81. Rouquette M-L. *La créativité*. Paris: Que sais-je?; 2010.
82. Ambresin G, Coulon N de, Roten Y de, Despland J-N. Psychothérapie psychodynamique brève de la dépression pour patients hospitalisés. *Psychothérapies*. 19 juin 2009;29(2):75-84.
83. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manuel de psychiatrie*. Paris : Elsevier Masson; 2011
84. Mercier E. *Le rêve éveillé dirigé revisité: une thérapie de l'imagination*. Paris: L'Harmattan; 2001.
85. Bardot E. *Monde psychotraumatique*. *Hypn Thérapies Brèves*. 2017;(HS11).
86. Erickson MH. *Ma voix t'accompagnera -*. Paris: Hommes & Groupes éditeurs; 1986.

Nom : CHAUDIERE Pauline

Année Universitaire 2016-2017

**Thèse en vue du Diplôme d'État de Docteur en Médecine,
Spécialité : Psychiatrie**

L'imagination qui soigne.

**L'hypnose : la créativité thérapeutique dans le psychotraumatisme chronique
(Réflexion à partir de cas cliniques)**

Mots clés : Psychotraumatisme – PTSD - hypnose – dissociation – psychothérapie brève – capacité créative

Résumé : L'indication de l'hypnose a été reconnue dans le PTSD. Son efficacité découle des nombreuses caractéristiques qu'elle partage avec la pathologie traumatique, de sa capacité à s'adapter à la clinique transnosographique du PTSD et proposer une prise en charge intégrative. La littérature corrobore notre expérience clinique. Nous avons questionné le pouvoir thérapeutique de la créativité dans le traitement du PTSD, et de quelle manière l'hypnose y contribue. Pour ce faire, nous avons choisi, sur le plan méthodologique, la présentation de cas cliniques. Il apparaît que l'hypnose favorise les capacités créatrices quelle que soit la technique utilisée ; pendant les séances directives et celles où le patient conduit le scénario. Le changement de mode de pensée, permis par la transe, associé aux capacités d'imagination et de symbolisation, permettent au sujet une résolution originale et adaptée à sa problématique. Le rôle du thérapeute est d'encourager l'émergence de la créativité car elle est un levier thérapeutique puissant pour le sujet psychotraumatisé, jusque là figé dans la temporalité du trauma. Elle permet à ce dernier de sortir de l'impasse des répétitions traumatiques mortifères. Au delà du PTSD, ce travail expose la place de la créativité dans toute psychothérapie. Quelles que soient nos théories, nous connaissons l'importance d'adapter le soin à l'individu qui nous fait face, dans toute sa singularité ; c'est l'essence même de la psychothérapie. La thérapie fait preuve de créativité lorsqu'elle s'appuie sur l'expérience et les connaissances du thérapeute tout autant que sur la subjectivité du patient.

Imagination that heals

**Hypnosis : The therapeutic creativity in chronic psychotraumatism
(Discussion based on clinical cases)**

Key words : psychotraumatism – PTSD- hypnosis – dissociation – brief psychotherapy – creative ability

Abstract: The indication of hypnosis was recognized in the PTSD. Its efficiency is the result of numerous characteristics which it shares with the traumatic pathology, of its ability to adapt itself to the transnosographic symptomatology of PTSD and to propose an integrative care. The scientific literature supports our clinical experience. We have questioned the therapeutic effect of creativity in PTSD treatment, and how hypnosis contributes to it. For this purpose, we have chosen, methodologically, to present clinical cases. It seems hypnosis promotes creative abilities, whichever technic is used ; during directive seances and those in which the patient leads the scenario. The change of thinking processes, enabled by trance, associated with ability to imagine and symbolize, allows the person to find an original and appropriate solution to the problem. The therapist's role is to enhance the rise of creativity because it's a powerful therapeutic lever for psychotraumatic people, who are until now frozen in the temporality of trauma. It enables the victims to break the deadlock of deadly traumatic repetitions. Beyond PTSD, this work shows the place of creativity in all psychotherapies. Whatever our theories, we know how important it is to adapt psychic care to the person in front of us, in all its peculiarity; it's the very essence of psychotherapy. Therapy shows creativity when it is built on the therapist's experience and knowledge as much as on the patient's subjectivity.

Directeur :

Mme le Docteur S. CREMADES

Psychiatre

Antenne de Psychiatrie, CHU, Amiens