



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**CAMPUS LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES** NANCY

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE - Master 2

**Master Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé, parcours type
psychopathologie de la cognition et des interactions**

RABINOVITCH Gilles

Tél : 06 27 80 33 28 - Courriel : gilrab4@gmail.com

**Processus et effets thérapeutiques de
l'hypnothérapie PTR dans le cadre de la prise en
charge de personnes présentant des symptômes
liés aux psychotraumatismes**

Sous la direction de Frédéric Verhaegen,
Maître de conférences en psychologie

Année 2018-2019



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**CAMPUS LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES** NANCY

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE - Master 2

**Master Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé, parcours type
psychopathologie de la cognition et des interactions**

RABINOVITCH Gilles

Tél : 06 27 80 33 28 - Courriel : gilrab4@gmail.com

**Processus et effets thérapeutiques de
l'hypnothérapie PTR dans le cadre de la prise en
charge de personnes présentant des symptômes
liés aux psychotraumatismes**

Sous la direction de Frédéric Verhaegen,
Maître de conférences en psychologie

Année 2018-2019

Remerciements

Je remercie les personnes qui m'ont aidé, d'une manière ou d'une autre, à mener à bien la présente étude, notamment :

Gérald Brassine, créateur de la psychothérapie du trauma réassociative (PTR), pour la formation de grande qualité à l'hypnose et PTR dont j'ai pu bénéficier.

Véronique Lenoël, psychologue au service de psychiatrie du Centre Hospitalier Jean Leclaire de Sarlat, pour m'avoir autorisé lors de mon stage professionnalisant à présenter aux patients le thème de cette recherche et à leur proposer d'y participer.

Les patients qui ont accepté de participer à cette étude, pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce projet ainsi que pour l'engagement et le grand courage dont ils ont fait preuve.

Monsieur Frédéric Verhaegen, pour avoir accepté de diriger mon travail de recherche et pour ses encouragements.

Mes collègues étudiants, pour l'aide morale qu'ils ont su m'apporter dans certains moments de doute.

Mon épouse, qui a su me soutenir et m'encourager avec (très) grande abnégation durant ces longs mois de travail, et mes enfants, pour leur merveilleux soutien.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| REMERCIEMENTS..... | 2 |
| TABLE DES SIGLES | 6 |
| INTRODUCTION | 7 |
| MOTIVATIONS PERSONNELLES..... | 7 |
| MOTIVATIONS SCIENTIFIQUES ET ORIGINALITE DU TRAVAIL..... | 7 |
| CHAPITRE 1 : PARTIE THEORIQUE | 10 |
| 1. TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT) ET TSPT COMPLEXE..... | 10 |
| 1.1 <i>Psychotrauma, psychotraumatisme, psychotrauma complexe</i> | 10 |
| 1.2 <i>Quelques modèles explicatifs du psychotraumatisme</i> | 11 |
| 1.3 <i>Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et TSPT complexe</i> | 14 |
| 1.4 <i>Les outils d'évaluation du TSPT et TSPT-C</i> | 17 |
| 2. DISSOCIATION EN RAPPORT AVEC LE TSPT ET L'HYPNOSE..... | 17 |
| 2.1 <i>Troubles dissociatifs et dissociation : définitions</i> | 17 |
| 2.2 <i>Dissociation péritraumatique</i> | 19 |
| 2.3 <i>Dissociation structurelle</i> | 20 |
| 2.4 <i>Dissociation hypnotique</i> | 21 |
| 2.5 <i>Les outils d'évaluation des symptômes dissociatifs</i> | 21 |
| 3. HYPNOSE ERICKSONIENNE ET PSYCHOTHERAPIE DU TRAUMA REASSOCIATIVE..... | 22 |
| 3.1 <i>L'hypnose : un peu d'histoire</i> | 22 |
| 3.2 <i>Hypnose : quelques définitions</i> | 23 |
| 3.3 <i>L'hypnose et les traitements du TSPT et du TSPT-C</i> | 25 |
| 3.4 <i>Hypnose ericksonienne</i> | 25 |
| 3.5 <i>Hypnose conversationnelle stratégique et psychothérapie du trauma réassociative</i> | 26 |
| 4. PSYCHOTHERAPIES : DES FACTEURS COMMUNS A L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE | 28 |
| 4.1 <i>Notion de facteurs communs aux psychothérapies</i> | 28 |
| 4.2 <i>Facteurs communs et variance des résultats psychothérapeutiques</i> | 29 |
| 4.3 <i>Alliance thérapeutique</i> | 30 |
| 5. DE L'INTERET D'ETUDIER LES ASPECTS TECHNIQUES SPECIFIQUES AUX PSYCHOTHERAPIES | 31 |
| 6. HYPOTHESE ET PRESENTATION DE L'ETUDE..... | 32 |
| CHAPITRE 2. METHODOLOGIE DE RECHERCHE | 32 |
| 7. PARTICIPANTS..... | 32 |
| 8. MATERIEL | 33 |
| 8.1 <i>Anamnèse, Life Events Checklist (LEC-5), entretiens</i> | 33 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 8.1.1 | Anamnèse | 33 |
| 8.1.2 | Life Events Checklist (LEC-5)..... | 34 |
| 8.1.3 | Entretiens..... | 34 |
| 8.1.4 | Le cas de madame L. | 34 |
| 8.2 | <i>Protocole favorisant l’alliance thérapeutique</i> | 35 |
| 8.3 | <i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)</i> | 37 |
| 8.4 | <i>Structured Interview for Disorders of Extreme Stress - Self Reported (SIDES-SR)</i> | 38 |
| 8.5 | <i>Le Dissociative Experiences Scale (DES)</i> | 39 |
| 8.6 | <i>Méthode d’appréhension des mouvements menant à l’insight</i> | 40 |
| 8.6.1 | Analyse des mouvements conversationnels au sein desquels se déploient les représentations. | 40 |
| 8.6.2 | La séquences analysée | 40 |
| 8.6.3 | Méthode et conditions de recueil de la séquence | 41 |
| 8.6.4 | Présentation de la séquence où s’exprime l’ <i>insight</i> | 41 |
| 8.6.5 | Analyse descriptive générale des mouvements de discours et représentationnels | 45 |
| 9. | PROCEDURE | 46 |
| CHAPITRE 3. RESULTATS | | 48 |
| 10. | QUESTIONNAIRES AUTO-ADMINISTRÉS..... | 48 |
| 10.1 | <i>PCL-5</i> | 48 |
| 10.2 | <i>SIDES-SR</i> | 49 |
| 10.3 | <i>DES</i> | 51 |
| 11. | MISE EN EVIDENCE DES PROCESSUS REPRESENTATIONNELS MENANT A L’ <i>INSIGHT</i> | 52 |
| CHAPITRE 4. DISCUSSION | | 58 |
| 12. | INTERPRETATION DES RESULTATS | 58 |
| 12.1 | <i>Facteurs à prendre en compte pour l’interprétation des résultats des questionnaires...</i> | 58 |
| 12.2 | <i>Questionnaires auto-administrés</i> | 59 |
| 12.3 | <i>Séquence menant à l’insight de la patiente</i> | 61 |
| 13. | LIMITES | 62 |
| CHAPITRE 5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES | | 63 |
| 14. | CONCLUSION | 63 |
| 15. | PERSPECTIVES | 64 |
| REFERENCES..... | | 65 |
| | <i>Annexe 1 : Notice d’information</i> | 78 |
| | <i>Annexe 2 : Formulaire de recueil de consentement</i> | 79 |
| | <i>Annexe 3 : LEC-5</i> | 80 |
| | <i>Annexe 4 : PCL-5</i> | 82 |
| | <i>Annexe 5 : SIDES-SR</i> | 83 |

Annexe 6 : DES..... 90
Annexe 7 : Grille de codification des retranscriptions..... 95

Table des sigles

ACE : adverse childhood events

APA : American Psychiatric Association

CMP : centre médico-psychologique

CPTSD : complex posttraumatic stress disorder

DES : dissociative experiences scale

EMDR : eye movement desensitization and reprocessing

ESPT : état de stress post traumatique

ESPT-C : état de stress post traumatique complexe

ICV : intégration du cycle de la vie

IMHEB : Institut Milton Hyland Erickson de Belgique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAN : partie apparemment normale de la personnalité

PCL-5: posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5

PE : partie émotionnelle de la personnalité

PTR : psychothérapie du trauma réassociative

PTSD : posttraumatic stress disorder

SIDES-SR : structured interview for disorders of extreme stress - self reported

TSPT : trouble de stress post-traumatique

TSPT-C : trouble de stress post-traumatique complexe

WHO : World Health Organization

*Et l'on voit tout au fond, quand l'œil ose y descendre,
Au delà de la vie, et du souffle et du bruit,
Un affreux soleil noir d'où rayonne la nuit !*

Victor Hugo (1856) : "Les Contemplations"

Introduction

Motivations personnelles

Durant mon année de M1 de psychologie, j'ai suivi à l'Institut Milton Hyland Erickson de Belgique une formation en hypnose conversationnelle stratégique (ericksonienne). Avec l'apport d'un outil appelé « psychothérapie du trauma réassociative » (PTR), indissociable de l'hypnose et créé par Gérald Brassine (2010, 2017), cette formation a été spécifiquement orientée vers le traitement thérapeutique des effets psychopathologiques consécutifs aux psychotraumatismes. Durant la formation, j'ai notamment eu l'occasion d'exercer ma pratique durant environ 200 heures supervisées, auprès de plusieurs personnes adultes qui ont été victimes de maltraitances pendant une plus ou moins grande partie de leur enfance et adolescence. Ma pratique de l'hypnose et PTR s'est ensuite poursuivie lors de mon stage professionnalisant de master 2, auprès de patients en Centre Médico-Psychologique (CMP), en hôpital de jour et en unité psychiatrique fermée. J'ai ainsi pu observer, de manière empirique, ce qui m'a semblé être la parfois grande et rapide efficacité de cet outil sur certains symptômes liés aux psychotraumatismes, comme les reviviscences, les cauchemars ou les sentiments de culpabilité et de honte. Lors de ma pratique en stage de master 2, j'ai également constaté la grande sécurité de travail que l'hypnose et PTR a pu assurer au patient sur le plan émotionnel et psychologique durant les séances d'hypnothérapie. De cette expérience, je me suis demandé s'il serait possible de trouver un moyen de vérifier si certains des effets thérapeutiques obtenus sont imputables ou non à l'usage spécifique de l'hypnose et PTR, et si oui, comment découvrir quels sont les mécanismes en action lors de l'obtention de ces effets thérapeutiques.

Motivations scientifiques et originalité du travail

En 2014, un rapport du World Health Organization (WHO) sur la prévention de la violence révèle que dans le monde, 22.6% des adultes ont subi des violences physiques durant l'enfance, 16.3% de la négligence physique, et 36.3% de la violence émotionnelle ; ce dossier rapporte également que la prévalence vie entière des abus sexuels durant l'enfance dans le

monde est de 18% pour les filles et de 7.6% pour les garçons (World Health Organization [WHO], 2014). D'après ce rapport, les conséquences à l'âge adulte de ces violences sont très importantes sur la santé physique, sur la santé mentale et sur le comportement, allant des blessures et maladies physiques aux troubles mentaux, sexuels et du comportement, comme par exemple le trouble de stress post-traumatique, la dépression, les comportements suicidaires, les troubles du comportement alimentaire, les maladies chroniques, etc. (WHO, 2014).

Par ailleurs, une méta-analyse a été réalisée, basée sur plusieurs études concernant les effets de 10 catégories de traumas précoces, appelés *Adverse Childhood Events* (ACE), sur la santé en général : les catégories prises en compte pour définir les ACEs comprennent cinq traumas personnels directs, qui sont les *violences émotionnelles, physiques et sexuelles*, ainsi que les *négligences physiques et émotionnelles*, et cinq traumas liés aux dysfonctionnements familiaux, qui sont un *parent alcoolique ou toxicomane*, un *parent victime de violences conjugales*, un *membre de la famille en prison*, un *membre de la famille souffrant d'une maladie mentale*, et l'*absence d'un parent après un divorce, un décès ou un abandon* (Felitti & Anda, 2010). Felitti et Anda (2010) rapportent qu'en moyenne 64% des personnes dans le monde ont été victimes d'ACEs appartenant à au moins une de ces catégories durant l'enfance, ce qui semble également correspondre aux résultats d'une autre méta-analyse, basée sur 96 études réalisées dans le monde entier entre 1990 et 2015, qui indique que presque les deux-tiers des jeunes de moins de 18 ans vivent des expériences potentiellement préjudiciables à leur santé physique ou mentale, et ce quel que soit le lieu où ils résident dans le monde (Carlson et al., 2019). D'après Felitti et Anda (2010), parmi les maltraitances les plus subies durant l'enfance, 28% des personnes ont été exposées à des violences physiques, 23% aux conséquences d'un divorce ou d'une séparation parentale, 21% à des abus sexuels, 15% à de la négligence émotionnelle, 11% à des violences psychologiques, et 10% à de la négligence physique. Felitti et Anda (2010) montrent également que plus le nombre de catégories de ACEs subis par un individu dans son enfance est élevé, plus le risque d'apparition de certaines maladies, de problèmes sociaux et de problèmes comportementaux augmente une fois cette personne devenue adulte, à savoir par exemple : alcool, drogues, tabac, dépression chronique, tentatives de suicides, perpétration de violences domestiques, maladies du foie, être violé(e) une fois adulte, grossesse ou paternité à l'adolescence, diminution de la performance au travail, maladies chroniques...

Concernant les répercussions psychopathologiques des événements traumatiques vécus par les individus en France, une enquête « santé mentale en population générale » a été réalisée

en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur 36000 personnes (Vaiva et al., 2008). Cette enquête révèle que dans la période où l'étude a eu lieu, la prévalence instantanée d'un état de stress post-traumatique selon les critères du DSM-IV a été de 0.7% de l'échantillon étudié, et que plus de 5% des sujets « ont été confrontés à un événement traumatique, ont connu des moments de reviviscence de la scène traumatique et présentent, depuis, au moins un élément de retentissement psychopathologique » (Vaiva et al., 2008).

À travers les résultats que nous venons d'évoquer, nous constatons donc qu'une majorité de personnes a été exposée à des situations traumatogènes au cours de la vie, notamment durant l'enfance, et que comme conséquence à ces situations, de nombreux individus ont développé des symptômes liés aux psychotraumatismes. Cela justifie amplement à nos yeux la réalisation de toute étude qui pourrait, d'une part, permettre de favoriser le développement et/ou l'amélioration d'outils facilitant le traitement de ces symptômes et, d'autre part, aider à comprendre les processus mis en jeu lors de ce traitement thérapeutique. L'originalité de cette étude repose à notre avis sur le fait que, alors que de nombreuses recherches ont déjà été réalisées relativement à l'efficacité de divers outils psychothérapeutiques sur les symptômes liés aux psychotraumatismes (par exemple, Watts, Schnurr, Mayo, Young-Xu, Weeks, & Friedman, 2013), beaucoup plus rares sont les recherches concernant les mécanismes mis en jeu qui entraînent ces effets.

Après avoir présenté les notions de psychotraumatisme, de trouble de stress post-traumatique, de dissociation, d'hypnose, de PTR et de facteurs communs aux psychothérapies, la présente étude exploratoire s'intéressera à la question de savoir comment confirmer ou infirmer l'existence d'un effet thérapeutique réel de l'hypnose PTR sur certains symptômes liés aux psychotraumatismes, et sur quels symptômes précisément. Nous porterons une attention particulière à tout nouveau symptôme pouvant apparaître consécutivement aux séances psychothérapeutiques, par exemple pour des raisons de déplacement possible. Par ailleurs, nous tenterons d'élaborer une méthode permettant à terme de décrire et comprendre les processus mis en œuvre lors la résolution thérapeutique des symptômes durant les séances d'hypnose PTR.

Chapitre 1 : Partie théorique

1. Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et TSPT complexe

1.1 Psychotrauma, psychotraumatisme, psychotrauma complexe

Le mot *traumatisme* vient du terme grec « trauma », qui signifie « blessure » (Cloitre, Cohen, & Koenen, 2014), et plus particulièrement « blessure de l'esprit, du corps et de l'âme » (Morris-Smith & Silvestre, 2015). Pour nous en tenir à la blessure de l'esprit, le *trauma* psychique est l'événement traumatique, alors que le *traumatisme* psychique est l'effet consécutif au trauma sur le psychisme d'une personne, il n'est pas l'événement traumatique lui-même (Romano, 2013). Historiquement, on retrouve des traces de l'idée de psychotraumatisme jusque dans certains textes de l'Antiquité, par exemple l'*Illiade* d'Homère ou l'*Épopée de Gilgamesh* d'origine sumérienne, qui évoquent l'effroi ressenti face à la mort, ou bien des reviviscences, ou encore des cauchemars d'origine traumatique (Crocq, 2011 ; Tarquinio & Montel, 2014). Au cours du temps, les notions de psychotrauma et de psychotraumatisme se sont développées, jusqu'à obtenir des définitions telles que celle de Salmona (n.d.), qui propose une définition du *psychotraumatisme* comme étant « l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique ». L'événement traumatique correspond au *psychotrauma*, que Crocq (2014) définit comme étant :

un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur (p. 10).

Cloitre, Cohen et Koenen (2014) proposent pour leur part la définition du *psychotrauma* suivante :

nous décrivons le trauma psychologique comme étant une situation qui écrase ou dépasse les capacités d'une personne à protéger son équilibre et son intégrité psychique. Il s'agit d'une collision entre un événement et les ressources d'une personne, dans

laquelle la force de l'événement est supérieure aux ressources disponibles pour répondre de manière efficace et permettre le rétablissement (p. 13).

À partir des années 1990 (Herman, 1992), la recherche sur les psychotraumatismes s'enrichit peu à peu de la notion de psychotrauma complexe, ou trauma complexe. Alors que le *trauma* « est un événement soudain et violent qui menace brutalement l'intégrité psychique d'un individu, qui se trouve débordé dans ses capacités habituelles d'élaboration » (Romano, 2013, p. 21), la description du *trauma complexe* correspond à des circonstances où la personne est exposée de manière prolongée ou multiple à des situations de violences durant l'enfance, de génocide, ou à de nombreuses formes de trauma généralement de nature interpersonnelle, et qui se produisent dans des contextes où la fuite est impossible pour des raisons psychologiques, physiques, environnementales, de maturité ou de contraintes sociales (Cloitre, Petkova, Wang & Lu, 2012, cités par Resick et al., 2012). Cette distinction entre trauma et trauma complexe a conduit à une catégorisation des événements traumatiques, tout d'abord en deux types de traumas (De Foucault, 2013 ; Lopez & Bouasker, 2016) : le trauma de type 1 correspond à des « événements uniques, soudains, inattendus, qui présentent un commencement net et une fin précise » (Romano, 2013, p. 22). Un trauma est de type 2 quand il est causé par un événement « prévisible, répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps » (Romano, 2013, p. 22). Deux types de traumas ont ensuite été ajoutés : le trauma de type 3 correspond « aux événements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période de temps » (Romano, 2013, p. 23). Enfin, le trauma de type 4 correspond aux événements traumatiques qui sont en cours, qui « se poursuivent dans le présent » (Romano, 2013, p. 24). Chaque type de trauma est susceptible de provoquer un psychotraumatisme, qui aura alors une symptomatologie post-traumatique plus ou moins spécifique au type de trauma subi (Romano, 2013), et qui, une fois installée, pourra perdurer jusqu'à des dizaines d'années, parfois la vie entière (Salmona, n.d.).

1.2 Quelques modèles explicatifs du psychotraumatisme

Plusieurs modèles principaux du psychotraumatisme existent, issus des courants théoriques psychodynamique, comportemental, cognitif et neurobiologique (Romano, 2013 ; Tarquinio & Montel, 2014). Nous allons brièvement présenter certains de ces modèles.

À la fin du 19^e siècle, Freud fonde la *psychanalyse* (Laplanche & Pontalis, 2007), discipline au sein de laquelle il élabore progressivement une théorie du trauma : en 1920, il

considère le traumatisme comme étant « toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet » (Freud, 1920/2013, cité par Tarquinio & Montel, 2014), ce traumatisme aura ainsi valeur de corps étranger, que le sujet va tenter en vain, soit d'assimiler, soit d'expulser (Crocq, 2011 ; Tarquinio & Montel, 2014). Quelques années plus tard, établissant un lien important entre traumatisme et *perte d'objet* (Bokanowski, 2005), il se dirige de plus en plus vers une notion du traumatisme comme étant fantasmé (Tarquinio & Montel, 2014). En revanche, Ferenczi, psychanalyste qui, contrairement à Freud, a pris en charge des victimes de guerre, réintroduit le traumatisme dans la réalité (Tarquinio & Montel, 2014). Il suggère que lors du trauma, le *moi* se décompose en « *fragments*, produits plus ou moins élémentaires de la décomposition de celui-ci. (Éclatement, atomisation). La force relative de l'excitation "insupportable" décide du degré et de la profondeur de la décomposition du moi » (Ferenczi, 1932/2014, p. 328). Le sujet traumatisé subit ainsi un *clivage*, une partie du moi, déstructurée, souffrant de manière extrême et se réactivant à la moindre occasion, l'autre partie du moi étant omnisciente mais désaffectivée (Bokanowski, 2005). Suite à l'étude des traumatismes causés par les agressions sexuelles d'adultes sur les enfants, Ferenczi introduit également le concept majeur d'*identification à l'agresseur*, l'enfant victime introjectant l'agresseur qui « disparaît en tant que réalité extérieure, et devient intrapsychique » (Ferenczi, 1932/2004, p. 44 ; Kédia, 2013). Dans les années 1970, Lacan, plutôt que d'interpréter le traumatisme psychique comme étant de l'ordre de l'accidentel, propose une théorie du traumatisme symbolique, qu'il considère comme un fait de structure inhérent à l'être humain, être de parole ; la parole ne pouvant par définition pas tout dire, l'être humain porte en lui-même le trauma (Tarquinio et Montel, 2014).

À partir du milieu du 20^e siècle, parallèlement à l'évolution des modèles psychodynamiques, de nouvelles hypothèses pour tenter de comprendre le trauma ont été progressivement énoncées dans le cadre de la psychologie comportementale et cognitive, donnant naissance à de nombreux modèles théoriques (Musa, 2000, 2001 ; Tarquinio & Montel, 2014). Ces modèles s'appuient notamment sur différentes théories sur le stress, comme le modèle du *syndrome général d'adaptation* de Selye et le *modèle interactionniste* de Lazarus (Tarquinio & Montel, 2014). Le modèle du *syndrome général d'adaptation* définit le stress comme étant la réponse non spécifique du corps à toute demande qui lui est adressée, qu'elle soit agréable ou désagréable : un coup douloureux ou un baiser passionné peuvent produire un stress équivalent (Selye, 1976). D'après le *modèle interactionniste* de Lazarus, le stress est le résultat de l'interaction entre l'individu, ses ressources sociales et personnelles, les contraintes

de son environnement, et la perception qu'il a de son stress et de son contrôle de la situation (Lazarus & Folkman, 1984 ; Tarquinio & Montel, 2014).

Selon l'*approche comportementale*, les modèles du trauma ne s'appuient pas que sur les théories sur le stress, mais également sur les concepts de *conditionnement classique* de Pavlov (1927, cité par Tarquinio & Montel, 2014) et de *conditionnement opérant* de Skinner (1938, cité par Tarquinio & Montel, 2014). Le modèle de Mowrer (1950, 1995, cité par Musa, 2000 ; Tarquinio & Montel, 2014) s'appuie sur ces deux concepts pavlovien et skinnérien pour expliquer le conditionnement de la peur, réponse conditionnée par le contexte – stimulus neutre qui va devenir conditionnel – dans lequel se produit un événement traumatique – stimulus inconditionnel aversif (Musa, 2000 ; Tarquinio & Montel, 2014). Une fois la peur conditionnée, tout stimulus associé à l'événement traumatique d'origine aura plus de probabilité de provoquer une reviviscence, ce qui, dans le but d'écarter tout risque d'en redéclencher, aura tendance à pousser l'individu à avoir un comportement d'évitement de ces stimuli (Musa, 2000 ; Tarquinio & Montel, 2014). L'*approche cognitive*, pour expliquer le psychotraumatisme, se centre quant à elle sur les schémas et biais cognitifs, ainsi que sur la prise de conscience de ces derniers par la personne : l'événement traumatique entraîne un mauvais traitement de l'information, qui modifie la relation de la personne à son environnement, notamment lorsqu'elle attribue cet événement à des causes internes, ce qui contribue grandement à installer le psychotraumatisme (Tarquinio & Montel, 2014). De nombreux modèles du psychotraumatisme issus de ces deux approches cognitives et comportementales sont ainsi apparus, qui tiennent également compte de variables relatives à l'événement traumatique lui-même, ainsi qu'à l'individu et à son environnement social, le tout influant sur le traitement de l'information (Tarquinio & Montel, 2014). Nous citerons à titre d'exemple le *modèle biocomportemental* de Jones et Barlow (1990 ; Musa, 2001), qui prend en compte la vulnérabilité biologique et psychologique du sujet au stress et la sensation de contrôle qu'il en a, ses expériences de vie négatives, le soutien social qu'il obtient, ainsi que les caractéristiques perçues du trauma, internes – *sueurs froides, palpitations etc.* – comme externes – *lieu, bruits, objets etc.* (Jones & Barlow, 1990 ; Musa, 2001 ; Tarquinio & Montel, 2014).

À partir des années 2000, les progrès de la recherche réalisés en neurosciences ont permis d'élaborer une modélisation théorique du psychotraumatisme selon une *approche neurobiologique*, et d'étudier plus en détail les divers mécanismes qui sont à l'origine des atteintes neurologiques causées par les violences traumatiques (Salmona, 2018). Selon un modèle neurobiologique du psychotraumatisme exposé par Salmona (2018) et par Tarquinio et

Montel (2014), un événement traumatique va provoquer une réaction émotionnelle automatique de survie ainsi que la commande par l'amygdale, structure sous-corticale impliquée dans le circuit émotionnel, d'une production d'hormones de stress par les glandes surrénales, principalement l'adrénaline et le cortisol, dans le but de pouvoir échapper au danger par la fuite ou le combat. Toujours selon ces auteurs, lorsque la personne est dans l'impossibilité de se soustraire au danger, la réponse émotionnelle s'intensifie et la production d'hormones de stress augmente, il y a risque d'arrêt cardiaque et d'atteinte neurologique grave. Le cerveau va alors sécréter en urgence des substances s'apparentant à la kétamine et à la morphine, provoquant une *disjonction* du circuit émotionnel qui va isoler l'amygdale des autres structures du cerveau (Salmona, 2018 ; Tarquinio & Montel, 2014). L'amygdale continue de commander la sécrétion d'hormones de stress, mais l'information ne passant plus, leur production s'arrête ; de même, l'envoi d'information au cortex et à l'hippocampe sur l'état émotionnel de la personne n'est plus possible, ce qui cause respectivement des états dissociatifs et une mémoire traumatique de l'événement, mémoire qui se trouve comme piégée dans l'amygdale, ne pouvant être transformée grâce à l'hippocampe en mémoire explicite autobiographique (Salmona, 2018 ; Tarquinio & Montel, 2014).

1.3 Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et TSPT complexe

Une fois installé, le syndrome de psychotraumatisme peut plonger l'individu dans une grande souffrance durant des années, parfois toute une vie si aucune prise en charge n'est effectuée (Salmona, n.d.). C'est notamment ce qui s'est passé dans les années 1970 aux États-Unis, où 20 à 60% des soldats de retour de la guerre du Vietnam se sont mis à souffrir d'un syndrome de psychotraumatisme, alors nommé le *Post-Vietnam syndrome* (Friedman, 1981), ou syndrome des vétérans du Vietnam (Kédia, 2013). Une production aussi massive de cette pathologie a conduit l'American Psychiatric Association (APA) à introduire le *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD), ou *État de Stress Post Traumatique* (ESPT), dans la classification nosologique catégorielle du DSM-III de 1980 (Crocq, 2011 ; Tarquinio & Montel, 2014), ce qui a permis de regrouper et de synthétiser en une seule pathologie les différents syndromes traumatiques répertoriés jusque-là (Kédia, 2013). Les recherches sur l'ESPT se faisant alors de plus en plus nombreuses, les critères d'ESPT ont évolué (Kédia, 2013 ; Tarquinio & Montel, 2014), jusqu'à obtenir les critères diagnostiques du *Trouble de Stress Post Traumatique* (TSPT) du DSM-5, trouble qui remplace donc désormais l'ESPT (American Psychiatric Association [APA], 2015). Notamment, alors que dans le DSM-III, pour pouvoir conduire à un diagnostic

d'ESPT, les symptômes du trouble doivent être consécutifs une situation décrite comme étant totalement inhabituelle et un facteur de stress effroyable, telle que la torture, le viol, la guerre, une catastrophe naturelle ou d'origine humaine (Tarquinio & Montel, 2014), le critère A du TSPT finit par inclure dans le DSM-5 les situations où le sujet a été témoin d'un événement traumatique survenu à d'autres personnes, ou a appris qu'un événement traumatique est arrivé à un proche, ou encore a été exposé de façon extrême aux caractéristiques aversives de l'événement traumatique (APA, 2015).

En Europe, le PTSD a été intégré dans la CIM-10, puis le TSPT dans la l'ICD-11 en anglais, qui correspond à la future CIM-11 en langue française qui entrera officiellement en vigueur en 2022 (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2019). Toutefois les critères diagnostiques du TSPT proposés par l'ICD-11 sont différents de ceux proposés par le DSM-5.

Les symptômes du TSPT selon le DSM-5, partant du principe que la personne a bien subi un événement traumatique tel que décrit dans le critère A, que le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (critère H), et qu'il y a bien eu une souffrance qui a duré plus d'un mois (critères F et G), se répartissent entre les quatre critères B, C, D et E qui y sont décrits (APA, 2015). Dans le DSM-5 (APA, 2015), le critère B concerne les symptômes liés aux reviviscences (souvenirs ou rêves répétitifs envahissants, réactions dissociatives telles que les "flashbacks", sentiment de détresse, réactions marquées à des "déclencheurs" évoquant un aspect du ou des événements traumatiques) ; le critère C porte sur les conduites d'évitement (évitement des pensées, souvenirs, sentiments, lieux, objets, etc. associés aux événements traumatiques) ; Le critère D concerne les altérations négatives des cognitions et émotions associées aux événements traumatiques (amnésie dissociative, altérations et distorsions cognitives négatives, état émotionnel négatif persistant, réduction de l'intérêt, sentiment de détachement ou d'être un étranger par rapports aux autres, anhédonie) ; enfin, le critère E se rapporte à l'hyperactivité neurovégétative (irritabilité ou colère, comportement à risque ou autodestructeur, hypervigilance, sursauts, problèmes de concentration, de sommeil).

Quant à l'ICD-11, les symptômes du TSPT y sont décrits ainsi (traduction personnelle):

Le TSPT est un trouble susceptible de se développer à la suite de l'exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Il se caractérise par l'ensemble de ce qui suit : 1) reviviscences dans le présent du ou des

événements traumatiques sous forme de souvenirs vifs et envahissants, de flashbacks ou de cauchemars. Ceux-ci sont généralement accompagnés d'émotions fortes ou insurmontables, notamment de peur ou d'horreur, et de fortes sensations physiques ; 2) évitement des pensées et des souvenirs de l'événement ou des événements, ou évitement des activités, des situations ou des personnes qui rappellent le ou les événements ; et 3) perceptions persistantes d'une menace exacerbée existante, comme peut en attester par exemple une hypervigilance ou une réaction exagérée de sursaut aux stimuli tels que des bruits imprévus. Les symptômes sont persistants durant au moins plusieurs semaines et entraînent une détérioration significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants (WHO, 2019c).

À partir de 1992, apparaît la notion d'état de stress post-traumatique complexe, ou ESPT complexe (Al Joboory et al., 2019 ; Herman, 1992), dont plusieurs symptômes ont été intégrés dans les *disorders of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS) du DSM-IV (Al Joboory et al., 2019). Pour Herman, le concept d'ESPT est insuffisant lorsqu'il concerne les survivants de traumatismes prolongés, répétés, tout particulièrement quand ils ont été de nature relationnelle à autrui et qu'ils ont eu lieu durant l'enfance (Herman, 1992 ; Payer, 2012). En 2013, le DSM-5 intègre dans le tableau de critères du TSPT certains des symptômes de l'ESPT complexe et du DESNOS du DSM-IV (Al Joboory et al., 2019), puis, en 2018, l'ICD-11 définit des critères spécifiques au *complex post traumatic stress disorder* (CPTSD), qu'il distingue ainsi clairement du TSPT. Dans l'attente de la traduction française de l'ICD-11, nous rassemblerons toutes les dénominations de l'ESPT complexe (CPTSD en anglais, DESNOS...) sous le nom de *trouble de stress post-traumatique complexe* (TSPT-C). L'ICD-11 décrit ainsi les symptômes du TSPT-C (traduction personnelle) :

Le TSPT-C est un trouble susceptible de se développer à la suite de l'exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles, le plus souvent des événements prolongés ou qui se répètent, desquels la fuite est ardue ou impossible (par exemple la torture, l'esclavage, une campagne génocidaire, une longue période de violence domestique, des violences sexuelles ou physiques répétées dans l'enfance). Toutes les exigences de diagnostic pour le TSPT doivent être remplies. De plus, le TSPT-C se caractérise par de graves et persistants.e.s 1) problèmes de régulation émotionnelle ; 2) croyances rabaisantes, accablantes ou dévalorisantes sur soi-même, accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement

traumatique ; et 3) difficultés à maintenir des relations et à se sentir proches des autres. Ces symptômes entraînent une détérioration significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants (WHO, 2019a).

1.4 Les outils d'évaluation du TSPT et TSPT-C

Plusieurs outils d'évaluation de l'ESPT tel que défini par le DSM-IV-TR (APA, 2000) ont été conçus : le *traumaq*, composé de 62 items et d'une durée de passation de 30 à 45 minutes (Damiani & Pereira-Fradin, 2006), le PCLS et l'ÉMST, deux questionnaires auto-administrés beaucoup plus courts que le *traumaq*, en sont des exemples. Un intérêt principal à l'élaboration de ces deux derniers tests a été de trouver un moyen valide d'évaluer les symptômes de l'ESPT ainsi que l'efficacité de la thérapie, ceci de manière rapide, simple et économique (Guay, Marchand, Iucci, & Martin, 2002 ; Yao et al., 2003).

Un instrument de dépistage du TSPT tel que défini par le DSM-5 a été récemment mis au point : il s'agit du *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5) (Weathers, Litz, et al., 2013), dont une version française a été validée (Ashbaugh, Houle-Johnson, Herbert, El-Hage, & Brunet, 2016). Le PCL-5 est une mise à jour du *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL), créé à l'origine pour dépister l'ESPT selon les critères du DSM-IV (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley, & Forneris, 1996).

Par ailleurs, le *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress* (SIDES), ainsi que sa version auto-administrée, le *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress - Self Reported* (SIDES-SR), sont des questionnaires qui ont été développés pour permettre l'évaluation du TSPT-C (Pelcovitz et al., 1997). Une version française du SIDES-SR a ensuite été validée (Payer, 2012).

2. Dissociation en rapport avec le TSPT et l'hypnose

2.1 Troubles dissociatifs et dissociation : définitions

Les troubles dissociatifs se caractérisent, selon le DSM-5, « par une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement » (APA, 2015, p. 379 ; Guelfi, 2016, p. 27). D'après l'ICD-11, les troubles

dissociatifs sont caractérisés par une rupture involontaire ou une discontinuité dans l'intégration normale de l'une ou plus des choses suivantes : l'identité, les sensations, les perceptions, les affects, les pensées, les souvenirs, le contrôle des mouvements corporels, ou le comportement (WHO, 2019b). Or, parmi les critères d'évaluation du TSPT et du TSPT-C, sont compris des symptômes dissociatifs, notamment l'amnésie dissociative, les « flashbacks », la dépersonnalisation, la déréalisation (Guelfi, 2016). Ces deux derniers types de symptômes sont décrits dans la spécification « avec symptômes dissociatifs » qui accompagne les critères du TSPT dans le DSM-5 (APA, 2015), les phénomènes dissociatifs étant également inclus dans les critères généraux décrits par Herman (1992) concernant le TSPT-C.

La dissociation est un mécanisme central des troubles dissociatifs (APA, 2015) ; le terme même de dissociation a été utilisé pour la première fois par Moreau de Tours en 1845 afin de décrire certains phénomènes psychiques qui ont lieu lors de la consommation de cannabis (Kédia, 2009 ; Moreau de Tours, 1845). En 1889, Pierre Janet adopte le terme de *dissociation* pour désigner la division de la personnalité ou de la conscience apparaissant lors d'événements violents qui font effraction dans le psychisme (Kédia, 2013 ; Janet, 1887/2005, cité par Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006/2017 ; Janet, 1907 ; Tarquinio & Montel, 2014). Janet appelle *souvenance traumatique* ou *idée fixe* les cauchemars, évitements, sensations, hallucinations, produits par la part dissociée du psychisme liée au traumatisme, alors que le reste du psychisme peut fonctionner de manière adaptée au monde extérieur (Crocq, 2011 ; Tarquinio & Montel, 2014). En 1893, Freud remplace le terme d'idée fixe de Janet par celui de *réminiscence* (Crocq, 2011 ; Tarquinio & Montel, 2014). Par la suite, plusieurs définitions donnant des sens différents au concept de dissociation se sont développées et ont rendu difficile l'utilisation de ce terme, dont les différentes acceptions peuvent être regroupées sous les termes de dissociation péritraumatique, dissociation dans la schizophrénie, dissociation structurelle et dissociation hypnotique (Smith, 2016). Actuellement, le DSM-5 propose une définition de la dissociation comme étant une « scission de groupes de contenus mentaux hors de la conscience. [...] Le terme est également utilisé pour décrire la séparation d'une idée de sa signification émotionnelle et de l'affect, comme les affects inappropriés observés dans la schizophrénie » (APA, 2015, p. 1061). Une autre définition de la dissociation, très opérationnelle et plus rattachée au concept de psychotraumatisme, est proposée par Smith (2016, p. 12) :

La dissociation est un mode défensif face à une situation d'impuissance (peur sans solution), [...] consistant à se couper d'une partie de son expérience psychique, sous

forme d'amnésie, anesthésie et/ou de non-reconnaissance du caractère autobiographique de son expérience. Ces mécanismes peuvent également générer, de façon réactionnelle, des symptômes opposés (hypermnésie, débordement émotionnel et sentiments de persécution) et des tentatives de répétition traumatique/disjonction (Salmona, 2012, citée par Smith, 2016) ou d'auto-apaisement.

Les symptômes dissociatifs faisant partie des critères du TSPT et du TSPT-C, nous allons brièvement présenter deux concepts dont la racine est liée aux psychotraumatismes : le concept de *dissociation péritraumatique* et celui de *dissociation structurelle*. L'une des différences principales entre ces deux concepts est que la dissociation péritraumatique consiste en une dissociation-état, la notion d'état correspondant à un état passager qui peut survenir chez toute personne, alors que la dissociation structurelle est par contraste une dissociation-trait, la notion de trait se référant à une caractéristique de l'individu (Smith, 2016). Nous exposerons ensuite la notion de *dissociation hypnotique*.

2.2 Dissociation péritraumatique

La dissociation péritraumatique est un *état* dissociatif qui apparaît durant un événement traumatisant (Smith, 2016), elle peut être vue comme une réponse normale à un événement traumatique (Romero-López, 2016). Cette dissociation correspond à une fragmentation de la conscience, qui se manifeste par divers sentiments subjectifs (Carluer, 2016), comme par exemple la *déréalisation*, qui est un sentiment que le monde autour de soi est irréel, lointain ou comme dans un rêve, ou la *dépersonnalisation*, sentiment d'être détaché de soi (APA, 2015).

La dissociation péritraumatique jouerait un rôle de *protection du soi*, elle serait le résultat de mécanismes neurobiologiques qui engendrent « une altération de l'intégration des processus cognitifs, émotionnels et somatiques » (Carluer, 2016, p.25). Cette altération débouche sur des symptômes dissociatifs lorsque, malgré une situation de danger activant le système de stress, une impuissance à lutter et à fuir persiste, qui résulte en un figement (Carluer, 2016). D'après Moskowitz, Read, Farrelly, Rudegeair et Williams (2009), les expériences dissociatives ou post-traumatiques pourraient aller jusqu'à englober les symptômes de la psychose, au point de supprimer le concept même de psychose.

2.3 Dissociation structurelle

La dissociation structurelle est définie par Van der Hart, Nijenhuis et Steele (2006/2017) comme étant « une division de la personnalité, c'est-à-dire du système global, dynamique, biopsychosocial, qui détermine les actions mentales et comportementales propres d'une personne. Cette division de la personnalité constitue une caractéristique centrale du traumatisme » (p.50). Cette dissociation liée au trauma peut se manifester soit dans le corps, à travers des *symptômes dissociatifs somatoformes*, soit mentalement, au moyen de *symptômes dissociatifs psychoformes* (Nijenhuis & Van der Hart, 2011). Les symptômes dissociatifs somatoformes et psychoformes peuvent être soit *négatifs*, soit *positifs* : ils sont négatifs lorsqu'ils se réfèrent à une apparence de perte ou de manque d'un phénomène qui devrait être présent, comme lorsque se produit par exemple une amnésie dissociative, une anesthésie émotionnelle ou physique, une perte du contrôle moteur, ou encore une aphonie dissociative ; les symptômes dissociatifs positifs, quant à eux, impliquent des idées, réactions et fonctions d'une partie dissociative existante qui envahissent par intermittence une ou plusieurs autres parties dissociatives, comme par exemple les reviviscences d'événements traumatiques, ou encore les voix, pensées, émotions, sensations ou douleurs intrusives, qui proviennent d'autres parties dissociatives (Nijenhuis & Van der Hart, 2011).

Deux modèles théoriques relativement proches développent la notion de parties dissociatives que nous venons de mentionner (Smith, 2016). Dans le premier modèle, les parties dissociatives d'origine traumatique sont conceptualisées sous forme de deux types de parties, qui coexistent et passent alternativement de l'une à l'autre au cours de la vie psychique de la personne survivante : la *Partie Apparemment Normale de la personnalité* (PAN), et la *Partie Émotionnelle de la personnalité* (PE) (Nijenhuis, Van der Hart, & Steele, 2010 ; Smith, 2016 ; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006/2017). En tant que PAN, l'individu va s'adapter au mieux à la vie quotidienne à travers les activités « normales », par exemple liées au travail, à la vie sociale, à l'apprentissage, cela tout en tentant d'éviter les souvenirs traumatiques ; en tant que PE, la personne va par contre se retrouver prise dans les systèmes défensifs qu'elle avait activés durant l'événement traumatique, comme par exemple l'agression, la fuite, le figement, la soumission, l'hypervigilance (Nijenhuis, Van der Hart, & Steele, 2010 ; Smith, 2016 ; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006/2017). Selon ce modèle, il existe trois niveaux de dissociation différents : la *dissociation structurelle primaire* qui, correspondant aux psychotraumatismes simples, compte une PAN et une PE ; la *dissociation structurelle secondaire*, qui concerne le TSPT complexe, comprend une PAN et au moins deux PE ; enfin,

la *dissociation structurelle tertiaire*, qui compte plusieurs PAN et plusieurs PE, correspond au trouble dissociatif de l'identité (Smith, 2016 ; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006/2017).

Dans le second modèle, on parlera d'états séparés du Moi qui existent naturellement chez le bébé et qui vont s'intégrer en un Soi unifié au cours du développement normal de l'enfant (Pace, 2003/2018 ; Smith, 2016 ; Steffan, 2017). Toutefois, lors d'événements traumatiques, certains états du Moi sont créés pour aider à la survie et, n'étant pas intégrés, ils peuvent rester séparés au sein même du système de Soi et venir parasiter ce dernier en agissant indépendamment de lui (Pace, 2003/2018 ; Smith, 2016 ; Steffan, 2017).

2.4 Dissociation hypnotique

La dissociation hypnotique est un état modifié de conscience, un état dissociatif naturel que nous vivons tous plusieurs fois quotidiennement, et qui est utilisée en hypnose (par exemple Brassine, 2017 ; Erickson & Rossi, 1980/1999 ; Malarewicz & Godin, 1986 ; Simon, 2016 ; Smith, 2016 ; Thompson, 2004). D'après Van der Hart et Dorahy (2009), la dissociation hypnotique évoluerait toutefois le long d'un continuum allant du normal, l'état vécu chaque jour par tout un chacun, au pathologique, retrouvé entre autres dans les symptômes psychiatriques et les divisions pathologiques de la personnalité. Afin d'illustrer l'aspect pathologique de la dissociation hypnotique le long de ce continuum, Smith (2016) relate le cas d'une patiente souffrant d'un trouble de la personnalité borderline et ayant subi des violences conjugales, qui a trouvé son attention tellement accaparée par un documentaire télévisé qu'elle n'est sortie de son état que plusieurs heures après la fin de l'émission, sans avoir eu ni conscience du temps écoulé, ni contrôle de son état de dissociation.

2.5 Les outils d'évaluation des symptômes dissociatifs

Alors qu'ils sont importants à prendre en compte dans l'évaluation des psychotraumatismes, les symptômes dissociatifs semblent être relativement peu présents dans les échelles d'évaluation du TSPT et du TSPT-C. Par exemple, le SIDES-SR ne compte que cinq questions concernant les symptômes dissociatifs sur les 45 que compte cet auto-questionnaire (Payer, 2012), et aucune question du PCL-5 n'évalue la déréalisation ni la dépersonnalisation.

De nombreuses échelles auto-administrées spécifiquement orientées vers l'évaluation des symptômes dissociatifs existent. Nous pouvons citer par exemple : le *Dissociation*

Questionnaire (DIS-Q) (Van Dyck, Vandereycken, Vanderlinden, Verkes, & Vertommen, 1993), le *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ-20) (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, & Vanderlinden, 1996), le *Multidimensional Inventory of Dissociation* (MID) (Dell, 2006), le *Dissociative Experiences Scale* (DES) (Bernstein & Putnam, 1986 ; Darves-Bornoz, Degiovanni, & Gaillard, 1999). Les DIS-Q, SDQ-20 et DES ont été traduits et validés en français (Boon & Van der Hart, 2016).

3. Hypnose ericksonienne et psychothérapie du trauma réassociative

3.1 L'hypnose : un peu d'histoire

Des traces écrites remontant à l'Antiquité ont été découvertes dans divers lieux géographiques, comme Sumer, l'Égypte ou encore la Grèce, qui évoquent l'hypnose et les phénomènes hypnotiques (Thompson, 2004 ; Moreni & Barber, 2014). Plus tard, Paracelse, célèbre alchimiste et médecin suisse du début de la Renaissance, considère la suggestion comme ayant un pouvoir de guérison et la qualité de la relation entre médecin et malade comme étant primordial pour la guérison (Bioy, 2005 ; Clastot, 2013 ; Moreni & Barber, 2014).

Les débuts de l'histoire scientifique de l'hypnose commencent dans les années 1770 avec Mesmer, qui introduit l'idée de l'existence d'un *magnétisme animal*, sorte de fluide universel qui aurait des vertus thérapeutiques (Bioy, 2005 ; Clastot, 2013 ; Thompson, 2004 ; Moreni & Barber, 2014), alors que Puységur parle d'un état de *somnambulisme provoqué* par le pouvoir de la volonté du thérapeute sur le patient à travers les suggestions verbales (Clastot, 2013 ; Thompson, 2004 ; Moreni & Barber, 2014). À la fin des années 1780, de Faria rejette le magnétisme animal de Mesmer ainsi que la proposition de Puységur (Clastot, 2013 ; Moreni & Barber, 2014), il pense que le sommeil magnétique dépend du sujet lui-même et non du magnétiseur (Clastot, 2013). En 1819, Étienne Félix de Cuvillers, officier et magnétiseur français, emploie pour la première fois les termes d'*hypnose* et d'*hypnotisme* (Bioy, 2005 ; Moreni & Barber, 2014). James Braid, utilisant à son tour ces termes en 1843 (Clastot, 2013 ; Moreni & Barber, 2014), va utiliser la fatigue physiologique par fixation d'un point lumineux comme technique d'induction, avant de reconnaître l'importance du rôle de la suggestion verbale de l'hypnotiseur (Bioy, 2005 ; Clastot, 2013 ; Moreni & Barber, 2014). Dans les années 1880, Hippolyte Bernheim crée l'École de Nancy, qui réduit l'hypnose à la *suggestibilité*

(Clastot, 2013 ; Moreni & Barber, 2014). D'après lui, la suggestion hypnotique peut influencer sur la douleur physique ainsi que sur les émotions, et être utilisée à l'état de veille à des fins thérapeutiques, dans le cadre de ce qu'il nomme la *psychothérapie*, terme utilisé à partir de 1891 (Clastot, 2013 ; Moreni & Barber, 2014). Durant la même période, Charcot, neurologue à Paris, estime que l'hypnose est un *état physiopathologique*, ce qui s'avérera faux mais contribuera à donner une mauvaise image de l'hypnose (Clastot, 2013 ; Moreni & Barber, 2014). Bernheim et Charcot défendent donc deux écoles opposées qui s'affrontent (Clastot, 2013 ; Moreni & Barber, 2014). En 1885, Freud va découvrir l'hypnose durant quelques mois auprès de Charcot puis, en 1889, il rencontre Bernheim à Nancy (Clastot, 2013 ; Moreni & Barber, 2014). Il utilisera ensuite l'hypnose durant plusieurs années avec ses patients pour leur faire exprimer, par une décharge émotionnelle appelée *catharsis*, des contenus inconscients qui avaient été auparavant refoulés par le conscient (Clastot, 2013 ; Moreni & Barber, 2014). Mais, ces décharges émotionnelles ne permettant pas de soulager le patient de manière permanente, Freud décide de mettre la parole du patient au cœur du traitement thérapeutique et crée peu à peu la psychanalyse, finissant par abandonner l'hypnose et les suggestions hypnotiques, même s'il ne dénierait jamais la dette qu'il a envers elle (Clastot, 2013).

Milton Erickson, médecin psychiatre américain né en 1901, marque un tournant qui révolutionne la vision de l'hypnose et son utilisation (Bioy, 2005 ; Clastot, 2013 ; Moreni & Barber, 2014). Il considère l'hypnose comme un état banal que nous vivons tous, un état qui, très loin d'être une sorte d'état de sommeil, est au contraire actif, et qui s'inscrit dans le cadre d'une relation interpersonnelle égalitaire (Malarewicz & Godin, 1986). Ce qui est devenu l'hypnose ericksonienne appartient au domaine des thérapies brèves et, les travaux d'Erickson représentant d'ailleurs l'une des bases sur lesquelles repose la naissance de la thérapie brève de Palo Alto, il est souvent possible de combiner thérapie brève et hypnose (Clastot, 2013). L'apport d'Erickson est en fait tel que la grande majorité de ce qui touche actuellement à l'hypnose en psychothérapie, se réfère à l'hypnose ericksonienne (Clastot, 2013).

3.2 Hypnose : quelques définitions

Kay Thompson, qui a été une ancienne élève d'Erickson et a enseigné l'hypnose dans le monde entier, définit l'état hypnotique comme étant un état de conscience modifié (Thompson, 2004, p. 11), d'hyperacuité, un état normal, naturel, qui peut être utilisé dans la relation thérapeute-patient (Thompson, 2004, p. 12). Erickson lui-même définit l'hypnose de plusieurs façons, complémentaires entre elles : selon lui, « l'hypnose, c'est une relation pleine

de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne » (Erickson & Rossi, 1980/1999, cités par Clastot, 2013, p. 1). Toujours selon cet auteur, l'hypnose est « un état de conscience, un état de conscience très précis avec un type de conscience particulier » (Erickson & Rossi, 1980/2000, p. 454), et plus précisément, elle est « un moyen de proposer des stimuli de diverses natures qui vont permettre aux patients, en réponse à ces stimuli, d'utiliser les apprentissages particuliers qu'ils ont acquis par expérience » (Erickson & Rossi, 1980/2000, p. 415). Illustrant cette définition en commentant le traitement d'une patiente par l'hypnose pour des migraines récurrentes, Erickson décrit l'hypnose comme étant « un état de conscience dans lequel vous proposez de communiquer au patient des connaissances et des idées et ensuite vous le laissez utiliser ces connaissances et ces idées en fonction de son propre répertoire unique d'apprentissages corporels, ses apprentissages physiologiques » (Erickson & Rossi, 1980/2000, p. 423).

Reconnaissant plusieurs niveaux de profondeur à l'hypnose, Erickson définit l'hypnose profonde comme étant « le niveau d'hypnose qui permet aux sujets de fonctionner directement à un niveau inconscient et de manière adaptée, sans interférence de l'esprit conscient » (Erickson & Rossi, 1980/1999, p. 186 ; Megglé, 2011). L'inconscient est selon lui constitué des très nombreux apprentissages réalisés consciemment depuis le plus jeune âge, mais trop nombreux pour pouvoir être gardés à la conscience, cette dernière passant ainsi à cet autre niveau qu'est l'inconscient (Parsons-Fein, 2018). Erickson estime que l'on doit « faire confiance à ce grand réservoir d'apprentissage que possède l'inconscient » (Erickson, 1983/2015, emplacement 301 sur 4735).

Bioy (2007, cité par Bioy, Crocq, & Bachelart, 2013) définit pour sa part l'hypnose comme étant « un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi ». Par ailleurs, l'APA propose une définition de l'hypnose concise et ouverte aux différentes théories sur les mécanismes la concernant (Elkins, Barabasz, Council, & Spiegel, 2015) : selon l'APA, l'hypnose est « *a state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion* » (Elkins, Barabasz, Council, & Spiegel, 2015).

3.3 L'hypnose et les traitements du TSPT et du TSPT-C

Il existe une grande variété d'outils destinés à traiter les psychotraumatismes, comme par exemple l'EMDR, ou *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (Shapiro, 1991) et l'ICV, ou *Intégration du Cycle de la Vie* (Pace, 2003/2018). Selon Kay Thompson, l'hypnose ericksonienne est un outil rapide et efficace pour traiter le TSPT (Thompson, 2004). L'hypnose est également performante dans le traitement des comorbidités traumatiques (Fareng & Plagnol, 2014 ; Gueguen, Barry, Hassler, & Falissard, 2015). La particularité de l'hypnose dans le traitement du TSPT et du TSPT-C est que son utilisation, dont Pierre Janet a été le pionnier à la fin du XIX^e siècle pour la thérapie des psychotraumatismes (Josse, 2016), consiste pour la personne à produire une dissociation temporaire : tout en restant en contact avec l'environnement, le sujet va rester complètement absorbé et centré sur un travail inconscient (Simon, 2016). En fait, l'état dissociatif induit par l'hypnose va paradoxalement permettre de faciliter le dépassement des états dissociatifs pathologiques causés par le TSPT (Fareng & Plagnol, 2014). Pour cela, l'hypnothérapeute va se servir de la capacité naturelle du patient à dissocier grâce à ses compétences imaginatives et ainsi, lui permettre d'évoquer dans l'apaisement ses émotions douloureuses (Kédia, 2009).

3.4 Hypnose ericksonienne

Erickson étudie l'hypnose dès l'âge de 22 ans, apprenant à plonger les patients dans un état de transe hypnotique de façon traditionnelle (Malarewicz & Godin, 1986). Peu satisfait des techniques rigides qu'il a apprises, il fait de nombreuses recherches, qu'il commence dès le début de ses études, et crée progressivement ses propres techniques (Erickson & Rossi, 1980/1999 ; Malarewicz & Godin, 1986). Il met au point une méthode d'hypnose "éveillée", active du côté du sujet, fondée sur un type spécifique d'interaction entre les personnes : l'*hypnose ericksonienne* est « un processus interrelationnel, une façon utilisée par quelqu'un pour communiquer avec quelqu'un d'autre » (Haley, 1973/2007, p. 26). Cette interaction entre le thérapeute et le patient est basée sur la conviction que le patient possède en lui les ressources nécessaires pour résoudre ses problèmes, et qu'il va donc pouvoir utiliser ses propres compétences pour atteindre cet objectif (Erickson, 1983/2015 ; Erickson & Rossi, 1980/1999 ; Thompson, 2004).

Erickson utilise de nombreux outils pour s'adresser à l'inconscient : des approches directes comme les truismes, l'implication, les suggestions composées, ouvertes, négatives, le

questionnement, le double lien, le saupoudrage, la symbolisation, les anecdotes, les métaphores, mais également des approches indirectes comme la confusion, la surcharge de la conscience, la surprise, les suggestions permissives, l'utilisation du symptôme ou du silence (Malarewicz & Godin, 1986 ; Erickson & Rossi, 1980/1999). À titre illustratif, une *anecdote* peut par exemple consister à parler de quelqu'un d'autre pour en réalité parler de la personne elle-même, comme les anecdotes sur l'*ami John* d'Erickson, qui prenait toutes sortes de caractéristiques correspondant en fait à celles du patient à qui il s'adressait (Malarewicz & Godin, 1986 ; Erickson & Rossi, 1980/1999).

3.5 Hypnose conversationnelle stratégique et psychothérapie du trauma réassociative

Gérald Brassine crée l'institut Milton Hyland Erickson de Belgique (IMHEB) en 1984 (Institut Milton Hyland Erickson de Belgique [IMHEB], 2019b). Peu de temps après, sur la base de ses contacts avec Kay Thompson (Brassine, 2010, 2017) et de l'étude des écrits de Milton Erickson, il développe progressivement l'hypnose conversationnelle stratégique et psychothérapie du trauma réassociative, ou PTR (IMHEB, 2019a). Cet outil thérapeutique est né de sa volonté de concevoir un outil performant pouvant augmenter l'efficacité du travail psychothérapeutique réalisé auprès de patients ayant subi des psychotraumas (Brassine, communication personnelle, janvier 2019).

L'*hypnose conversationnelle stratégique*, dont le côté stratégique est défini par le ou les objectifs qui auront été posés lors de l'entretien préliminaire, est une hypnose active et participante qui se place dans le cadre d'un échange égalitaire entre le sujet et le thérapeute (Brassine, 2010, 2017). La notion de *résistance* aux suggestions devient caduque, car il n'y a aucune *suggestion* hypnotique, aucun ascendant de la part du thérapeute, uniquement des *propositions* faites au patient, qui va les accepter, les refuser ou les transformer selon ses propres idées, sans que rien ne soit fait à son insu (Brassine, 2017). Ces propositions ont pour but de « faire corriger, maîtriser, reprendre du pouvoir sur ses émotions, sur ses sensations » au patient (Brassine, 2017, p. 4), et vont donner lieu à une véritable conversation durant l'état hypnotique (Brassine, 2017). De cette manière, une co-construction de l'effet thérapeutique s'effectue car le patient, invité à parler à tout moment, est pleinement actif dans les processus d'induction hypnotique ainsi que dans le cheminement vers son objectif (Brassine, 2010, 2017).

Ainsi, l'hypnose conversationnelle stratégique et PTR n'utilise pas la *suggestion* du praticien ; en revanche elle utilise l'*imaginaire* ou/et la *mémoire*, en faisant transformer au patient par l'imaginaire les événements liés aux mémoires traumatiques, les détachant par là même d'émotions extrêmement intenses (Brassine, 2010, 2017). Le patient va donc *désensibiliser* ses mémoires traumatiques, figées dans le temps depuis parfois des dizaines d'années, et ainsi supprimer les symptômes liés aux psychotraumatismes tout en réassociant les événements traumatiques à sa mémoire autobiographique (Brassine, 2017). D'après Brassine (2017), ce qui rend ce travail possible est le fait que, au niveau inconscient, le cerveau ne fait pas la différence entre la réalité et l'imaginaire. De nombreuses études réalisées depuis ces dernières années semblent aller dans le sens de cette hypothèse, par exemple celle de Clark, Mahato, Nakazawa, Law et Thomas (2014), qui ont étudié l'un des impacts possibles de l'hypnose sur le corps : ces auteurs ont immobilisé durant quatre semaines le poignet et la main de deux groupes de volontaires dans le but d'induire une faiblesse musculaire, et ils ont constaté que le groupe ayant fait un travail mental quotidien de rééducation musculaire sous hypnose durant cette période a perdu moitié moins de force et de masse musculaire que le groupe témoin qui n'avait pratiqué aucun exercice mental sous hypnose.

La *psychothérapie du trauma réassociative* (PTR) créée par Brassine repose sur le concept principal et fondamental de *protections dissociatives* (Brassine, 2010, 2017 ; IMHEB, 2019c) : lors d'événements traumatiques, des phénomènes hypnotiques se mettent spontanément en place chez le sujet, dans lesquels des défenses de survie, notamment dissociatives, sont déclenchées, comme la dépersonnalisation, l'amnésie dissociative, la surprise ou l'anesthésie (Brassine, 2010, 2017 ; Butler, Duran, Jasiukaitis, Koopman, & Spiegel, 1996, cités par Fareng et Plagnol, 2014 ; Cheek, 1981 ; IMHEB, 2019c ; Lociuro, 2019 ; Simon, 2016 ; Villien, 2006, cité par Fareng et Plagnol, 2014). Brassine appelle ces défenses de survie des *protections dissociatives*, qui, une fois mises en place, se maintiennent parfois dans le temps ou sont subitement réactivées sans nécessité vitale réelle, par des éléments déclencheurs parfois anodins, comme une odeur, un son ou la vue d'un objet (Brassine, 2010, 2017 ; IMHEB, 2019c). Dans ce cas, les protections dissociatives se transforment en symptômes ou véhicules de symptômes (Brassine, 2010, 2017 ; IMHEB, 2019c ; Lociuro, 2019). En PTR, les conversions psychosomatiques sont considérées comme des protections dissociatives : en effet, la souffrance émotionnelle liée au souvenir de l'événement traumatique est telle que la personne peut faire le choix inconscient de se protéger en la transformant en une douleur physique plus facilement gérable même si elle est potentiellement invalidante, par

exemple une maladie des voies digestives, de l'eczéma ou une fibromyalgie (Brassine, 2017 ; Lociuro, 2019).

Le traitement par la PTR des symptômes va consister à utiliser en état hypnotique les protections dissociatives mises en place lors des événements traumatiques, ce qui va en donner la maîtrise au patient alors qu'il les subissait jusque-là, et va paradoxalement les faire disparaître (Brassine, 2010, 2017 ; IMHEB, 2019c ; Lociuro, 2019). Grâce à la maîtrise que le patient acquiert des protections dissociatives utilisées durant le travail thérapeutique, la désensibilisation des événements traumatiques sera effectuée en toute sécurité, en visant le "zéro douleur" durant les séances (Brassine, 2010, 2017).

4. Psychothérapies : des facteurs communs à l'alliance thérapeutique

4.1 Notion de facteurs communs aux psychothérapies

Dans un article écrit en 1936 et republié en 2002, Rosenweig émet l'hypothèse que les formes de psychothérapie, étant équivalentes en efficacité, partagent un certain nombre de paramètres qui rendent le changement efficace, ce sont les *facteurs communs* aux psychothérapies (Rosenweig, 2002). L'auteur défend également l'idée que les théories qui décrivent les principes de changement spécifiques à chaque psychothérapie ne permettent pas de rendre compte de ces facteurs communs (Rosenweig, 2002). Beaucoup d'études ultérieures qui abordent la question de l'équivalence entre les formes de psychothérapies font référence à Rosenweig et au *verdict du Dodo* : en effet, l'épigraphe de l'article de Rosenweig consiste en une citation, tirée du roman *Alice au pays des merveilles* de Lewis Carroll, qui évoque l'équivalence d'efficacité à travers le verdict du Dodo : ce dernier, incapable de déterminer quel est le vainqueur à l'issue d'une course anarchique effectuée entre Alice et plusieurs animaux, finit par décider que « tout le monde a gagné, et tout le monde aura un prix » (Carroll, 1865/1869, p.34 ; Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015 ; Rosenweig, 2002).

Au début de son article, Rosenweig déclare prendre en compte dans sa réflexion les formes de psychothérapie basées sur les théories générales de la personnalité, et en exclure les techniques psychothérapeutiques spécifiques telles que l'hypnose (Rosenweig, 2002). Quoi qu'il en soit, cet auteur est désormais associé au verdict du dodo ainsi qu'à la notion de facteurs communs aux psychothérapies (Despland, de Roten, & Kramer, 2018). Depuis l'article de

Rosenweig en 1936, une multitude d'études réalisées sur le thème des facteurs communs aux psychothérapies semble montrer que les différentes approches psychothérapeutiques donnent des résultats presque identiques (Despland, Zimmermann, & de Roten, 2006 ; Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015).

4.2 Facteurs communs et variance des résultats psychothérapeutiques

Concernant les facteurs communs que nous venons de présenter, quatre facteurs principaux ont été identifiés comme expliquant la variance des résultats psychothérapeutiques : le premier facteur correspond aux paramètres *extra-thérapeutiques* et liés au *client/patient* (40%), le deuxième facteur est la *relation thérapeutique* (30%), le troisième facteur se réfère à l'*espoir* et aux *attentes* du patient, à l'*effet placebo*, et à la *confiance dans une fin heureuse* (15%) (Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015 ; Lambert, 1992, cité par Despland, de Roten, & Kramer, 2018 ; Lambert & Barley, 2001). Ce facteur se rapporte notamment au partage d'une croyance, d'un cadre théorique valide ou non, auquel adhèrent le thérapeute et le patient, et qui va favoriser le développement de l'espoir et de la confiance dans le succès thérapeutique (Cahuzac, 2011). Enfin, le quatrième facteur correspond à la *technique thérapeutique utilisée* (15%) (Isebaert, Cabié & Dellucci, 2015 ; Lambert, 1992, cité par Despland, de Roten, & Kramer, 2018 ; Lambert & Barley, 2001), ce qui est loin d'être négligeable, puisque sur le plan de la pratique clinique, Chambon et Marie-Cardine (2019) estiment même qu'il « est nécessaire de trouver une juste voie entre l'utilisation des facteurs communs et des approches spécifiques » (p.28).

Cependant, d'après Isebaert, Cabié et Dellucci (2015), des études méta-analytiques récentes ont montré que les facteurs qui expliquent les résultats psychothérapeutiques ne sont pas séparés et quantifiables indépendamment les uns des autres, ils sont au contraire « interdépendants, fluides, dynamiques, et dépendent des acteurs et de leurs interactions » (p.228). Isebaert, Cabié et Dellucci (2015) nous proposent ainsi une approche qui prend en compte cinq facteurs communs aux psychothérapies, qui se chevauchent : le premier est le facteur *client/patient* qui concerne le client/patient (que nous continuerons d'appeler patient par commodité), indépendamment du thérapeute. Le facteur *thérapeute* a à voir avec la personne du thérapeute elle-même, sans rien à voir avec le modèle ou la technique thérapeutique (Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015). Le facteur *modèle/technique thérapeutique appliquée* comprend lui-même le *facteur d'allégeance*, à savoir non seulement les procédures propres à la technique, mais également les croyances explicatives des problèmes du patient et

les croyances liées au modèle théorique (Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015). Ce facteur *modèle/technique* inclut également, combiné avec la croyance du thérapeute dans l'efficacité de la thérapie, l'*effet placebo*, qui correspond à « l'effet des attentes de changement » (Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015, p. 239) des patients. Le facteur *feed-back* correspond à l'évaluation systématique de la réponse du patient à la thérapie, et enfin, le facteur *alliance* est en rapport avec la *relation thérapeutique* entre le thérapeute et le patient (Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015). L'alliance à elle seule explique 38% à 54% de la variabilité des résultats attribuables au traitement thérapeutique (Horvath & Bedi, 2002, cités par Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015), ce qui justifie à notre avis que nous nous y attardions.

4.3 Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique serait un concept intégratif commun à toutes les théories, qui serait plus stratégique que technique (Bachelard, 2017). L'alliance thérapeutique est définie par Mazevet (2011) comme étant « la collaboration active et mutuelle entre le thérapeute et son patient » (p. 35), elle représente la relation affective du patient avec le thérapeute (Gaston, 1990, cité par Mazevet, 2011). Concernant spécifiquement le traitement des psychotraumatismes, une *phase de stabilisation* du sujet est *nécessaire* pour qu'un travail psychothérapeutique puisse être réalisé (Delucci, 2016). Cette phase de stabilisation repose sur la construction d'un *sentiment de sécurité* chez le patient, un *lien d'attachement sécurisé* entre ce dernier et le thérapeute, et l'*espoir dans le succès de la thérapie*, qui permet une perspective d'avenir (Delucci, 2016). Plus généralement, l'alliance thérapeutique se compose de trois éléments : le *travail thérapeutique*, qui comprend les attitudes et processus mis en œuvre durant la séance thérapeutique, les *objectifs de la thérapie*, auxquels adhèrent d'un commun accord patient et thérapeute, et le *lien d'attachement interpersonnel* entre patient et thérapeute, qui est fait de confiance mutuelle, d'engagement et d'acceptation (Hatcher & Barends, 1996 ; Lambert & Barley, 2001). Selon Isebaert, Cabié, & Dellucci (2015), dans le cadre de la relation thérapeutique entre le thérapeute et le patient, la qualité de l'alliance thérapeutique dépend de l'*empathie* du thérapeute telle qu'elle est perçue par le patient, du *regard positif* du thérapeute sur celui-ci, et de l'existence d'un *accord entre thérapeute et patient sur un objectif* à atteindre.

Les facteurs qui favorisent l'alliance thérapeutique sont liés à certaines caractéristiques du patient (par exemple, la sévérité symptomatologique) et du thérapeute (comme la flexibilité ou l'estime et le respect du patient), à l'interaction entre le patient et le thérapeute selon certains critères (origine ethnique, sexe, personnalité), ainsi qu'à certaines techniques thérapeutiques

(Rodgers et al., 2010). Parmi ces dernières, nous citerons encore une fois l'empathie, qui repose entre autres sur la congruence et la reformulation (Wittezaele & Nardone, 2016, chapitre 4 ; Isebaert & Cabié, 2015), ainsi que l'authenticité et le fait de parler sur le mode sensoriel privilégié du patient (visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif), ou encore le maintien d'une « circularité des mandats » grâce à une bonne gestion des positions relationnelles haute et basse (Isebaert & Cabié, 2015). Toutefois, malgré l'importance de l'alliance thérapeutique dans les résultats des psychothérapies, la plupart des études réalisées sur l'impact de la formation des psychothérapeutes à l'alliance thérapeutique montre une absence de résultats positifs sur la performance des thérapies, ce qui semble signifier qu'il est impossible de prescrire l'alliance (De Roten, 2011).

5. De l'intérêt d'étudier les aspects techniques spécifiques aux psychothérapies

Ainsi, même s'il existe une relation entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité de différentes formes de psychothérapies (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012), et même si l'alliance thérapeutique représente une étape primordiale dans le traitement psychothérapeutique ainsi que pour la prédiction des résultats des psychothérapies (Despland, de Roten, Martinez, Plancherel, & Solai, 2000 ; Despland, Zimmermann & de Roten, 2006 ; Laconi et al., 2015), la compréhension de ce qui se passe dans les psychothérapies nécessite d'intégrer non seulement la dimension relationnelle, mais également les aspects techniques spécifiques à la psychothérapie : se focaliser sur les aspects relationnels aux dépens des aspects techniques serait inadapté (De Roten, 2011). De plus, si nous revenons quelques instants sur les facteurs communs que nous avons présentés précédemment, le fait qu'il soit très difficile de faire ressortir une différence de résultats significative entre des formes distinctes de psychothérapies (Despland, Zimmermann, & de Roten, 2006), et qu'il n'a pas encore été possible d'établir de lien solide entre les techniques thérapeutiques utilisées et les résultats psychothérapeutiques (De Roten, 2011), pourrait certes signifier que les différences entre les techniques n'ont que peu d'importance sur les résultats (Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015). Mais il se peut également que, au-delà des facteurs communs aux psychothérapies, cela renforce la validité de chaque outil psychothérapeutique, nous poussant à rechercher les facteurs d'efficacité spécifiques à chaque méthode (Despland, Zimmermann, & de Roten, 2006).

6. Hypothèse et présentation de l'étude

Sur le plan de cette étude, nous basant sur ce qui précède, nous supposons qu'il existe un effet thérapeutique de l'hypnose et PTR sur des symptômes liés aux psychotraumatismes. Nous pensons que cet effet thérapeutique est observable au moyen de tests d'évaluation de ces symptômes. Plus précisément, nous émettons l'hypothèse que l'utilisation des outils principaux de la PTR, à savoir les protections dissociatives et la transformation des traumas par l'imaginaire, joue un rôle dans l'effet thérapeutique observé chez le patient. Nous nous attendons à ce que l'usage de ces outils spécifiques déclenchent chez le patient certains processus thérapeutiques que l'on peut mettre en évidence grâce à l'analyse de l'interaction patient-thérapeute filmée lors de séances d'hypnose et PTR.

Nous nous sommes attachés à vérifier si la méthodologie choisie et mise en place dans le cadre de cette étude exploratoire permettrait la validation ou l'invalidation de ces hypothèses. Pour cela, nous avons pratiqué, sur une durée de 4,5 mois, une hypnothérapie sur la base de l'hypnose PTR, avec une patiente souffrant de symptômes liés aux psychotraumatismes. Ces symptômes ont été évalués par quatre séries de tests auto-administrés, avant la première séance d'hypnothérapie, environ quatre semaines puis trois mois après, et une dernière fois à la fin de l'étude environ 4,5 mois après. Afin de mettre en évidence certains processus liés à l'effet thérapeutique, la première séance d'hypnose PTR a été prise en vidéo par deux caméras, tournées respectivement vers la patiente et le thérapeute. Un extrait de la vidéo a ensuite été monté, synchronisé puis retranscrit, dans un but d'analyse de l'interaction patiente-thérapeute durant l'utilisation des outils spécifiques à la PTR.

Chapitre 2. Méthodologie de recherche

7. Participants

Des patients ont été adressés, qui présentaient des symptômes pouvant être en lien avec des psychotraumatismes, au stagiaire psychologue chargé de réaliser ce projet de recherche, par une psychologue du service de psychiatrie du centre hospitalier Jean Leclaire de Sarlat au sein duquel l'étude a été menée. Six patients au total, cinq du CMP et un de l'hôpital de jour, se sont vu proposer leur participation au présent travail de recherche par le stagiaire psychologue, qui leur a brièvement décrit l'objectif de l'étude lors d'une première entrevue. Il a été précisé aux

patients qu'il était prévu la passation de plusieurs séries d'auto-questionnaires sur une période de plusieurs mois, ainsi qu'un enregistrement vidéo de la première séance d'hypnothérapie. L'anonymisation des données ainsi recueillies leur a été garantie. Il leur a également été précisé que leur refus éventuel de participer au projet, ou un renoncement en cours d'étude, n'aurait aucune influence sur les services thérapeutiques dont ils allaient bénéficier. Une notice d'information a ensuite été remise à chaque patient (Annexe 1, notice d'information), qui a été invité à la lire à son domicile puis, s'il acceptait de participer, à rendre lors de leur entretien suivant, un formulaire de consentement rempli par écrit et signé (Annexe 2, formulaire de recueil de consentement).

Sur les six personnes auxquelles la participation au projet a été proposée, deux patients du CMP n'ont pas souhaité participer, tout en désirant néanmoins bénéficier de l'hypnothérapie. Un troisième patient ayant accepté de participer au projet s'est toutefois retiré au bout du deuxième entretien. Sur les trois patients restants, deux ont été exclus de l'étude *a posteriori*, en raison du fait qu'ils ont été suivis en psychothérapie avec leur propre psychologue parallèlement au suivi hypnothérapique, ce qui aurait rendu impossible le tri entre les effets éventuellement dus à l'hypnose PTR et ceux dus à leur psychothérapie habituelle. La patiente du CMP finalement recrutée, que nous appellerons madame L., a bénéficié, comme unique suivi psychothérapique dans la période de cette étude exploratoire, d'une hypnothérapie au moyen de l'hypnose PTR.

8. Matériel

8.1 Anamnèse, Life Events Checklist (LEC-5), entretiens

8.1.1 Anamnèse

Le recueil des événements traumatiques spécifiques, des situations traumatiques plus générales dans l'histoire de vie de la patiente, et de ses symptômes psychopathologiques, a été effectué lors d'une anamnèse. Cette anamnèse a permis, d'une part, de valider les résultats des divers questionnaires qui suggéraient la présence d'un TSPT, d'un TSPT-C et de troubles dissociatifs, et d'autre part, de prendre connaissance des éléments à travailler ultérieurement lors des séances d'hypnothérapie.

8.1.2 Life Events Checklist (LEC-5)

Le *Life Events Checklist* (LEC-5), questionnaire auto-administré de 17 items basés sur le critère A du TSPT dans le DSM-5 (Weathers, Blake, et al., 2013), a également été proposé lors de la première passation de la série de questionnaires. Le LEC-5 vérifie auprès des patients l'exposition à 17 types d'événements potentiellement traumatiques, qu'ils les aient vécus directement, en aient été témoin ou les aient appris. Ce questionnaire leur demande également d'identifier l'événement considéré comme étant le pire pour eux, et qui les dérange le plus. Dans la présente étude, l'intérêt spécifique à la passation de ce questionnaire a notamment été d'identifier l'événement que la patiente estimait comme étant le pire pour elle, ce qui nous a donné une piste préalable de travail (Annexe 3, LEC-5).

8.1.3 Entretiens

De courts entretiens ont été réalisés de manière systématique, préalablement à chaque séance hypnothérapique. Ces entretiens ont été destinés, d'une part, à vérifier l'effet de la séance précédente sur les symptômes de la patiente en rapport avec le sujet travaillé. D'autre part, ils ont servi à déterminer ou confirmer l'objectif de la séance du jour. À la fin de chaque séance, un retour de la patiente sur ce qui venait d'être travaillé a également été effectué, afin d'en vérifier l'impact immédiat et de réaliser un pont avec le rendez-vous suivant. Enfin, un retour oral de la patiente sur les effets globaux de l'hypnothérapie qu'elle a suivie a été recueilli lors du dernier entretien réalisé à la fin de la durée de l'étude.

8.1.4 Le cas de madame L.

La patiente recrutée pour cette étude, Madame L., est une patiente du CMP qui a suivi une psychothérapie durant deux ans ainsi que cinq séances d'EMDR antérieurement à l'étude, sans qu'aucune progression ne soit réalisée selon elle. Cette patiente, âgée de plus de 50 ans et en congé maladie longue durée pour burnout depuis deux ans, a été sous anti-dépresseurs à cette période, qu'elle a repris depuis les jours précédant le premier entretien. Elle prend également des benzodiazépines en cas de crise d'anxiété.

Mme L. est venue consulter le stagiaire psychologue avec un sentiment de très fort mal-être et des symptômes semble-t-il liés à des psychotraumatismes complexes, tels que des tentatives de suicide passées, de l'amnésie dissociative sur des périodes de sa vie, un sentiment général de culpabilité et de honte, un manque de confiance en soi et dans les autres, de nombreux troubles somatiques... Mme L. semble également souffrir de comorbidités comme

des attaques de panique qui l'empêchent notamment de conduire sa voiture, de l'agoraphobie, plusieurs phobies, comme celle des chauve-souris ou du noir. Sa demande de départ est de devenir sereine et active.

L'enfance de la patiente a mal débuté avant même sa naissance : enceinte de 7 mois, sa mère dépressive a tenté de se suicider à coup de fusil en ayant l'intention de tuer son bébé. La mère de Mme L. lui a constamment rappelé ce fait jusqu'à son décès il y a une dizaine d'années. Cela a constitué le trauma le plus envahissant, que Mme L. a désiré travailler au début de sa thérapie. Par ailleurs, son père aurait souhaité un garçon et non une fille, et sa grand-mère paternelle prenait plaisir à la terroriser de 4 à 6 ans. Les parents de Mme L. se sont régulièrement physiquement battus entre eux devant elle jusque vers ses 12 ans : en fonction des situations, elle tentait de les séparer, ou bien elle se lovait dans un coin en sanglotant et en se bouchant les oreilles. Mme L. souffre de la maladie de Lyme, a été opérée plusieurs fois d'une endométriose, a également été opérée d'une tumeur hypophysaire, et souffre depuis 2014 d'un méningiome frontal, dont elle a appris pendant la période de l'hypnothérapie qu'il n'était pas dangereux. Dans les deux années qui viennent de passer, le mari de Mme L. a subi un AVC, dont il a guéri depuis, et elle a découvert une de ses sœurs qui venait de faire une tentative de suicide.

Mme L. a travaillé avec succès, d'une part à la désensibilisation des différents traumas vécus, d'autre part à la préparation mentale à divers examens médicaux qu'elle devait passer, générateurs d'une très forte anxiété chez elle. Vers le milieu de la thérapie, des souvenirs et des questionnements sont apparus, en lien notamment avec des abus sexuels dont elle a été victime adolescente, et avec des rapports d'emprise sur le plan familial. L'apparition de ces souvenirs a exactement correspondu avec le départ du stagiaire psychologue pour un mois, ce qui pourrait expliquer la rechute transitoire de la patiente, qui s'est peu à peu relevée une fois la thérapie reprise. À l'issue des quatre mois et demi d'hypnothérapie, Mme L. a déclaré se sentir globalement bien désormais, et être consciente d'un travail à finaliser sur certains éléments, dont la confiance en soi.

8.2 Protocole favorisant l'alliance thérapeutique

Lors du deuxième entretien individuel avec Mme L., le stagiaire psychologue en charge de l'étude a effectué une présentation de l'hypnose PTR, précédant une première petite expérimentation d'effets hypnotiques, selon un protocole précis créé par Brassine (2017). Ce protocole, préalable à l'utilisation de l'hypnose PTR, est destiné à favoriser une alliance

thérapeutique rapide de qualité, et à amorcer les effets thérapeutiques de l'hypnose PTR (Brassine, 2017). Dans le cadre spécifique de cette étude, l'un des objectifs de ce protocole a notamment été de contrôler au mieux deux des cinq facteurs communs proposés par Isebaert, Cabié et Dellucci (2015), qui ont été exposés plus haut (chapitres 4.2 et 4.3), à savoir le facteur *modèle/technique thérapeutique appliquée*, qui comprend lui-même le *facteur d'allégeance* et l'*effet placebo*, et le facteur *alliance*, en rapport avec la relation thérapeutique entre le thérapeute et le patient. L'ordre des étapes du protocole, présentées ci-après, n'est pas figé, il est adapté au patient en fonction du contexte ; l'important étant avant tout que chacune des étapes soit présente.

Tout d'abord, afin de supprimer les idées préconçues rattachées au terme même d'*hypnose*, il est bien expliqué au patient l'origine naturelle et habituelle de l'état hypnotique, par lequel nous passons tous plusieurs fois par jour. Le côté conversationnel de l'hypnose est également expliqué au patient : il s'agit d'un *échange* entre le thérapeute et le patient, ce dernier pouvant décrire verbalement ce qui se passe pour lui pendant la séance, et cela tout en approfondissant son état hypnotique si besoin. Reprenant un principe de la thérapie brève de Palo Alto, il est ensuite signifié au patient que le mode relationnel existant entre lui et le thérapeute est *égalitaire*, qu'une *co-construction* sera réalisée : le thérapeute n'est pas "celui qui sait", son rôle est de guider le patient dans l'utilisation de ses propres ressources.

Fidèle à l'effet placebo, facteur commun exposé plus haut (Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015 ; Lambert, 1992, cité par Despland, de Roten, & Kramer, 2018 ; Lambert & Barley, 2001), qui fait partie du facteur *modèle/technique thérapeutique* exposé par Isebaert, Cabié et Dellucci, (2015) et qui se rapporte au *partage d'un cadre théorique*, valide ou non, auquel adhère le thérapeute (Cahuzac, 2011), ce dernier va également décrire au patient des études scientifiques (articles de recherche ou autres) afin de partager avec lui le modèle (ou la croyance) théorique sur lequel repose l'hypnothérapie. Le but en sera de favoriser l'*espoir* du patient dans le succès de la thérapie (Cahuzac, 2011). Ces théories vont notamment venir justifier le fait que l'on va traiter certaines situations problématiques, événements traumatiques ou autre, au moyen de la *mémoire* et de l'*imaginaire*, en transformant durant l'état hypnotique, par l'imaginaire, les souvenirs plus ou moins douloureux. Il est expliqué que ces transformations vont pouvoir être réalisées en visant le "*zéro douleur*", grâce à l'utilisation des *protections dissociatives*. Un éventuel travail d'éducation thérapeutique concernant les processus de mise en place des psychotraumatismes peut également être fait. Plusieurs étapes importantes ont ensuite pour objectif de rassurer le patient sur le fait que c'est *lui* qui contrôle la situation concernant sa

thérapie, et non le thérapeute. Il sera clairement stipulé au patient que *rien* ne sera fait à son insu, aucune suggestion, uniquement des *propositions* dont il sera de sa responsabilité de les "envoyer au diable" si elles ne lui conviennent pas, rendant par là même cette hypnose *active* et *participante*, ce qui est tout l'opposé d'une hypothétique forme de passivité ou de soumission. Afin d'encore renforcer son sentiment de contrôle au patient, il lui sera proposé de garder "deux choses personnelles secrètes" pour elle-même durant la séance, sans les diffuser.

8.3 Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)

Le PCL-5 (Annexe 4, PCL-5) est un questionnaire auto-administré de 20 items évaluant les 20 symptômes du TSPT décrits dans le DSM-5 et divisés en quatre syndromes qui correspondent aux clusters B, C, D et E du TSPT : l'intrusion pour le critère B (items 1 à 5), l'évitement pour le critère C (items 6-7), les altérations négatives des cognitions et de l'humeur pour le critère D (items 8 à 14), et les altérations de l'éveil et de la réactivité pour le critère E, qui correspond aux items 15 à 20 du PCL-5 (Ashbaugh et al., 2016). Doivent être présents pour établir un diagnostic provisoire de TSPT selon le DSM-5 à l'aide du PCL-5 : au moins un symptôme pour chacun des critères B et C, et au moins deux symptômes pour chacun des critères D et E, un symptôme étant considéré comme présent lorsque l'item correspondant obtient un score de 2 ou plus, sur une échelle allant de 0 ("pas du tout") à 4 ("extrêmement") (Ashbaugh et al., 2016). Un score total, compris entre 0 et 80, peut également être obtenu au PCL-5 en additionnant simplement les scores de chaque item. Selon Ashbaugh et al. (2016), un total de 31 suggère la présence d'un TSPT, et selon le National Center for PTSD aux États-Unis, un score compris entre 31 et 33 au PCL-5 serait un indicateur probable de la présence d'un TSPT (U.S. Department of Veterans Affairs, 2019). Dans tous les cas, des recherches complémentaires de validation d'un seuil restent à effectuer (Ashbaugh et al., 2016 ; U.S. Department of Veterans Affairs, 2019). Le PCL-5 (Weathers, Litz, et al., 2013) a été validé en anglais (Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino, 2015) ainsi que dans sa version française (Ashbaugh et al., 2016). Le PCL-5, en version anglaise comme en version française, a une forte validité convergente et une cohérence interne jugée satisfaisante, ainsi qu'une très bonne fidélité test-retest à environ trois semaines (Ashbaugh et al., 2016).

Avec le PCL, qui correspond au DSM-IV, un changement de 5 à 10 points d'une évaluation à l'autre était considéré comme représentant un changement fiable pour évaluer l'effet thérapeutique du traitement psychothérapeutique d'un TSPT, et un changement de 10 à 20 points était considéré comme représentant un changement significatif cliniquement (U.S.

Department of Veterans Affairs, 2019). Selon le U.S. Department of Veterans Affairs, (2019), bien que les scores de changement pour le PCL-5 soient encore en cours d'évaluation, des changements de score similaires permettront sans doute d'évaluer l'effet thérapeutique du traitement comme étant fiable ou cliniquement significatif. L'utilisation du PCL-5 dans notre batterie de questionnaires a été destinée, d'une part, à établir un diagnostic provisoire de TSPT, par ailleurs validé ou non par les données d'anamnèse, et d'autre part, à évaluer les changements tout au long de la thérapie, en comparant l'évolution des scores obtenus lors des différentes passations.

8.4 Structured Interview for Disorders of Extreme Stress - Self Reported (SIDES-SR)

Le SIDES-SR (Pelcovitz et al., 1997) est un questionnaire auto-administré composé de 45 items, destiné à l'évaluation de la présence d'un TSPT-C, dont la version française bénéficie d'une très bonne fidélité test-retest, ainsi que d'une stabilité temporelle satisfaisante pour l'échelle totale du questionnaire ($r = .79, p < .01$) (Payer, 2012). Cette stabilité temporelle est cependant plus modérée en ce qui concerne le facteur d'évitement des contacts sexuels et physiques ($r = .57, p < .01$), et le facteur de somatisation ($r = .59, p < .01$) (Payer, 2012). La mesure de l'intensité des difficultés décrites dans chaque item se fait sur une échelle de Likert en 4 points, les deux premiers points de l'échelle étant scorés "0", les deux derniers points, représentant les degrés de sévérité du symptôme les plus élevés, étant respectivement scorés "2" et "3". Les items sont divisés en 6 catégories, chacune divisée en sous-catégories. La première des six catégories est représentée par 19 items et les autres par 5 items chacun. Ces catégories sont : les altérations de la régulation émotionnelle et des impulsions, les symptômes dissociatifs, les altérations de la perception de soi, les altérations dans les relations aux autres, la somatisation, et les altérations dans les systèmes de sens donné au monde et au futur (Payer, 2012).

L'utilisation du SIDES-SR dans notre projet (Annexe 5, SIDES-SR) a permis d'évaluer la présence potentielle d'un TSPT-C. Toutefois, les administrations du SIDES-SR ont eu pour objectif principal de déceler la présence, et surtout l'apparition de troubles somatiques entre deux passations, qui pourraient être liée au TSPT-C (par exemple Brassine, 2017 ; Herman, 1992). Sans cette précaution, l'éventuelle apparition de somatisations aurait potentiellement pu être masquée par un effet thérapeutique apparent mais illusoire, alors qu'il se serait en fait agi d'un déplacement de symptôme.

8.5 Le Dissociative Experiences Scale (DES)

Le DES (Bernstein & Putnam, 1986), ou EED en français, pour « *échelle d'expériences dissociatives* » (Boon & Van der Hart, 2016), est un questionnaire auto-administré composé de 28 propositions, qui a été validé en anglais (Bernstein & Putnam, 1986) comme en français (Darves-Bornoz et al., 1999). Le DES est l'échelle la plus utilisée pour l'évaluation des symptômes dissociatifs pathologiques et non pathologiques (Lazignac, Cicotti, Bortoli, Kelley-Puskas, & Damsa, 2005). Lors de la passation, le sujet évalue la pertinence de chacune des 28 propositions sur une échelle analogique graduée de 0 à 100. Le score final de l'évaluation est ensuite établi en additionnant les scores des 28 items, puis en divisant le total par 28, ce qui donne un pourcentage pour l'ensemble du questionnaire. Selon Darves-Bornoz et al. (1999) et Lazignac et al. (2005), un score seuil global de 30 doit être établi pour procéder à une investigation plus approfondie sur la présence de troubles dissociatifs, Boon et Van der Hart (2016) estimant quant à eux qu'un score seuil de 25 est plus souvent utilisé.

Nous avons utilisé le DES dans notre étude (Annexe 6, DES) afin de déceler avec plus de finesse que ce que proposent le PCL-5 et le SIDES-SR, la présence de troubles dissociatifs chez la patiente, alors même que nous avons vu que les troubles dissociatifs vont de pair avec le TSPT et le TSPT-C. Le DES divise les 28 propositions de son questionnaire en trois facteurs : la *dépersonnalisation-déréalisation*, évaluée par les 11 propositions n°1, 2, 3, 7, 12, 13, 14, 16, 19, 23 et 28 ; la *fragmentation de l'identité par trouble mnésique*, évaluée par les 11 propositions n°4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 21, 22, 26 et 27 ; et l'*absorption dans l'imaginaire*, évaluée par les 6 propositions n°15, 17, 18, 20, 24 et 25 (Boon & Van der Hart, 2016 ; Darves-Bornoz et al., 1999), ce dernier facteur ne se référant pas à un trouble pathologique (Boon & Van der Hart, 2016). Dans le but de faire une utilisation adéquate du DES pour notre projet, nous avons donc pris en compte le score global du DES, mais nous avons également noté les scores spécifiques de ces trois facteurs, isolant notamment le facteur *absorption dans l'imaginaire* des deux autres facteurs. L'objectif principal a été de vérifier qu'un trouble dissociatif, notamment de dépersonnalisation-déréalisation ou de fragmentation de l'identité par trouble mnésique, n'a pas augmenté, pouvant donner l'apparence d'un effet thérapeutique à la patiente comme au thérapeute, mais qui ne serait qu'illusoire.

8.6 Méthode d'appréhension des mouvements menant à l'*insight*

8.6.1 Analyse des mouvements conversationnels au sein desquels se déploient les représentations

L'effet thérapeutique de l'hypnothérapie PTR sur les symptômes de la patiente liés aux psychotraumatismes, a été vérifié avec le plus de justesse possible grâce à l'anamnèse, aux entretiens préalables à chaque séance hypnothérapique, aux questionnaires auto-administrés, et au dernier entretien. L'objectif de cette étude a également été de mettre en évidence, lors de l'utilisation des outils spécifiques à la PTR (protections dissociatives et transformation des traumas par l'imaginaire), certains des mécanismes mis en jeu dans l'interaction entre le thérapeute et la patiente durant le processus thérapeutique. À cette fin, nous avons procédé à l'analyse hiérarchique d'une séquence extraite de l'interaction verbale entre l'hypnothérapeute et la patiente, analyse qui « consiste à étudier les relations des actes de langage entre eux afin de mettre en évidence l'architecture du discours produit » (Blanchet, Batt, Trognon, & Masse, 2005, p. 8). Il a été tenu compte autant que possible, dans cette analyse, de certains aspects rythmiques et d'intonation de voix, cette dernière portant l'essentiel de l'expression émotionnelle, la sémantique émotionnelle étant elle-même « souvent prise en compte par le thérapeute dans la construction du problème qu'il élabore parallèlement à celle proposée par le patient » (Blanchet et al., 2005, p. 4). Dans la situation hypnothérapique correspondant à la séquence retranscrite, la patiente avait les yeux fermés la plus grande partie du temps, nous pouvons supposer qu'elle-même a pu prendre en compte la rythmique et l'intonation de voix du thérapeute, d'autant plus que celles-ci étaient pour la patiente les seuls indicateurs extra-verbaux dont elle disposait venant du thérapeute. Les aspects rythmiques et d'intonations de voix de la séquence ont ainsi été indiqués dans la retranscription selon une grille de codification préétablie (Annexe 7, grille de codification des retranscriptions).

8.6.2 La séquences analysée

La retranscription de la séquence analysée est issue de la première séance de la patiente en hypnothérapie PTR, menée par le stagiaire psychologue formé à cette forme de psychothérapie. L'objectif de cette séance a été de désensibiliser le trauma que représentait la tentative simultanée de suicide de sa mère et de meurtre de Mme L. deux mois avant sa naissance, à coup de fusil, que sa mère lui a constamment rappelé jusqu'à son décès il y a une dizaine d'années. Le travail a consisté à créer et à renforcer des protections dissociatives afin de maintenir le plus à distance possible les affects négatifs liés à l'événement traumatique,

durant la transformation de ce dernier par l'imaginaire. La séquence analysée concerne les mouvements ayant eu lieu entre l'arrivée imaginaire de la mère de la patiente sur la "scène de travail", et la transformation de la tentative de meurtre du fœtus en protection de ce dernier.

8.6.3 Méthode et conditions de recueil de la séquence

Il nous a paru pertinent de procéder à l'analyse d'une séquence appartenant à la première séance hypnothérapique plutôt qu'aux suivantes. La raison en est que les mouvements dus aux processus thérapeutiques, notamment les mécanismes d'accordage entre patiente et thérapeute, nous semblaient potentiellement plus facilement décelables dans l'interaction de cette séance qu'une fois l'accordage installé de manière plus stable.

Pour le recueil de cette séquence, la séance entière a été filmée simultanément par deux caméras vidéo placées face au thérapeute et à la patiente, ceux-ci étant filmés en plan large incluant les pieds de la patiente et le haut des jambes du thérapeute. La prise de vue a notamment permis de bien saisir le rythme et l'intonation de la voix, et également de pouvoir prendre note dans la transcription de certains gestes de la patiente qui nous ont semblés significatifs, comme des hochements de tête. Pour obtenir un confort de travail, les deux vidéos ont ensuite été synchronisées et montées en une vidéo unique visible sur un seul écran (Figure 1). La séquence commence à 15 mn 58 secondes du début de la séance, et sa durée totale est de 5 mn 26 secondes.



Figure 1- Interaction filmée par deux caméras, après montage et synchronisation.

8.6.4 Présentation de la séquence où s'exprime l'*insight*

La séquence présentée, qui tient compte des rythmes et des intonations de voix en les indiquant selon la grille de codification déjà mentionnée (Annexe 7), est la retranscription de l'extrait vidéo évoqué dans le chapitre précédent. Cette séquence, ici retranscrite dans son entier

et analysée dans le chapitre 10.2, représente une suite de mouvements du discours et représentationnels qui comptent plusieurs structures, aboutissant au premier *insight* de la patiente dans le cadre de l'hypnothérapie.

Dans la séquence retranscrite, "T" désigne les tours de parole du thérapeute et "P" les tours de parole de la patiente, Mme L. Au moment où la séquence commence, 110 tours de parole ont eu lieu depuis le début de la séance.

[...] [Début à 15'58]

T111 : Donc euh (→) + là maintenant je vous invite (↑) alors euh (→) si (→) si c'est bon (↑) + à vous rapprocher + lentement (↓) + et donc évidemment comme quand avec la perspective euh + le p'tit point va s'rapprocher et + le contenu + de la scène + d'une manière PLUS ou moins floue + je n'sais pas ça peut être ça peut être NET dès le départ + peut-être même que le fait de m'entendre vous savez DÉjà de quoi il s'agit je n'en ai AUCune idée + euh (→) mais vous vous rapprochez petit à petit (↓) + en tout cas (↓) *voilà (↓)*(decrecendo) + en sachant que vous êtes protégée en + PAR ce mur + déjà (↑) +3+ et en fonction de ce qui se passe on + on va VOIR + *ce qu'on rajoute (↓) + potentiellement (↓)*(decrecendo) +

P112 : *hmm hmm (↑)*(léger chuchotement) +

T113 : oui (↑)

P114 : *ah oui je me s me suis rapprochée*(chuchotement)

T115 : donc est-ce que (→) + vous savez de quoi il s'agit déjà (↓) +3+

P116 : *alors (↓)*(soupir) + je vois ma mère assise + ça peut être ça (↑)

T117 : ça peut (↑) ben cé s + c'est vraiment c'que (→) c'q + s ce qui s'impose à vous (↑) c'qui s'y (→)(↓) +

P118 : comme on en a parlé + fait' je vois ma mère assise (↑) + avec un + fusil à la main (↑) +

T119 : alors (↓) je vous propose une chose TOUT de suite + ça serait de transformer le fusil (↓) + alors est-ce qu'il est possible *est-ce que c'est POSSIBLE hein*(plus fort) *je vous rappelle*(decrecendo) + vous me rejetez si c'est + si ce + si ce sont des mauvaises idées (↓) + vous pouvez aussi avoir D'AUTRES idées à partir de ce que je vous dis + et n'hésitez pas à les partager (↓) + je vous propose de (→) + de colorer ce fusil en rose par exemple (↑) + déjà (↓) +2+ n¹[e serait-]¹

P120 : ¹[non]¹

T121 : -ce que ça (↓) NON + ça ça vous pa ça va pas (↑) + ou euh (→) de mettre une FLEUR au fusil +5+

P122 : nnon

T123 : non (↓) + d'accord (↓) + est-ce qu'on peut (→) changer (↑) la couleur (↑) de la pièce (↓) si vous voyez la pièceuh (→)

P124 : j'vois pas la ¹[pièce je la vois juste]¹

T125 : ¹[vous n'voyez pas la pièce]¹

P126 : assise +

T127 : d'accord (↑)

P128 : dans le vide (↓) +

T129 : d'accord (↓) elle est ass donc c'est le fait qu'elle soit assise et qu'elle a ce fusil + à portée de la main + d'accord (↓) +

P130 : je vois MÊME ce que c'est comme fusil (↓) +3+

T131 : d'accord vous voyez ce que c'est comme fusil

P132 : je (→) sais ce que c'est (↓)

T133 : hmm hmm (↑) + alors qu'est-ce qu'on pourrait faire pour euh (→) + alors quelle + donc + qué qu'est-ce qu'il y a d'autre donc euh (→)

P134 : ben elle est ha+billée (→) euh avec une robe de grossesse

T135 : hmm hmm (↑) +

P136 : hmm j'la vois pas pla + pleurer j'la vois sourire (↓) +

T137 : d'accord + vous la voyez sourire +

P138 : elle sourit (→) elle est pas énervée (→) + elle est calme +

T139 : est-ce qu'elle est euh (→) + est-ce qu'elle est enceinte ou + ¹[ou non puisque (→) on + on sait]¹

P140 : ¹[(long acquiescement de la tête) oui]¹

T141 : de quelle (→) scène il s'agit donc elle + elle EST enceinte (↓)

P142 : eh ¹[oui]¹

T143 : ¹[d'une]¹ petite fille

P144 : *¹[euh (→)]¹*(à peine prononcé)

T145 : ¹[c'est ss]¹ ou d'¹[un]¹

P146 : ¹[oui]¹

T147 : c'est ça (↑) + ça peut être un p'tit garçon hein j' + je n'sais pas +

P148 : euh non parce qu'en fait je sais que c'est moi qui est dedans (↓) + qui suis dedans (↓)

- T149 : d'accord (↓) + alors euh (→) je vous rappelle donc c'est là qu'on va utiliser hein ces dissociations + donc vous pouvez voir un + un fœtus + à l'intérieur (↓) donc vous pouvez rendre transparent le ventre de la maman par exemple ou + ça peut être par tout autre manière (↑) + et vous (→) je vous rappelle le mur (↑) mettez-le à la distance de confort donc si c'est trop près + rééloignez un p'tit peu (↑) + si vraiment vous sentez que c'est euh (→) + que vous voulez voir plus de détails par rapport à l' à l'angle de la scène + vous pouvez le rapprocher un peu MAIS + en vous ce qui compte c'est la distance de confort + au niveau émotionnel (↑) + qu'on puisse travailler dessus tout en se sentant le pluus confortable possible (↓)
- P150 : *mais j'ai l'impression qu'j'ai pas d'émotion*(voix peu articulée)
- T151 : d'accord + BRAVO + super + donc c'est TRÈS très bien comme ça +
- P152 : mais en fait quand elle + VISE + j'ai ma tête +2+ en fait euh (→) + chuis tournée comme ça et *j'ai la tête là*(montre un point de son estomac) +
- T153 : hmm hmm (↑) +
- P154 : et en fait c'est là qu'elle vise +
- T155 : d'accord + donc est-ce qu'on peut garder la petite fille à la troisième personne (↑) + le p'tit fœtus le p'tit euh (→) +
- P156 : ah oui
- T157 : hein (↑) s'il vous plaît (↑)
- P158 : oui (→)(↑)
- T159 : voilà comme ça c'est euh (→)
- P160 : donc euh elle + elle vise son CŒUR + mais euh (→) + la tête de + du fœtus est + est près du cœur (↓)
- T161 : Alors MOI je vous propose une chose (↓) + et comme euh (→) vous avez un privilège énorme c'est que vous savez + comment ça s'est terminé pour VOUS c'est-à-dire BIEN + par rapport à cet événement (↓) + et donc par rapport à cette petite fille on sait quel est le résultat (↑) + elle va survivre (↓) + elle va + elle va survivre et elle va même vivre (↓) + donc + ce que je propose + par contre la (→), c'est + de rajouter + si vous le voulez bien (↑) enfin s, c(→)'est une proposition + un ange gardien (↓) + auprès de ce + fœtus (↓) + ¹[puisque]¹
- P162 : ¹[ah oui]¹
- T163 : quelque part + finalement + le fait que le fusil ait dérapé que vous m'avez décrit tout à l'heure (↑) + peut-être qui sait +
- P164 : ah oui

T165 : donc euh (→) + dans l'imaginaire + de toute façon ça peut ¹[correspondre]¹
P166 : ¹[oui oui oui oui (↓)]¹
T167 : + donc c'est euh c'est d'imaginer qu'y a un ange gardien mais la différence c'est qu'cet ange gardien peut rester avec elle (↓) + TOUT le temps (↓) c'est + donc euh (→)
P168 : avec la p'tite fille (↑)
T169 : avec cé cette petite fille qui est pour l'instant pas encore née (↑) + qui va naître d'ici deux *MOIS je crois hein c'est ça (↑)*(decrecendo) +3+ ¹[vous]¹
P170 : ¹[d'ac]¹cord
T171 : et ça c'est une bonne idée (↑)
P172 : ah OUI puis ¹[même]¹
T173 : ¹[d'accord]¹
P174 : je vois l'ange gardien qui POUSSE le fusil (↓)
T175 : + super + bravo (↓)

[Fin à 21'24] → 65 tours de parole sur une durée totale de 5 mn 26 secondes.

[...]

8.6.5 Analyse descriptive générale des mouvements de discours et représentationnels

La séquence se rapporte au travail de désensibilisation du trauma correspondant à la tentative de suicide de la mère de Mme L. par un coup de fusil dans le ventre alors qu'elle était enceinte de Mme de 7 mois, et au fait que Mme L. s'est vu rappeler cet événement par sa mère depuis l'enfance. Cette première séance hypnothérapique dont est extraite la séquence a été orientée exclusivement vers la désensibilisation de l'événement du coup de fusil lui-même, et vers le renforcement d'un sentiment de protection du fœtus, puis du bébé. Des liens entre cet événement et la relation à la mère ont pu être travaillés ultérieurement en hypnothérapie. La séquence correspond à une suite de mouvements qui mènent, entre P162 et P172, au premier *insight* de Mme L. dans le cadre de son hypnothérapie, puis juste après, en P174, à la première transformation active qu'elle peut réaliser grâce à cet *insight*. L'*insight* correspond à l'appropriation par le patient, grâce à des opérations mentales « de remaniement interne » d'une croyance, de « nouvelles représentations et conceptions » amenées par le thérapeute, sans toutefois qu'il puisse les dicter (Blanchet et al., 2005, p. 4).

Le travail de désensibilisation du trauma, dans le cas de Mme L., s'est effectué en protégeant le fœtus de telle manière que celui-ci a finalement pu remplacer un sentiment de peur et d'insécurité par un sentiment de protection et de bien-être. La stabilisation dans le temps de la désensibilisation de ce trauma a pu être vérifiée auprès de la patiente à 4,5 mois de cette séance. Nous rappelons que le principe du travail de désensibilisation du trauma en hypnose PTR, est de mettre tout d'abord en place des protections dissociatives, souvent celles-là mêmes qui ont été utilisées par réflexe de survie lors de l'événement traumatique. Ces protections seront alors utilisées pour aller transformer par l'imaginaire, sans risque, les événements traumatiques, afin de les séparer des affects négatifs et de les réassocier avec des émotions positives.

Préalablement à la séance de Mme L., un court entretien a permis de déterminer avec elle l'objectif de travail, la focalisation sur ce trauma, d'où la remarque de Mme L. à P118. Au moment où l'extrait commence, 110 tours de parole ont déjà été effectués, qui correspondent à l'établissement par la patiente d'un "bon moment" qui peut servir de ressource, ainsi qu'à l'expérimentation d'effets hypnotiques pouvant servir de protections dissociatives lors du travail, comme la dissociation corporelle ou l'anesthésie émotionnelle. Juste avant le début de l'extrait, un "mur invisible" imaginaire vient d'être construit par Mme L. dans le but de la protéger d'un début potentiel de reviviscence. C'est ce mur qui est rappelé par le thérapeute en T111. On peut également voir en T111 que, malgré le fait que l'objectif de travail ait été décidé d'un commun accord, le thérapeute laisse à Mme L., jusqu'au bout, le choix d'aborder potentiellement une autre problématique. Au commencement de la séquence, Mme L. en est au tout début de son travail en hypnothérapie, elle cherche à savoir "ce qu'elle a le droit de faire", ce qui explique que, lorsque le choix lui est donné d'amener une problématique en toute liberté en T111, elle demande si « ça peut être ça » en P116. En conséquence, le thérapeute encourage en T119 Mme L. à refuser ses propositions lorsque celles-ci ne lui conviennent pas.

9. Procédure

Lors du premier entretien individuel avec Mme L., le stagiaire psychologue en charge de l'étude (nommé ci-après le thérapeute) a tout d'abord recueilli sa demande de départ et effectué une anamnèse. Ensuite, selon le protocole précis créé par Brassine (2017), décrit au chapitre 8.2, le thérapeute a effectué durant l'entretien une présentation de l'hypnose PTR à la patiente, telle qu'elle allait être pratiquée. Lors du deuxième entretien, une fois recueilli le formulaire de consentement signé par Mme L., celle-ci a rempli la première série de

questionnaires auto-administrés, à savoir, dans l'ordre suivant, le LEC-5, le PCL-5, le SIDES-SR et le DES. De manière générale, avant chaque passation des séries de questionnaires, bien qu'en fait elle n'en ait pas eu besoin, il a été proposé à Mme L. d'informer immédiatement le thérapeute, resté à sa disposition, dans le cas où elle se sentirait débordée émotionnellement par la lecture de certains items. Les trois séries de questionnaires complétés dans les mois suivants la première, ont été présentés dans un ordre allant du questionnaire ayant le plus d'items à celui en comportant le moins, afin de tenir compte d'un éventuel effet de fatigabilité, chaque passation durant environ 35 minutes. La consigne orale, à partir de la deuxième passation, a été d'indiquer pour chaque item la présence ou le degré du symptôme *depuis la dernière passation*. Le respect du même ordre de passation d'une série à l'autre a également permis de contrôler au mieux un potentiel effet de halo (contamination d'un questionnaire par un autre), ainsi qu'un éventuel effet de primauté ou de récence (importance exagérée donnée au début ou à la fin du recueil d'information). L'ordre de passation a donc été : le SIDES-SR (45 items), puis le DES (28 items), et enfin, le PCL-5 (20 items). Seule la première série a inclus le LEC-5, utile uniquement la première fois pour déterminer les types d'événement traumatiques dont a souffert la patiente tout au long de sa vie.

Une fois les questionnaires du deuxième entretien complétés, une première et courte expérimentation de ce qu'est l'état hypnotique a été proposée à la patiente. Celle-ci a pu faire l'expérience, sur la base d'un souvenir agréable, de quelques effets dissociatifs pouvant ultérieurement servir de protection lors du travail. La première séance hypnotérique proprement dite a été effectuée lors du troisième rendez-vous, dont la séance a été filmée au moyen de deux caméras vidéo mises en place préalablement à l'arrivée de Mme L. au cabinet. Pour des raisons internes à l'institution dans laquelle a eu lieu cette étude, ledit cabinet a consisté, en fonction des séances, en trois lieux différents situés dans deux structures du service de psychiatrie, ce qui a empêché de pouvoir offrir un cadre spatial stable à la patiente.

Au total, Mme L. aura bénéficié de deux entretiens préliminaires à deux jours d'intervalle (anamnèse lors du premier entretien, première série de questionnaires et petite expérimentation de quelques effets hypnotiques durant le deuxième), puis de 14 séances d'hypnothérapie et PTR, réparties de la manière suivante : 2 séances la première semaine ; puis, consécutivement, 7 séances une fois par semaine ; 2 séances à 15 jours d'intervalle ; un mois d'absence du thérapeute ; 3 séances une fois par semaine. La séance filmée en vidéo a eu lieu lors de la première séance hypnotérique, et les questionnaires auto-administrés ont été

complétés pendant le deuxième entretien, puis avant les séances hypnotérapeutiques 5, 11 et 14, respectivement à 1 mois, 3 mois et 4,5 mois du début de l'hypnotérapie.

Chapitre 3. Résultats

10. Questionnaires auto-administrés

10.1 PCL-5

Nous nous sommes intéressés, selon la proposition du U.S. Department of Veterans Affairs (2019), à trois types de résultats pour les quatre passations du PCL-5 (passations en début de thérapie, puis à 1 mois, 3 mois et 4,5 mois) : le score total, afin d'évaluer la gravité des symptômes (Tableau 1, colonne TOTAL); le nombre d'items dont le score est supérieur à 1, pour chaque critère B, C, D, E du DSM-5, ce qui permet d'évaluer si la gravité des symptômes est pathologique pour chaque critère et de vérifier avec plus de précision la présence probable ou non d'un TSPT (Tableau 1, les quatre colonnes $N^{\circ}X>1$) ; et le score, pour chaque critère, des symptômes qui le composent, afin d'en évaluer l'intensité (Tableau 1, les quatre colonnes ΣX).

| Passation | TOTAL | $N^{\circ}B>1$ | $N^{\circ}C>1$ | $N^{\circ}D>1$ | $N^{\circ}E>1$ | ΣB | ΣC | ΣD | ΣE |
|-----------|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------|------------|------------|------------|
| n°1 | 63 | 4 | 2 | 7 | 5 | 14 | 5 | 25 | 19 |
| n°2 | 51 | 4 | 2 | 5 | 4 | 14 | 8 | 17 | 12 |
| n°3 | 51 | 4 | 0 | 7 | 5 | 12 | 0 | 22 | 17 |
| n°4 | 27 | 3 | 0 | 3 | 3 | 9 | 0 | 8 | 10 |

Tableau 1 – Résultats du PCL-5. $N^{\circ}X>1$ = nombre d'items du critère x dont le score est supérieur à 1 ; ΣX = somme des scores des items du critère x.

Les scores totaux passent de 63 pour la première passation en début de thérapie, à 27 avant à la dernière séance d'hypnotérapie. Ces scores baissent dès la deuxième passation, mais semblent ensuite stagner à un score de 51 durant deux mois avant de baisser à 27 un mois et demi plus tard.

Le nombre d'items dont le score est supérieur à 1, pour chaque critère B, C, D, E, est respectivement de 4 (sur 5 possibles), 2 (sur 2 possibles), 7 (sur 7 possibles), et 5 (sur 6 possibles) en début de thérapie, et baisse fortement à 3, 0, 3, 3 dans la dernière passation. Lors de la deuxième passation à un mois de la première, alors que le nombre d'items reste le même

pour les critères B et C, les scores des critères D (altérations négatives des cognitions et de l'humeur) et E (altérations de l'éveil et de la réactivité) baissent, à 5 et 4 items. Lors de la troisième passation, les scores de ces deux critères remontent à leur nombre de départ de 7 et 5, alors que le critère B reste stable. En revanche, le critère C (altérations négatives des cognitions et de l'humeur) ne contient plus d'items dont le score est supérieur à 1, ce qui reste le cas dans la dernière passation un mois et demi plus tard.

Le score des symptômes qui composent chaque critère, quant à lui, est respectivement de 14, 5, 25, et 19 en début de thérapie pour les critères B, C, D et E, et baisse fortement à 9, 0, 8 et 10 dans la dernière passation. Cependant, alors que le critère B (intrusion) reste stable dans la deuxième passation puis commence à baisser à 12 dans la troisième passation, le score du critère C monte à 8 pour chuter à 0, et les critères D et E descendent à 17 et 12 dans la deuxième passation, pour remonter tous les deux à 22 et 17 dans la troisième passation, toutefois pas aussi haut qu'au début de la thérapie.

10.2 SIDES-SR

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes concentrés sur deux choses, concernant les résultats du SIDES-SR (Tableau 2). Tout d'abord, nous avons évalué la probabilité qu'il existe un TSPT-C chez la patiente à travers l'évolution de la présence ("oui" si présente, sinon "absent") des six catégories à chacune des passations (Tableau 2, colonnes *Prés.*). Nous avons également étudié l'évolution du score moyen M et du nombre de sous-catégories N présentes dans les six catégories (Tableau 2, colonnes M et N), notamment dans la catégorie *somatisation*, que les autres questionnaires n'évaluent pas.

Lors de la première passation, les six catégories sont considérées comme étant présentes de manière significative, avec des scores moyens, par catégorie, allant de $M=2$ à $M=2,3$ sur un maximum possible de 3, un score minimum de $M=2$ étant nécessaire pour être pris en considération.

Dans la deuxième passation, les catégories 4 (altérations des relations aux autres) et 5 (somatisation) deviennent absentes significativement ($M=0$ et $N=0$), la catégorie 4 le restant d'ailleurs pour toutes les passations suivantes. En revanche, on peut observer une augmentation des scores des quatre autres catégories, soit au niveau du score moyen de la catégorie ($M=2,7$ et $M=2,5$ respectivement pour les catégories 1 et 3), soit au niveau du nombre de sous-catégories présentes ($N=2$ au lieu de $N=1$ de la première passation, pour la catégorie 2). Seule la catégorie

6 voit son score moyen augmenter à $M=3$ au lieu de $M=2$, tout en ayant un nombre de sous-catégories présentes diminuer en-dessous du score de la première passation, avec $N=1$ au lieu de $N=2$.

| | Passation n°1 | | | Passation n°2 | | | Passation n°3 | | | Passation n°4 | | |
|---|---------------|----------|--------------|---------------|----------|--------------|---------------|----------|--------------|---------------|----------|--------------|
| | <i>M</i> | <i>N</i> | <i>Prés.</i> |
| 1. Régulation des émotions / des impulsions | 2,3 | 3 | Oui | 2,7 | 3 | Oui | 2 | 2 | Oui | 0 | 0 | A |
| 2. Symptômes dissociatifs | 2 | 1 | Oui | 2 | 2 | Oui | 2 | 1 | Oui | 2 | 1 | Oui |
| 3. Altérations de la perception de soi | 2,3 | 3 | Oui | 2,5 | 2 | Oui | 2,5 | 2 | Oui | 2 | 1 | A |
| 4. Altérations des relations aux autres | 2 | 2 | Oui | 0 | 0 | A | 0 | 0 | A | 0 | 0 | A |
| 5. Somatisation | 2 | 2 | Oui | 0 | 0 | A | 2 | 3 | Oui | 2 | 2 | Oui |
| 6. Altérations des systèmes sens du monde / du futur | 2 | 2 | Oui | 3 | 1 | Oui | 2 | 1 | Oui | 0 | 0 | A |

Tableau 2 – Résultats du SIDES-SR, où M = score moyen de la catégorie ($M=3$ maximum) ; N = nombre de sous-catégories présentes dans la catégorie ; $Prés.$ = présence estimée des domaines correspondant aux catégories de symptômes (Oui si présente, A si absente).

À la troisième passation, seule la catégorie 4 reste absente, les cinq autres catégories sont présentes. La catégorie 5 (somatisation) réapparaît donc, avec un nombre de sous-catégories présentes plus grand même que lors de la première passation, avec $N=3$ à la place de $N=2$. Quant aux catégories 3 et 4, elles gardent des scores identiques. La catégorie 1 voit son score moyen ainsi que le nombre de sous-catégories présentes baisser tous deux en-dessous des niveaux de la première passation, avec $M=2$ et $N=2$. La catégorie 2 voit le nombre de sous-catégories présentes baisser ($N=1$ au lieu de $N=2$), alors que la catégorie 6 voit son score moyen baisser ($M=2$ au lieu de $M=3$). En résumé pour cette troisième passation, nous constatons une légère baisse ou stagnation générale des scores, à part pour la catégorie *somatisation*, qui réapparaît à un niveau plus élevé qu’au début de la thérapie.

Dans la dernière passation, nous pouvons constater qu’il n’y a plus que les catégories 2 (symptômes dissociatifs) et 5 (somatisation) qui sont considérées comme présentes de manière significative, avec un score identique à celui de la troisième passation pour la catégorie 2 ($M=2$ et $N=1$), et un nombre de sous-catégories présentes plus faible pour la catégorie 5 ($N=2$ à la

place de $N=3$), ce nombre revenant donc à celui de la passation initiale. La catégorie 3 (altérations de la perception de soi), qui donne un score plus faible que dans la passation précédente ($M=2$ et $N=1$), n'est pas considérée comme étant présente de manière suffisamment significative. Il faudrait en effet au moins deux sous-catégories présentes pour que cela soit le cas.

10.3 DES

Les résultats du DES donnent des scores possibles allant de 0 à 100. Les scores obtenus lors des quatre passations que Mme L. a effectuées, nous ont permis d'établir l'évolution de la fréquence des symptômes dissociatifs de la patiente dans leur ensemble, tout au long de son hypnothérapie (Tableau 3, moyenne du score total). Nous avons également examiné l'évolution présentée par les trois groupes spécifiques de symptômes dissociatifs identifiés par le DES, à savoir la dépersonnalisation/déréalisation, la fragmentation de l'identité par trouble mnésique, et l'absorption dans l'imaginaire (Tableau 3).

| Passation | Moyenne du score TOTAL | Dépersonnalisation/ Déréalisation | Fragmentat° identité par trouble mnésique | Absorption dans l'imaginaire |
|-----------|------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| n°1 | 16,4 | 23,6 | 10,9 | 13,3 |
| n°2 | 8,2 | 11,8 | 6,4 | 5,0 |
| n°3 | 25,0 | 28,2 | 23,6 | 21,7 |
| n°4 | 21,4 | 26,4 | 16,4 | 21,7 |

Tableau 3 – Résultats du DES, les scores sont entre 0 et 100.

La moyenne du score total, de 16,4 lors de la première passation, chute à 8,2 un mois plus tard, puis subit sa plus grande augmentation lors de la troisième passation, atteignant un score total de 25. Enfin, le score obtenu lors de la dernière passation baisse à nouveau, avec un score de 21,4 qui reste tout de même plus élevé que lors de la première passation.

En ce qui concerne les trois groupes distincts de symptômes dissociatifs, nous observons que la dépersonnalisation/déréalisation est le groupe qui obtient de manière très nette le score le plus élevé, quelle que soit la passation analysée (23,6 ; 11,8 ; 28,2 ; 26,4 respectivement pour les quatre passations). Les groupes "fragmentation de l'identité par trouble mnésique" et "absorption dans l'imaginaire" obtiennent des scores proches l'un de l'autre pour les trois premières passations. Toutefois, dans la dernière passation, le score du groupe "absorption dans l'imaginaire" se démarque plus de l'autre, restant identique à son score précédent (21,7), alors

que le groupe "fragmentation de l'identité par trouble mnésique" baisse, passant de 23,6 dans la troisième passation, à 16,4 dans la dernière. À part ce qui concerne cette dernière remarque, nous observons que l'évolution des scores de chacun des groupes de symptômes dissociatifs pris séparément dans les quatre passations, suit la même évolution que celle des moyennes de scores totaux.

11. Mise en évidence des processus représentationnels menant à l'*insight*

Dans ce chapitre, une analyse détaillée de la séquence présentée en 8.6.4 est effectuée, qui met en évidence les différents mouvements de discours et représentationnels ainsi que leurs structures, jusqu'à l'*insight* de la patiente.

T111 : Donc euh (→) + là maintenant je vous invite (↑) alors euh (→) si (→) si c'est bon (↑) + à vous rapprocher + lentement (↓) + et donc évidemment comme quand avec la perspective euh + le p'tit point va s'rapprocher et + le contenu + de la scène + d'une manière PLUS ou moins floue + je n'sais pas ça peut être ça peut être NET dès le départ + peut-être même que le fait de m'entendre vous savez DÉjà de quoi il s'agit je n'en ai AUCUNE idée + euh (→) mais vous vous rapprochez petit à petit (↓) + en tout cas (↓) *voilà (↓)*(decrecendo) + en sachant que vous êtes protégée en + PAR ce mur + déjà (↑) +3+ et en fonction de ce qui se passe on + on va VOIR + *ce qu'on rajoute (↓) + potentiellement (↓)*(decrecendo) +

P112 : *hmm hmm (↑)*(léger chuchotement) +

T113 : oui (↑)

P114 : *ah oui je me s me suis rapprochée*(chuchotement)

T115 : donc est-ce que (→) + vous savez de quoi il s'agit déjà (↓) +3+

P116 : *alors (↓)*(soupir) + je vois ma mère assise + ça peut être ça (↑)

En T111, malgré le fait que l'objectif de travail ait été décidé d'un commun accord en début d'entretien, le thérapeute laisse à Mme L., jusqu'au bout, le choix d'aborder potentiellement une autre problématique. En P112, puis en P114, après la relance interrogative du thérapeute en T113, on observe que Mme L. accepte la proposition d'approche progressive vers la scène ainsi que la proposition de protection dissociative au moyen du mur. En P116, suite à l'interrogation du thérapeute en T115, la patiente amène la scène de tentative de suicide de sa mère alors enceinte : « *alors (↓)*(soupir) + je vois ma mère assise ».

T117 : ça peut (↑) ben cé s + c'est vraiment c'que (→) c'q + s ce qui s'impose à vous (↑) c'qui s'y (→)(↓) +

P118 : comme on en a parlé + fait' je vois ma mère assise (↑) + avec un + fusil à la main (↑) +

T119 : alors (↓) je vous propose une chose TOUT de suite + ça serait de transformer le fusil (↓) + alors est-ce qu'il est possible *est-ce que c'est POSSIBLE hein*(plus fort) *je vous rappelle*(decrecendo) + vous me rejetez si c'est + si ce + si ce sont des mauvaises idées (↓) + vous pouvez aussi avoir D'AUTRES idées à partir de ce que je vous dis + et n'hésitez pas à les partager (↓) + je vous propose de (→) + de colorer ce fusil en rose par exemple (↑) + déjà (↓) +2+ n¹[e serait-]¹

P120 : ¹[non]¹

Mme L. étant au tout début de son travail en hypnothérapie, l'accordage entre le thérapeute et la patiente est en cours. Nous pouvons observer l'un de ces mouvements d'accordage entre P116 et P118 : la patiente cherche à s'assurer de ce qu'elle a "vraiment" le droit de faire, en demandant si « ça peut être ça » en P116. Lorsque le thérapeute confirme et renforce, en T117, une liberté de choix qu'il avait déjà exprimée en T111, Mme L. commence à développer la scène de travail en P118, en y ajoutant le fusil. Ce manque d'assurance de la patiente justifie les encouragements, de la part du thérapeute en T119, à refuser les propositions qui ne lui conviendraient pas. Par ailleurs, entre T119 et T127, le thérapeute fait trois propositions de transformation directe d'un élément de la scène à la patiente, qu'elle refuse les trois fois clairement. Nous pouvons observer le premier refus en P120. À la suite de ces trois refus, la patiente, entre P128 et P133, développe les détails de la scène, le thérapeute se contentant de valider et de relancer par de simples répétitions.

[...]

P134 : ben elle est ha+billée (→) euh avec une robe de grossesse

T135 : hmm hmm (↑) +

P136 : hmm j'la vois pas pla + pleurer j'la vois sourire (↓) +

T137 : d'accord + vous la voyez sourire +

P138 : elle sourit (→) elle est pas énervée (→) + elle est calme +

T139 : est-ce qu'elle est euh (→) + est-ce qu'elle est enceinte ou + ¹[ou non puisque (→) on + on sait]¹

P140 : ¹[(long acquiescement de la tête) oui]¹

Entre P134 et T137, on peut observer la patiente en train de continuer à construire la scène à travailler, le thérapeute encourageant la patiente par des relances. Toutefois, en P138, Mme L. semble commencer à diriger son attention sur l'état émotionnel de sa mère. À cette étape du travail, le thérapeute préfère recentrer la patiente sur ce qu'il sait être en lien direct avec elle au niveau des faits plutôt qu'au niveau des émotions, d'où T139, qui permet à la mise en place de la scène de rester sur le plan factuel jusqu'à P148. Les tours de parole ayant lieu entre T141 et le début de P149, consistent en une petite série de confirmations et de validations croisées entre le thérapeute et la patiente, qui amènent le fait que c'est bien de Mme L. que la mère est enceinte, ce qui est déclaré clairement en P148.

[...]

P148 : (...) je sais que c'est moi qui est dedans (↓) + qui suis dedans (↓)

T149 : d'accord (↓) + alors euh (→) je vous rappelle donc c'est là qu'on va utiliser hein ces dissociations + donc vous pouvez voir un + un fœtus + à l'intérieur (↓) donc vous pouvez rendre transparent le ventre de la maman par exemple ou + ça peut être par tout autre manière (↑) + et vous (→) je vous rappelle le mur (↑) mettez-le à la distance de confort donc si c'est trop près + rééloignez un p'tit peu (↑) + si vraiment vous sentez que c'est euh (→) + que vous voulez voir plus de détails par rapport à l' à l'angle de la scène + vous pouvez le rapprocher un peu MAIS + en vous ce qui compte c'est la distance de confort + au niveau émotionnel (↑) + qu'on puisse travailler dessus tout en se sentant le pluus confortable possible (↓)

En P148, Mme L. valide donc le fait qu'il s'agit bien d'elle dont la mère est enceinte ; cela amène le thérapeute à renforcer la protection de la patiente, de manière plus directive, la directivité pouvant être sécurisante pour elle lorsqu'il s'agit de sa protection. Pour cela, le thérapeute lui propose en T149 un phénomène dissociatif de *dépersonnalisation* (voir « un fœtus » au lieu de "vous voir", et « le ventre de la maman » au lieu du "ventre de votre mère"), auquel il va ajouter une proposition d'*anesthésie émotionnelle* (« ce qui compte c'est la *distance* de confort au niveau émotionnel »). Cette proposition est acceptée par Mme L., qui produit une anesthésie émotionnelle observable en P150, telle qu'elle avait été pratiquée lors de l'expérimentation de découverte des effets hypnotiques :

P150 : *mais j'ai l'impression qu'j'ai pas d'émotion*(voix peu articulée)

T151 : d'accord + BRAVO + super + donc c'est TRÈS très bien comme ça +

En T151, le thérapeute favorise le renforcement de la dissociation émotionnelle exprimée en P150, par la validation et l'encouragement qu'il procure à la patiente.

P152 : mais en fait quand elle + VISE + j'ai ma tête +2+ en fait euh (→) + chuis tournée comme ça et *j'ai la tête là*(montre un point de son estomac) +

T153 : hmm hmm (↑) +

P154 : et en fait c'est là qu'elle vise +

T155 : d'accord + donc est-ce qu'on peut garder la petite fille à la troisième personne (↑) + le p'tit fœtus le p'tit euh (→) +

P156 : ah oui

T157 : hein (↑) s'il vous plaît (↑)

P158 : oui (→)(↑)

T159 : voilà comme ça c'est euh (→)

On retrouve la directivité utilisée lors du tour de parole T149 en T155, après qu'en P152 la patiente ait commencé à quitter la dépersonnalisation lors du travail, alors qu'elle se met à parler à la première personne. L'objectif du thérapeute est ici de faire cumuler les dissociations protectrices à la patiente (corporelle, émotionnelle et dépersonnalisation).

P160 : donc euh elle + elle vise son CŒUR + mais euh (→) + la tête de + du fœtus est + est près du cœur (↓)

T161 : Alors MOI je vous propose une chose (↓) + et comme euh (→) vous avez un privilège énorme c'est que vous savez + comment ça s'est terminé pour VOUS c'est-à-dire BIEN + par rapport à cet événement (↓) + et donc par rapport à cette petite fille on sait quel est le résultat (↑) + elle va survivre (↓) + elle va + elle va survivre et elle va même vivre (↓) + donc + ce que je propose + par contre la (→), c'est + de rajouter + si vous le voulez bien (↑) enfin s, c(→)'est une proposition + un ange gardien (↓) + auprès de ce + fœtus (↓) + ¹[puisque]¹

T161 subordonne tout le processus d'*insight* qui suit jusqu'à P172, mais est également subordonné à tout ce qui précède, dans le sens où seule la construction progressive réalisée depuis T111 permet l'intervention de T161. En effet, la construction des protections dissociatives amène l'événement de la tentative de suicide le plus en douceur possible, ce qui permet à la patiente de refuser confortablement les propositions de changements directs de la scène et d'amener à *sa* manière les détails de l'événement. Ceci permet à son tour au thérapeute

d'accompagner Mme L. dans sa construction sans interférer, tout en étant présent, ce qui va favoriser un renforcement de l'alliance et participer à l'accordage entre patiente et thérapeute. Enfin, tout en laissant Mme L. construire son scénario librement jusqu'à P160, c'est l'ensemble de ce qui précède P160 qui donne au thérapeute la possibilité d'être directif pour la protection de Mme L., tout en maintenant l'alliance. Sans ces étapes progressives, T161 n'aurait probablement pas pu avoir lieu.

L'événement, qui est en train de se passer dans l'instant présent du point de vue de Mme L. depuis P116 jusqu'à P160, risque d'être insoluble, puisque les transformations directes de l'événement proposées par le thérapeute ont été refusées par la patiente (entre T119 et P124). De plus, en P160, on peut réaliser que l'événement est logiquement sur le point d'aboutir au coup de fusil tel qu'il s'est produit selon la réalité interne de Mme L., de manière inchangée, ce que le thérapeute voulait justement éviter depuis T119. Le tour de parole P160 est donc le déclencheur d'un recadrage par le thérapeute en T161, qui commence par un recentrage du focus de la patiente sur la présence du thérapeute (« Alors MOI je vous propose une chose »). Ce tour de parole attire ensuite l'attention de Mme L. sur le fait que l'événement en train de se produire fait partie d'un passé auquel le fœtus va survivre, ce qui permet l'introduction de l'idée d'un ange gardien qui le protège *maintenant* pendant l'événement, *puisque* il survivra. Cet acte de langage en T161 : « ce que je propose par contre la, c'est de rajouter [...] un ange gardien auprès de ce fœtus », déclenche le mouvement d'*insight* chez la patiente, observable à partir de P162.

P162 : ¹[ah oui]¹

T163 : quelque part + finalement + le fait que le fusil ait dérapé que vous m'avez décrit tout à l'heure (↑) + peut-être qui sait +

P164 : ah oui

T165 : donc euh (→) + dans l'imaginaire + de toute façon ça peut ¹[correspondre]¹

P166 : ¹[oui oui oui oui (↓)]¹

T163 favorise l'intensification de ce premier *insight* en étant un argument subordonné, à la fois à la proposition d'amener un ange gardien au fœtus en P161, et à la répétition de cette proposition en T167. En T165, le mot « imaginaire » renforce encore cet *insight*, ce qui est perceptible en P166 grâce à la répétition « oui oui oui oui ». Enfin, la première partie de T167, « c'est d'imaginer qu'y a un ange gardien », se retrouve donc être l'acte directeur de T163 et de T165, comme si ces trois tours de parole n'en formaient qu'un seul malgré les interventions

de Mme L. En effet, le thérapeute suit son idée sans discontinuer, encouragé par la réaction de la patiente. La première partie de T167 : « c'est d'imaginer qu'y a un ange gardien », qui est une répétition de la fin de T161, subordonne la deuxième partie de T167 : « la différence c'est qu'cet ange gardien peut rester avec elle TOUT le temps ».

T167 : + donc c'est euh c'est d'imaginer qu'y a un ange gardien mais la différence c'est qu'cet ange gardien peut rester avec elle (↓) + TOUT le temps (↓) c'est + donc euh (→)

P168 : avec la p'tite fille (↑)

T169 : avec cé cette petite fille qui est pour l'instant pas encore née (↑) + qui va naître d'ici deux *MOIS je crois hein c'est ça (↑)*(decrecendo) +3+ ¹[vous]¹

P170 : ¹[d'ac]¹cord

T171 : et ça c'est une bonne idée (↑)

P172a : ah OUI

T167 va renforcer l'*insight* de Mme L. une fois que l'ambiguïté du « elle » de T167 (mère ou fœtus ?), mise en lumière par P168, sera levée en T169 et P170. En réponse à la question du thérapeute en T171, de savoir si cet ajout d'un ange gardien est une bonne idée, P172 marque l'aboutissement de l'*insight* de la patiente, observable par un « ah OUI » à l'intonation très appuyée.

P172b : puis ¹[même]¹

T173 : ¹[d'accord]¹

P174 : je vois l'ange gardien qui POUSSE le fusil (↓)

T175 : + super + bravo (↓)

En P174, nous observons la première transformation active que Mme L. peut réaliser, effet direct de l'*insight*. Il s'agit littéralement d'un aboutissement, qui va permettre tout le travail ultérieur de la patiente, d'où l'importance de l'encouragement prodigué par le thérapeute en T175.

En conclusion de cette analyse, nous indiquerons la spécificité de cette séquence, qui présente des structures proactives autant que rétroactives, ce qui, à notre avis, rendrait inappropriée une analyse hiérarchique à proprement parler. Nous proposons le résumé suivant, qui consisterait à dire que dans cette séquence, une co-construction entre le thérapeute et la patiente a lieu, qui est composée d'une intrication d'échanges subordonnants et subordonnés

les uns aux autres. De cette co-construction, la structure des mouvements menant à l'*insight* de la patiente a pu être dégagée et mise en évidence.

Chapitre 4. Discussion

12. Interprétation des résultats

12.1 Facteurs à prendre en compte pour l'interprétation des résultats des questionnaires

Cette étude exploratoire avait deux objectifs : d'une part, établir une méthode permettant d'évaluer les effets thérapeutiques de l'hypnothérapie PTR dans le cadre de la prise en charge de personnes présentant des symptômes liés aux psychotraumatismes, et évaluer ces effets thérapeutiques chez une patiente recrutée pour cette étude. D'autre part, mettre en évidence certains processus thérapeutiques permettant d'aboutir à ces effets. Il nous a tout d'abord paru important de prendre en compte les deux facteurs décrits ci-après, qui ont pu jouer un rôle significatif lors des évaluations par questionnaires auto-administrés.

Mme L. a pris un traitement médicamenteux à base d'antidépresseurs durant deux ans à partir de 2017, avant de reprendre le même traitement dans les jours précédant le début de l'hypnothérapie. La patiente a déclaré n'avoir ressenti aucun effet thérapeutique sensible lors de son premier traitement. On peut supposer que les médicaments aient pu avoir un effet thérapeutique dans les semaines qui ont suivi les premières séances hypnothérapeutiques. Toutefois, le fait que la patiente n'ait ressenti aucun effet sur ses symptômes lors du traitement précédent nous laisse interpréter les effets thérapeutiques observés dans la période de l'hypnothérapie comme étant indépendants de la prise des médicaments.

Pour l'interprétation des résultats, il nous semble également important de prendre en compte deux faits qui se sont produits concernant Mme L. durant la période de l'étude. Tout d'abord, six jours avant de remplir la deuxième série de questionnaires auto-administrés, la patiente a passé une IRM qu'elle redoutait depuis deux semaines, au point d'en avoir des crises de panique. Il est possible que le soulagement ressenti par Mme L. après avoir passé cette épreuve ait influé sur les résultats de la passation. D'autre part, au début de sa dixième séance, soit 15 jours avant la troisième passation de questionnaires, Mme L. a été confrontée à des

souvenirs anxiogènes remontés depuis peu à sa conscience, en lien notamment avec des abus sexuels dont elle a été victime adolescente, et avec des rapports d'emprise sur le plan familial. Ces événements ont été travaillés lors de cette session, ainsi qu'à la onzième séance, juste après la troisième passation. Il nous semble vraisemblable que la symptomatologie développée par Mme L. à cette période de la thérapie, dont on peut observer les résultats lors de la troisième passation, ait pour origine ces souvenirs.

12.2 Questionnaires auto-administrés

Les scores totaux de chacun des questionnaires auto-administrés PCL-5, SIDES-SR et DES, suivent globalement une même courbe générale : des scores élevés en début de thérapie, qui évoquent de nombreux symptômes liés aux psychotraumatismes, puis une baisse sensible à très sensible des scores, qui remontent lors de la troisième passation à un niveau parfois plus élevé que les scores de départ. Enfin, les scores baissent à nouveau lors de la dernière passation, plus bas que les scores de départ, sauf en ce qui concerne le DES, dont les scores baissent mais restent tout de même plus élevés qu'au début de la thérapie. Si l'on tient compte du fait que, autour de la période de la troisième passation, Mme L. a été confrontée à des souvenirs anxiogènes, nous pouvons supposer que l'augmentation générale des scores aux questionnaires a été due à cette étape de sa thérapie.

Rappelons qu'en ce qui concerne le PCL-5, un score total compris entre 31 et 33 serait un indicateur probable de la présence d'un TSPT, et qu'un changement de 10 à 20 points entre deux passations serait considéré comme étant significatif cliniquement (chapitre 8.3). De plus, la probabilité d'une présence de TSPT est soumise à l'existence d'au moins 1 symptôme pour chaque critère B et C du DSM-5, évalués dans le PCL-5, et au moins 2 symptômes pour chaque critère D et E. Les scores totaux du PCL-5, dans cette étude, sont non seulement très élevés au début de l'hypnothérapie (Total=63), mais on peut également constater la présence de nombreux symptômes pour chaque critère. Nous en déduisons, et cela a été corroboré par l'anamnèse effectué lors du premier entretien, qu'il y a une forte probabilité que Mme L., au début de sa thérapie, souffre d'un TSPT. Dès la cinquième séance, donc à la deuxième passation, le score total de 51, soit 12 points de moins qu'en début de thérapie, montre une amélioration significative de l'état psychique de la patiente. L'hypothèse du maintien d'un TSPT reste présente, chaque critère ayant toujours un nombre significatif de symptômes, toutefois le nombre plus faible de symptômes pour les critères D et E marque une amélioration. À la troisième passation, qui correspond à la période de la montée de souvenirs anxiogènes chez

Mme L., le score total est encore de 51, et les critères D et E retrouve le même nombre de symptômes qu'au début de la thérapie. Toutefois, deux éléments semblent marquer une amélioration supplémentaire, même légère : l'absence de symptômes liés au critère C (symptômes d'évitement), et une diminution des scores spécifiques de chaque critère. Strictement parlant, l'absence de symptômes correspondant au critère C va dans le sens d'une absence probable de TSPT à partir de la troisième évaluation, soit trois mois après le début de la thérapie, même si les scores totaux restent élevés. Cette amélioration est beaucoup plus marquée lors de la dernière évaluation, le score total de 27 n'atteignant plus le minimum de 31 requis pour émettre une hypothèse diagnostique de TSPT.

Au début de la thérapie, les résultats du SIDES-SR montrent une présence significative de chacune des six catégories de symptômes. Cela mène à l'hypothèse diagnostique de la présence d'un TSPT-C, hypothèse appuyée par les données recueillies lors de l'anamnèse effectuée lors du premier entretien. Les scores suivent la même courbe de progression que les résultats du PCL-5 : nous observons tout d'abord, dès la deuxième passation, une diminution du nombre de catégories présentes, soit 4 catégories au lieu de 6. Ce nombre de catégories remonte à 5 lors de la période anxieuse de Mme L. à la troisième passation, puis baisse à 2 catégories à la fin de l'étude, suggérant la disparition du TSPT-C. Dans le SIDES-SR, nous nous sommes spécifiquement intéressés aux symptômes somatiques, qui ne sont pas évalués par les autres questionnaires. Le fait que dans ce questionnaire, lors de la deuxième passation, les symptômes somatiques significatifs disparaissent alors qu'ils réapparaissent *plus fortement* dans la troisième passation ($M=2$ et $N=3$) que dans la première ($M=2$ et $N=2$), pour finalement revenir au point de départ dans la dernière, pourrait selon nous indiquer que les symptômes somatiques sont, au moins en partie, bien liés à l'état psychique de la patiente. Nous ne pouvons émettre de ces résultats l'hypothèse d'un déplacement de symptômes *au cours* de la thérapie, toutefois cela montre à notre avis l'importance de tenir compte de la variable somatique lors de prochaines études concernant les effets thérapeutiques de l'hypnothérapie dans le domaine du traitement des symptômes liés aux psychotraumatismes.

Les résultats des moyennes des scores totaux du DES suivent la même courbe que les scores du PCL-5 et du SIDES-SR, avec toutefois une différence en ce qui concerne la dernière passation. En effet, la moyenne du score total de la dernière passation, d'une valeur de 21,4, bien qu'ayant diminué si on la compare à celle de la passation précédente (25), reste supérieure au score obtenu en début de thérapie (16,4). De plus, nous rappelons qu'en fonction des auteurs, un score seuil global de 25 ou de 30 au DES doit être établi pour déterminer que la présence

d'un trouble dissociatif pathologique est probable. Or, dans la troisième passation, le score seuil total de 25 est tout juste atteint, ce qui laisse supposer l'existence de troubles dissociatifs pathologiques chez la patiente, au moins temporairement. Si nous analysons plus finement les scores en nous concentrant sur les trois groupes de symptômes dissociatifs évalués par le DES, nous constatons que le groupe de symptômes le plus présent est la *dépersonnalisation/déréalisation*, qui correspond tout à fait au sous-type *avec troubles dissociatifs* de dépersonnalisation ou de déréalisation du TSPT décrit par le DSM-5 (APA, 2015). D'autre part, ce groupe de symptômes suit la courbe des scores généraux, mais d'une manière plus douce, restant toujours entre 23,6 et 28,2 (sauf pour la deuxième passation, durant laquelle les scores de tous les groupes tombent). Ce sont donc les fluctuations des groupes *fragmentation de l'identité par trouble mnésique* et *absorption dans l'imaginaire* qui influent le plus sur les variations obtenues dans les moyennes de scores totaux, le groupe *absorption dans l'imaginaire* n'étant, nous le rappelons, *a priori* pas considéré comme significatif d'un trouble pathologique (Boon & Van der Hart, 2016). Nous en déduisons que le groupe de symptômes potentiellement pathologiques le plus influencé par l'arrivée de souvenirs anxiogènes de Mme L. est celui concernant la *fragmentation de l'identité par trouble mnésique*.

La patiente, Mme L., a affirmé avec enthousiasme, lors du dernier entretien thérapeutique, se sentir mieux et revivre en comparaison du début de la thérapie, tout en sentant qu'il restait « un point final à mettre, qui n'est pas encore tout à fait mis », ainsi qu'un renforcement de sa confiance en elle à effectuer. Nous pouvons par conséquent affirmer que la thérapie n'était pas terminée au moment de la fin de cette étude. Le dernier entretien a eu lieu à la suite d'une séance hypnothérapique au cours de laquelle un profond travail a été réalisé, alors que la dernière passation de questionnaires auto-administrés a eu lieu avant cette dernière séance. Nous pensons qu'il est probable, sans que l'on puisse toutefois le vérifier, que le score plus faible au DES lors de cette passation, mais toujours plus élevé qu'en début de thérapie, alors que le PCL-5 et le SIDES-SR avaient déjà montré une grande diminution des symptômes, aurait marqué une baisse plus forte si le questionnaire avait pu être rempli après cette séance.

12.3 Séquence menant à l'*insight* de la patiente

Dans la séquence d'interaction entre la patiente et le thérapeute qui a été analysée dans cette étude, les mouvements menant à l'*insight* de la patiente ont pu être dégagés à partir de structures proactives autant que rétroactives, à travers les comportements langagiers. Nous estimons fortement probable que cette suite structurée de mouvements qui ont été mis en

évidence, a activement participé à la désensibilisation de l'événement traumatique travaillé dans cette séquence spécifique. En effet, lors de vérifications en entretien juste après la séance d'où est extraite la séquence, et également à la fin de l'étude quatre mois et demi plus tard, la patiente nous a affirmé ne plus être gênée à la pensée de cet événement, ni avoir de symptômes qui y seraient directement liés. Cela revient à dire que, au travers de cette séquence, nous avons pu voir se développer et mettre en lumière, en détail, chaque étape d'un processus thérapeutique de désensibilisation d'un trauma par l'utilisation de deux outils spécifiques en hypnothérapie PTR (protections dissociatives et transformations d'événements traumatiques par l'imaginaire), ainsi que par l'utilisation d'outils et de principes empruntés notamment à la thérapie brève de Palo Alto (la notion de co-construction, la gestion des positions hautes et basses, par exemple), et à l'approche centrée sur la personne (comme les reformulations, l'accueil positif inconditionnel).

Dans la présente étude, nous nous sommes posé la question de savoir s'il pourrait être intéressant d'analyser les comportements gestuels réalisés lors d'une séquence telle que celle que nous avons choisie. Seraient analysés, non seulement la nature des comportements gestuels des deux protagonistes, à l'instar de ce qui a été fait par Blanchet et al. (2005), mais surtout la synchronisation de ces comportements, entre eux et avec les échanges langagiers. Une hypothèse que nous émettons est qu'il pourrait arriver que certains patterns gestuels, à la place d'un tour de parole, pourraient produire une réaction de la patiente au niveau du langage, et ce indépendamment de ce qui est exprimé verbalement par le thérapeute. Le fait est que, outre le manque de temps et de moyens techniques dans le cadre de cette étude, qui ne nous ont pas permis de procéder à cette recherche, la patiente a gardé les yeux fermés la plupart du temps durant les séances hypnothérapeutiques, ce qui aurait rendu cette analyse de synchronisation des comportements en grande partie inutile.

13. Limites

Dans cette étude exploratoire, il a été procédé au meilleur contrôle possible des facteurs communs aux psychothérapies, afin de pouvoir s'assurer que, lors d'études ultérieures, les effets thérapeutiques observés seraient bien dus à l'outil thérapeutique proprement dit plutôt qu'aux autres facteurs. Certains facteurs n'ont toutefois pas été pris en compte dans cette étude, comme le facteur *thérapeute* et le facteur *feed-back* proposés par Isebaert, Cabié et Dellucci (2015), ce qui limite l'impact de l'étude des effets thérapeutiques éventuels d'un outil spécifique.

La question est également posée d'un biais éventuel dû à un phénomène d'habituation lors de la passation des questionnaires auto-administrés, qui aurait pu être provoqué par la passation de quatre séries de questionnaires en seulement 4,5 mois. Mais de manière générale, l'impossibilité d'une étude plus longue qui aurait permis d'observer une thérapie jusqu'à son terme, et également, l'impossibilité de pouvoir procéder à une évaluation des effets thérapeutiques plusieurs mois après la fin de la thérapie, a limité l'impact de cette étude au niveau de l'évaluation des effets thérapeutiques de l'hypnothérapie PTR sur les symptômes de la patiente.

Concernant l'analyse d'une séquence d'interaction entre le thérapeute et la patiente, retranscrite depuis un extrait vidéo de séance hypnothérapique, seules les paroles, ainsi que les rythmes et intonations de la voix, ont été pris en compte pour cette analyse. Or, des comportements gestuels ont pu être observés, sans qu'il en soit tenu compte, faute de temps et de moyens. Il est probable qu'une analyse tenant compte de données sur ces comportements gestuels pourrait apporter de nouveaux éléments de compréhension.

Chapitre 5. Conclusion et perspectives

14. Conclusion

Les résultats des questionnaires montrent à notre avis un effet thérapeutique de l'hypnothérapie PTR, cependant inachevé, la fin de l'étude étant arrivée à son terme avant que la thérapie soit terminée. Nous considérons la période de remontée de souvenirs anxiogènes de la patiente, mise en évidence par les questionnaires et par les entretiens préalables aux séances hypnothérapiques, comme étant une étape de sa psychothérapie. Il a pu être observé, en l'espace de quatre mois et demi, une disparition probable du TSPT/TSPT-C dont aurait souffert Mme L., avec toutefois un travail restant à poursuivre concernant les troubles dissociatifs. Par ailleurs, il a été constaté une évolution des troubles somatiques qui semblait être dépendante de l'état psychique général de la patiente, sans toutefois qu'un déplacement de symptôme éventuel ait pu être mis en évidence, ce qui aurait pu être le cas par exemple si un symptôme était apparu alors que tous les autres symptômes avaient diminué.

L'analyse de la séquence d'interaction thérapeute-patient a permis d'observer que les structures d'interaction menant à l'*insight* de la patiente, en hypnothérapie, étaient autant

proactives que rétroactives. Cette analyse a également permis de mettre en évidence la structure de mouvements de discours et représentationnels menant à l'*insight* de la patiente lors d'un travail de désensibilisation d'un trauma par l'hypnose et PTR.

15. Perspectives

Lors d'études ultérieures éventuelles, à défaut de pouvoir contrôler l'environnement des participants, il nous semble important que le suivi ne soit réalisé que par le seul outil hypnothérapique PTR pour chaque patient, afin que les auto-questionnaires relatent bien avec le maximum de probabilité les effets de cette thérapie spécifique et non ceux d'un mélange d'outils psychothérapeutiques. De plus, nous pensons qu'une éventuelle future étude devrait impliquer un échantillon de plusieurs hypnothérapeutes utilisant l'hypnose PTR, plutôt que de reposer sur un seul thérapeute comme lors de la présente étude. L'objectif en serait le contrôle du facteur *thérapeute* décrit par Isebaert, Cabié et Dellucci (2015). Ensuite, afin d'écartier plus efficacement le biais possible que peut représenter ce facteur, nous pouvons imaginer une comparaison des diminutions de symptômes chez les patients par thérapeute impliqué dans l'étude (Lociuero, 2019). Quant au facteur *feed-back* (Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015), qui correspond à l'évaluation systématique de la réponse du patient à la thérapie, il pourrait être évalué lors de chaque séance, au moyen de l'*outcome rating scale* (ORS), petit auto-questionnaire de quatre questions proposé par Isebaert, Cabié et Dellucci (2015). Cela permettrait d'avoir un retour des patients sur leur perception de l'aide que la thérapie leur apporte (Isebaert, Cabié, & Dellucci, 2015).

De manière plus générale, lors de prochaines études sur les effets thérapeutiques de l'hypnothérapie PTR dans le cadre de la prise en charge de personnes présentant des symptômes liés aux psychotraumatismes, outre une population conséquente de participants, il serait souhaitable de pouvoir, d'une part, poursuivre l'étude au-delà d'une durée de 4,5 mois qui nous semble trop courte dans de nombreux cas. D'autre part, il serait à notre avis très utile de pouvoir effectuer une évaluation un ou deux ans *après* la thérapie, à l'aide de la même série de questionnaires que celle utilisée durant la thérapie elle-même, dans le but de pouvoir vérifier le maintien ou non à long terme des effets de l'hypnothérapie PTR sur les symptômes liés aux psychotraumatismes.

Références

- Al Joboory, S., Soulan, X., Lavandier, A., Saint Jammes, J. T., Dieu, E., Sorel, O., & Bouchard, J.-P. (2019). Psychotraumatologie : Prendre en charge les traumatismes psychiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *177*(7), 717-727. doi:10.1016/j.amp.2019.07.002
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5th ed. ; traduit par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi, P. Boyer, C. Pull et M.-C. Pull-Erpelding). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLOS ONE*, *11*(10), e0161645. doi:10.1371/journal.pone.0161645
- Bachelard, M. (2017). *L'approche intégrative en psychothérapie : Anti-manuel à l'usage des thérapeutes*. Paris, France : ESF.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*, *174*(12), 727-735.
- Bioy, A. (2005). Hypnose, psychothérapie et psychologie clinique. *Perspectives Psy*, *44*(5), 346-354. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2005-5-page-346.htm>.
- Bioy A. (2007). *L'hypnose*. Paris: InterEditions.
- Bioy, A., Crocq, L., & Bachelart, M. (2013). Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *171*(9), 658-661. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.08.001>

- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 669-673. doi:10.1016/0005-7967(96)00033-2
- Blanchet, A., Batt, M., Trognon, A., & Masse, L. (2005). Patterns langagiers et comportementaux dans une séquence d'interaction thérapeutique. In L. Anolli, S. Duncan, M. Magnusson & G. Riva (Eds.), *The hidden structure of social interaction: From genomics to culture patterns*. Amsterdam, Pays-Bas : IOS Press B.V.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. doi:10.1002/jts.22059
- Bokanowski, T. (2005). Le concept de trauma chez S. Ferenczi. In F. Brette (ed.), *Le traumatisme psychique : Organisation et désorganisation* (pp. 27-42). Paris, France : Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.pragi.2005.01.0027
- Boon, S., & Van der Hart, O. (2016). Évaluation et diagnostic des troubles dissociatifs du DSM-5. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (pp. 36-51). Malakoff, France : Dunod.
- Brassine, G. (2010, September). *Les règles d'or de la psychothérapie du trauma réassociative*. Communication présentée au Congrès Émergences : Hypnose et dépression, Saint-Malo, France. Retrieved from http://www.psychosolutions.be/IMG/pdf/PSYCHOTHERAPIE_DU_TRAUMA_REASSOCIATIVE.pdf
- Brassine, G. (2017). *Hypnose conversationnelle stratégique PTR : Syllabus 2017-2018*. La Hulpe, Belgique : Institut Milton Hyland Erickson de Belgique.
- Butler L. D., Duran R. E. F., Jasiukaitis P., Koopman C. & Spiegel D. (1996). Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American journal of psychiatry*, 153, 41-63.
- Cahuzac, G. (2011). De l'importance de la croyance partagée entre thérapeute et patient pour le succès d'une prise en charge : exemple de l'EMDR. In E. Collot (Ed.), *L'alliance thérapeutique* (pp. 175-181). Malakoff, France : Dunod.

- Carlson, J. S., Yohannan, J., Darr, C. L., Turley, M. R., Larez, N. A., & Perfect, M. M. (2019). Prevalence of adverse childhood experiences in school-aged youth: A systematic review (1990–2015). *International Journal of School & Educational Psychology*. doi:10.1080/21683603.2018.1548397
- Carluer, L. (2016). Neurobiologie de la dissociation. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (pp. 16-26). Malakoff, France : Dunod.
- Carroll, L. (1869). *Alice au pays des merveilles* (H. Bué, Trans.). Londres, Angleterre : Macmillan. (Original work published 1865). Retrieved from https://fr.wikisource.org/wiki/Alice_au_pays_des_merveilles/Texte_entier
- Chambon, O., & Marie-Cardine, M. (2019). *Les bases de la psychothérapie*. Malakoff, France : Dunod.
- Cheek, D. B. (1981). Inherent Problems in the Use of Pretrial Hypnosis on a Prospective Witness. *California Law Review*, 68(2), 313. doi:10.2307/3479989
- Clark, B. C., Mahato, N. K., Nakazawa, M., Law, T. D., & Thomas, J. S. (2014). The power of the mind: the cortex as a critical determinant of muscle strength/weakness. *Journal of Neurophysiology*, 112(12), 3219-3226. doi:10.1152/jn.00386.2014
- Clastot, P.-A. (2013). *Hypnose médicale et stress post-traumatiques* (Thèse de doctorat en médecine non publiée). Université de Rouen, Rouen, France. Retrieved from [https://psyaanalyse.com/pdf/HYPNOSE%20MEDICALE%20ET%20STRESS%20POST%20TRAUMATIQUE%20-%20THESE%202013%20\(213%20pages%20-%203,5%20mo\).pdf](https://psyaanalyse.com/pdf/HYPNOSE%20MEDICALE%20ET%20STRESS%20POST%20TRAUMATIQUE%20-%20THESE%202013%20(213%20pages%20-%203,5%20mo).pdf)
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2014). *Traiter les victimes de la maltraitance infantile : Psychothérapie de l'existence interrompue* (G. E. Sarfati, Trans.). Paris, France : Dunod.
- Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu (Lassell), F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety*. Advance online publication. doi:10.1002/da.21920

- Crocq, L. (2011). *Histoire du trauma*. Retrieved from <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/crocqHistoireDuTrauma.pdf>
- Crocq, L. (2014). Stress et trauma. In L. Crocq (Ed.), *Traumatismes psychiques : Prises en charge psychologique des victimes* (pp. 7-16). Paris, France : Elsevier Masson.
- Damiani, C., & Pereira-Fradin, M. (2006). *Traumag : Questionnaire d'évaluation du traumatisme psychique*. Paris, France : ECPA.
- Darves-Bornoz, J.-M., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1999). Validation of a French version of the dissociative experiences scale in a rape-victim population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(3), 271-275. doi:10.1177/070674379904400308
- De Foucault, V. (2013). Évaluation clinique. In M. Kédia, A. Sabouraud-Séguin, et al. (Eds.), *L'aide-mémoire de psychotraumatologie : En 49 notions* (2nd ed., pp. 168-173). Paris, France : Dunod.
- Dell, P. F. (2006). The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(2), 77-106. doi:10.1300/J229v07n02_06
- Dellucci, H. (2016). La stabilisation : La pierre angulaire d'un traitement efficace en psychotraumatologie. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (pp. 52-76). Malakoff, France : Dunod.
- De Roten, Y. (2011). L'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ? Le point de vue de la recherche en psychothérapie. In E. Collot (Ed.), *L'alliance thérapeutique* (pp. 3-16). Malakoff, France : Dunod.
- Despland, J.-N., de Roten, Y., & Kramer, U. (2018). *L'évaluation des psychothérapies*. Paris, France : Lavoisier.
- Despland, J.-N., de Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Revue Médicale Suisse*, 4, 20758.
- Despland, J.-N., Zimmermann, G., & de Roten, Y. (2006). L'évaluation empirique des psychothérapies. *Psychothérapies*, 26(2), 91. doi:10.3917/psys.062.0091

- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: The revised APA division 30 definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(1), 1-9. doi:10.1037/e529552007-001
- Erickson, M. H. (2015). *L'hypnose thérapeutique : Quatre conférences* (8th ed. ; J.-A. Malarewicz & J. Fleiss, Trans.) [E-book Kindle]. Paris, France : ESF. (Original work published 1983)
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1999). *L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose : Tome 1 : De la nature de l'hypnose et de la suggestion* (A. Touyarot & J. Taillandier, Trans.). Bruxelles, Belgique : SATAS. (Original work published 1980)
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (2000). *L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose : Tome 2 : Altération par l'hypnose des processus sensoriels, perceptifs et psychophysiologiques* (A. Touyarot & J. Taillandier, Trans.). Bruxelles, Belgique : SATAS. (Original work published 1980)
- Fareng, M., & Plagnol, A. (2014). Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose. *PSN*, 12(4), 29-46.
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In R. A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Eds.), *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic* (pp. 77-87). Cambridge, Angleterre: Cambridge University Press.
- Ferenczi, S. (2004). *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant : Le langage de la tendresse et de la passion* (J. Dupont, S. Hommel, F. Samson, P. Sabourin, & B. This, Trans.). Paris, France : Payot & Rivages. (Original work published 1932).
- Ferenczi, S. (2014). *Journal clinique : Janvier-octobre 1932* (S. Achache-Wiznitzer, J. Dupont, S. Hommel, G. Kassai, F. Samson, P. Sabourin, & B. This, Trans.). Paris, France : Payot & Rivages. (Original work published 1932).
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17. doi:10.1037/a0025749

- Freud, S. (2013). *Au-delà du principe de plaisir* (2nd ed., J. Altounian, A. Bourguignon, P. Cotet, & A. Rauzy, Trans.). Paris, France : Presses Universitaires de France. (Original work published 1920).
- Friedman, M. J. (1981). Post-Vietnam syndrome: Recognition and management. *Psychosomatics*, 22(11), 931-942. doi:10.1016/S0033-3182(81)73455-8
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27(2), 143-153.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., & Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 257-269.
- Gueguen, J., Barry, C., Hassler, C., & Falissard, B. (2015). *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose*. INSERM. Retrieved from <https://www.libreveil.fr/wp-content/uploads/2017/02/Evaluation-de-l-efficacite-de-la-pratique-de-l-hypnose.pdf>
- Guelfi, J.-D. (2016). Les troubles dissociatifs dans le DSM-5. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (pp. 27-34). Malakoff, France : Dunod.
- Haley, J. (2007). *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson* (F. Robert, Trans.). Paris, France : Desclée de Brouwer. (Original work published 1973).
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1326-1336. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1326
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York, NY: Oxford University Press.

- Institut Milton Hyland Erickson de Belgique. (2019a). *Hypnose conversationnelle stratégique-PTR*. Retrieved from <https://www.imheb.be/therapies-breves-hypnose-conversationnelle-strategique/ptr-psychotherapie-trauma-reassociative/>
- Institut Milton Hyland Erickson de Belgique. (2019b). *Hypnose : Formations et thérapies*. Retrieved from <https://www.imheb.be/>
- Institut Milton Hyland Erickson de Belgique. (2019c). *Viols et agressions sexuelles avec usage de stupéfiants : Traitement PTR*. Retrieved from <https://www.imheb.be/news/publications/viols-agressions-sexuelles-usage-de-stupefiants-traitement-ptr-psychotherapie-trauma-reassociative/>
- Isebaert, L., & Cabié, M. (2015). *Pour une thérapie brève*. Toulouse, France : Érès. doi:10.3917/eres.iseb.2015.01
- Isebaert, L., Cabié, M.-C., & Dellucci, H. (2015). *Alliance thérapeutique et thérapies brèves : Le modèle de Bruges*. Toulouse, France : Érès.
- Janet, P. (2005). L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes. In P. Janet, *Premiers écrits psychologiques* (pp. 87-112). Paris, France : L'Harmattan. (Original work published 1887)
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. London & New York: Macmillan.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 299-328.
- Josse, E. (2016). Les scénarii réparateurs des mnésies traumatiques par hypnose et EMDR. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (pp. 156-171). Malakoff, France : Dunod.
- Kédia, M. (2009). La dissociation : Un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatrique*, 74(4), 487-496. doi:10.1016/j.evopsy.2009.09.013
- Kédia, M. (2013). Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In M. Kédia, A. Sabouraud-Séguin, et al. (Eds.), *L'aide-mémoire de psychotraumatologie : En 49 notions* (2nd ed., pp. 2-12). Paris, France : Dunod.

- Laconi, S., Cailhol, L., Pourceld, L., Thalamase, C., Lapeyre-Mestred, M., & Chabrol, H. (2015). Relation entre mécanismes de défense et alliance thérapeutique. *L'Encéphale*, 41, 429-434. doi:10.1016/j.encep.2014.10.021
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried, (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York, NY : Basic Books.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse : Sous la direction de Daniel Lagache* (5th ed.). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Boston, MA: Springer.
- Lazignac, C., Cicotti, A., Bortoli, A.-L., Kelley-Puskas, M., & Damsa, C. (2005). Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163(10), 889-895. doi:10.1016/j.amp.2005.09.021
- Lociuro, J. (2019). *Le traitement de la dissociation traumatique par l'hypnothérapie PTR* (Mémoire de master non publié). Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique. Retrieved from <https://www.imheb.be/wp-content/uploads/2018/08/Memoire-Julien-Lociuro-ULB-Le-traitement-de-la-dissociation-traumatique-par-l-hypnotherapie-PTR-1.pdf>
- Lopez, G., & Bouasker, A. (2016). Le psychotraumatisme. In G. Lopez (Ed.), *Traiter les psychotraumatismes* (pp. 4-28). Malakoff, France : Dunod.
- Malarewicz, J. A., & Godin, J. (1986). *Milton H. Erickson : De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*. Paris, France : ESF.
- Mazevet, C. (2011). Alliance thérapeutique et approche intégrative. In E. Collot (Ed.), *L'alliance thérapeutique* (pp. 35-52). Malakoff, France : Dunod.
- Megglé, D. (2011). *Douze conférences sur l'hypnose, la thérapie brève et les sangliers*. Bruxelles, Belgique : Satas.

- Moreau de Tours, J. J. (1845). *Du hachisch et de l'aliénation mentale*. Paris, France : Éditions Fortin, Masson et Cie. Retrieved from <http://psychanalyse-paris.com/Excitation-dissociation-des-idees.html>
- Moreni, A., & Barber, A. (2014). Origines et histoire de l'hypnose. Retrieved from https://www.hopital-europeen.fr/sites/default/files/pub_doc_pdf/origines_et_histoire_de_lhypnose.pdf
- Morris-Smith, J., & Silvestre, M. (2015). *L'EMDR avec l'enfant et sa famille: Contextualisation et travail intégratif*. Paris, France : Dunod.
- Moskowitz, A., Read, J., Farrelly, S., Rudegeair, T., & Williams, O. (2009). Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind? In P. Dell & J. O'Neill (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 521-533). Londres, Angleterre: Routledge.
- Mowrer, O. H. (1950). *Learning theory and personality dynamics: selected papers*. Oxford: Ronald Press. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,uid&db=psyh&AN=1951-04133-000&lang=fr&site=ehost-live>
- Mowrer, O. H. (1995). *Learning theory and personality dynamics*. New York: Arnold, 1995.
- Musa, C. (2000). Thérapies comportementales et cognitives dans les troubles anxieux (1ère partie) : Phobies spécifiques, trouble d'anxiété généralisée, trouble panique et agoraphobie. *Act. Méd. Int. - Psychiatrie 10*(17), 357-361.
- Musa, C. (2001). Thérapies comportementales et cognitives dans les troubles anxieux (2ème partie) : La phobie sociale, le trouble obsessionnel compulsif, l'état de stress post-traumatique. *Act. Méd. Int. - Psychiatrie 1*(18), 14-17.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, 688-694.

- Nijenhuis, E. R. S., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445. doi:10.1080/15299732.2011.570592
- Nijenhuis, E., van der Hart, O., & Steele, K. (2010). Trauma-related structural dissociation of the personality. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 1-23.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11)*. Retrieved from [https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Pace, P. (2018). *Pratiquer l'ICV : L'intégration du cycle de la vie* (2nd ed. ; C. Clément & J. Smith, Trans.). Malakoff, France : Dunod. (Original work published 2003)
- Parsons-Fein, J. (2018). In the Room with Milton H. Erickson, M.D. Volume 2 [YouTube]. Consulté sur <https://www.youtube.com/watch?v=XB4ji-xfvd8>
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditional reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex* (G. V. Anrep, Trans.). Oxford, England: Oxford University Press. Original work published 1927.
- Payer, M. (2012). *L'état de stress post-traumatique-complexe : Un concept novateur à explorer* (Doctoral dissertation, Université de Montréal (Canada)).
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3-16. doi:10.1002/jts.2490100103
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241-251. doi:10.1002/jts.21699
- Rodgers, R., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L., & Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : Apports de la recherche empirique. *L'encéphale : Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, 36(5), 433-438. doi:10.1016/j.encep.2010.02.005

- Romano, H. (2013). Trauma et événements traumatiques : Repères pour une prise en charge adaptée. In H. Romano (Ed.), *L'aide-mémoire de l'urgence médico-psychologique* (2nd ed. ; pp. 21-25). Paris, France : Dunod.
- Romero-López, M. J. (2016). A review of the dissociative disorders: from multiple personality disorder to the posttraumatic stress. *Anales de Psicología*, 32(2), 448-456. doi:10.6018/analesps.32.2.218301
- Rosenzweig, S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5-9. doi:10.1037//1053-0479.12.1.5
- Salmona, M. (n.d.). *Mémoire traumatique et victimologie : Introduction*. Retrieved from <http://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>
- Salmona, M. (2012). Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In R. Coutenceau, J. Smith & S. Lemitre, *Trauma et résilience* (pp. 113-120). Paris, France : Dunod.
- Salmona, M. (2018). *Le livre noir des violences sexuelles* (2nd ed.). Malakoff, France : Dunod.
- Selye, H. (1976). Stress without distress. In G. Serban (ed.), *Psychopathology of human adaptation* (pp. 137-146). Boston, MA: Springer. doi:10.1007/978-1-4684-2238-2_9
- Shapiro, F. (1991). Eye movement desensitization and reprocessing procedure: From EMD to EMDR: A new treatment model for anxiety and related traumata. *Behavior Therapist*, 14(5), 133-135.
- Simon, V. (2016). Hypnose médicale ericksonienne et dissociation traumatique dans l'agression sexuelle. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (pp. 172-179). Malakoff, France : Dunod.
- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Smith, J. (2016). Dissociation structurelle : Repérages. In J. Smith (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (pp. 2-15). Malakoff, France : Dunod.
- Steffan, A. J. (2017). Une perspective psychobiologique sur l'ICV. In J. Smith (Ed.), *Applications cliniques de l'ICV* (pp. 218-241). Malakoff, France : Dunod.

- Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes : Histoire, concepts et applications*. Paris, France : Dunod.
- Thompson, K. (2004). *The art of therapeutic communication: The collected works of Kay F. Thompson* (S. Kane & K. Olness, Eds.). Carmarthen, United Kingdom: Crown House.
- U.S. Department of Veterans Affairs. (2019, August 29). *PTSD: National Center for PTSD: PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Vaiva, G., Jehel, L., Cottencin, O., Ducrocq, F., Duchet, C., Omnes, C., ... Roelandt, J.-L. (2008). Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*, 34(6), 577-583. doi:10.1016/j.encep.2007.11.006
- Van der Hart, O., & Dorahy, M. J. (2009). History of the concept of dissociation. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. (pp. 3-26). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2017). *Le soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique* (F. Mousnier-Lompré & H. Dellucci, Trans.). Louvain-la-Neuve, Belgium : De Boeck Supérieur. (Original work published 2006)
- Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vanderlinden, J., Verkes, R., & Vertommen, H. (1993). The dissociation questionnaire (DIS-Q) : Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(1), 21-27. doi:10.1002/cpp.5640010105
- Villien P. (2006). Sens et intérêt de l'intervention hypnotique dans les états psychotraumatiques. In D. Michaux (dir.), *Hypnose et dissociation psychique*. Paris, France : Imago.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-Analysis of the Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(06). doi:10.4088/jcp.12r08225

- Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Retrieved from https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5_LEC_criterionA.PDF
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Retrieved from https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5_LEC_criterionA.PDF
- Wittezaele, J. J., & Nardone, G. (2016). *Une logique des troubles mentaux. Le diagnostic opératoire systémique et stratégique (DOSS)*. Paris, France : Le Seuil.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/1/9789241564793_eng.pdf?ua=1&ua=1
- World Health Organization (2019a, April). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (ICD-11): Complex post traumatic stress disorder*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559>
- World Health Organization (2019b, April). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (ICD-11): Dissociative disorders*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f108180424>
- World Health Organization (2019c, April). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (ICD-11): Post traumatic stress disorder*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2070699808>
- Yao, S. N., Cottraux, J., Note, C., De Mey-Guillard, C., Mollard, E., & Ventureyra, V. (2003). Évaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. *L'Encéphale*, 29(3), 232-238.

Annexe 1 : Notice d'information

Frédéric VERHAEGEN
Maître de conférences en
psychologie
Maître de mémoire
UFR Sciences Humaines
Université de Lorraine
23 boulevard Albert 1^{er}
BP 60446
54001 NANCY CEDEX
frederic.verhaegen@univ-lorraine.fr



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE

CAMPUS LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES
NANCY

NOTICE D'INFORMATION

Vous êtes invité.e à participer à une recherche intitulée :

« Processus et effets thérapeutiques de l'hypnothérapie PTR dans le cadre de la prise en charge de personnes présentant des symptômes liés aux psychotraumatismes ».

Le présent document vous renseigne sur les modalités de cette recherche.

Cette recherche, réalisée par Gilles Rabinovitch, étudiant en master 2 de psychologie, sous la direction de Frédéric Verhaegen, Maître de conférences en psychologie à l'université de Lorraine, site de Nancy, s'effectue avec l'accord de Madame Véronique Lenoël, psychologue au Centre Hospitalier Jean Leclaire de Sarlat-la-Canéda.

De manière générale, cette recherche a pour objectif d'évaluer les effets thérapeutiques de l'hypnothérapie PTR sur les symptômes liés aux psychotraumatismes, ainsi que d'observer et de décrire les manifestations du changement dans l'interaction psychothérapeutique. Pour ce faire, d'une part nous analysons les interactions entre un hypnothérapeute et son patient, préalablement enregistrées à l'aide d'un dispositif prévu à cet effet (enregistrement vidéo des séances). D'autre part, nous proposons au patient trois questionnaires courts destinés à évaluer les symptômes liés aux psychotraumatismes, une première fois au début de sa thérapie, puis une ou deux autres fois quelque temps après le début de sa thérapie.

En acceptant d'être filmé et de répondre aux questionnaires, votre participation à cette étude permet l'accroissement des connaissances dans le domaine de la psychothérapie. Les avantages sont nombreux : pour vous d'abord puisque cela vous donne la garantie d'un suivi sérieux et contrôlé, pour le thérapeute qui peut vous offrir le service le plus approprié, pour les futurs psychothérapeutes qui se forment et qui pourront bénéficier des résultats de cette recherche, et enfin, pour les futurs patients qui, grâce à votre contribution, pourront bénéficier de l'enrichissement de la prise en charge.

Votre participation à l'étude ne modifie en rien votre prise en charge habituelle et ne nécessite aucun examen médical. Les séances psychothérapeutiques seront filmées et enregistrées afin d'être étudiées uniquement par M. Gilles Rabinovitch et M. Frédéric Verhaegen, qui participent à l'étude et sont soumis au secret professionnel. Par conséquent, nous vous garantissons que les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Votre participation à cette recherche est volontaire. Vous avez le droit de refuser d'y participer. Si vous choisissez d'y participer, vous ne percevrez pas d'indemnité. Votre décision de cesser votre participation ne vous causera aucun préjudice et ne modifiera en rien votre prise en charge.

Afin d'être en accord avec la législation, votre accord écrit est indispensable.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Gilles Rabinovitch et Frédéric Verhaegen

Annexe 2 : Formulaire de recueil de consentement

Frédéric VERHAEGEN
Maître de conférences en
psychologie
Maître de mémoire
UFR Sciences Humaines
Université de Lorraine
23 boulevard Albert 1^{er}
BP 60446
54001 NANCY CEDEX
frederic.verhaegen@univ-lorraine.fr



FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

De : M^{me}, M.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Frédéric VERHAEGEN et Gilles RABINOVITCH m'ont proposé de participer à la recherche intitulée : « *Processus et effets thérapeutiques de l'hypnothérapie PTR dans le cadre de la prise en charge de personnes présentant des symptômes liés aux psychotraumatismes* ».

J'ai reçu **oralement et par écrit** toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude, les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision.

Sans justification et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés, je suis libre d'interrompre ma participation à tout moment, auquel cas j'en informerai mon psychothérapeute et les chercheurs impliqués dans cette étude.

En foi de quoi, **j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche et autorise les chercheurs mentionnés ci-dessus à utiliser ces enregistrements dans le cadre de la recherche.**

Les données ayant trait à mon identité, ma situation administrative, mes habitudes de vie demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par les personnes chargées de cette recherche et astreintes au secret professionnel. Cette recherche est régie par le code de déontologie des psychologues (1996). J'ai bien été informé.e et j'ai compris que je pourrai obtenir une information en retour à l'issue de la recherche et que les données personnelles qui me concernent resteront confidentielles et ne pourront être intégrées dans un rapport ou une publication scientifique qu'à condition qu'il y ait un strict respect de mon anonymat.

À ma demande, je peux obtenir toute information complémentaire auprès de Frédéric Verhaegen et Gilles Rabinovitch.

Je serai informé.e de toute nouvelle information durant l'étude, susceptible de modifier ma décision quant à ma participation à celle-ci.

| | |
|---|--|
| Nom et Prénom : | Pour l'équipe des investigateurs : Gilles Rabinovitch |
| Signature précédée de la mention « lu et approuvé » : | Signature du responsable de la recherche : |
| Date et Lieu : | Date et Lieu : |

Annexe 3 : LEC-5

LEC-5

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qui peuvent parfois se produire. Pour chacun des événements, cochez une ou plusieurs cases à droite pour indiquer que : (a) vous l'avez vécu personnellement; (b) une autre personne l'a vécu et vous en avez été témoin; (c) vous avez appris qu'un membre de la famille ou un ami proche l'a vécu; (d) vous y avez été exposé dans le cadre de votre travail (par exemple, ambulancier, police, militaire, ou autre premier répondant); (e) vous êtes incertain ou (f) cela ne s'applique pas à vous.

Soyez certain de considérer votre vie entière (votre enfance ainsi que l'âge adulte) lorsque vous progressez dans la complétion de la liste.

| Évènement | Cela m'est arrivé | J'en ai été témoin | Je l'ai appris | Fait partie de mon travail | Incertain | Ne s'applique pas |
|---|-------------------|--------------------|----------------|----------------------------|-----------|-------------------|
| 1. Catastrophe naturelle (<i>par exemple, inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre</i>) | | | | | | |
| 2. Incendie ou explosion | | | | | | |
| 3. Accident de transport (<i>par exemple, accident de voiture, accident de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion</i>) | | | | | | |
| 4. Accident grave au travail, à domicile, ou pendant une activité de loisir | | | | | | |
| 5. Exposition à une substance toxique (<i>par exemple, produits chimiques dangereux, radiation</i>) | | | | | | |
| 6. Agression physique (<i>par exemple, se faire attaquer, frapper, gifler, recevoir des coups de pieds, se faire battre</i>) | | | | | | |
| 7. Voie de fait armée (<i>par exemple, se faire tirer dessus, poignarder, menacer avec un couteau, une arme à feu ou une bombe</i>) | | | | | | |
| 8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'effectuer tout type d'acte sexuel par la force ou sous les menaces) | | | | | | |
| 9. Autre expérience sexuelle non désirée ou inconfortable | | | | | | |
| 10. Conflit armé ou exposition à une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil) | | | | | | |
| 11. Captivité (<i>par exemple, se faire kidnapper, enlever, prendre en otage, incarcérer comme prisonnier de guerre</i>) | | | | | | |
| 12. Maladie ou blessure mettant la vie en danger | | | | | | |
| 13. Souffrance humaine sévère | | | | | | |
| 14. Décès soudain et violent (<i>par exemple, homicide, suicide</i>) | | | | | | |
| 15. Décès accidentel soudain | | | | | | |
| 16. Blessure grave, dommage ou décès que vous avez causé à quelqu'un d'autre | | | | | | |
| 17. Toute autre expérience ou événement très stressant. | | | | | | |

SVP COMPLÉTEZ LA PARTIE 2 SUR LA PAGE SUIVANTE.

LEC-5 (10/27/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane – National Center for PTSD

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD

Traduction française : Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tous droits réservés 2015.

PARTIE 2:

A. Si vous avez coché quelque chose au #17 dans la PARTIE 1, identifiez brièvement l'évènement auquel vous pensiez :

B. Si vous avez vécu plus d'un évènement décrit dans la PARTIE 1, pensez à l'évènement considéré comme étant le pire évènement, c'est-à-dire pour ce questionnaire, l'évènement qui vous dérange le plus actuellement. Si vous n'avez vécu qu'un seul évènement décrit dans la PARTIE 1, considérez celui-ci comme étant le pire évènement. S'il vous plaît, répondez aux questions suivantes quant au pire évènement (cochez toutes les options qui s'appliquent) :

1. Décrivez brièvement le pire évènement (par exemple, ce qui s'est passé, qui a été impliqué, etc.) :

2. Depuis combien de temps l'évènement s'est-il produit? _____ (donnez une estimation si vous n'êtes pas certain)

3. Comment l'avez-vous vécu?

_____ Cela m'est arrivé directement

_____ J'en ai été témoin

_____ J'ai appris qu'un membre de la famille ou un ami proche l'a vécu

_____ J'y ai été exposé à plusieurs reprises dans le cadre de mon travail (par exemple, ambulancier, police, militaire, ou autre premier répondant)

_____ Autre, précisez :

4. La vie de quelqu'un était-elle en danger?

___ Oui, la mienne

___ Oui, la vie de quelqu'un d'autre

___ Non

5. Quelqu'un a-il été gravement blessé ou tué?

___ Oui, j'ai été gravement blessé

___ Oui, quelqu'un d'autre a été gravement blessé ou tué

___ Non

6. L'évènement impliquait-il une agression sexuelle? ___ Oui ___ Non

7. Si l'évènement a entraîné la mort d'un membre de la famille ou d'un ami proche, était-ce dû à un type d'accident ou de violence, ou était-ce dû à des causes naturelles?

___ Un accident ou de la violence

___ Causes naturelles

___ Ne s'applique pas (l'évènement n'a pas entraîné la mort d'un membre de la famille ou d'un ami proche)

8. Combien de fois, au total, avez-vous vécu un évènement similaire, soit aussi stressant ou presque aussi stressant que le pire évènement vécu?

___ Seulement une fois

___ Plus qu'une fois (SVP précisez ou estimez le nombre total de fois que vous avez vécu cette expérience _____)

LEC-5 (10/27/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane -- National Center for PTSD

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD

Traduction française : Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tous droits réservés 2015.

Annexe 4 : PCL-5

PARTIE 3 :

Voici une liste de problèmes parfois vécus à la suite d'une expérience très stressante. En gardant en tête le pire événement vécu, lisez attentivement chacun des problèmes et encerclez un des chiffres à droite pour indiquer à quel point vous avez été dérangé par ce problème au cours du dernier mois.

| Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été dérangé par : | Pas du tout | Un peu | Modérément | Beau coup | Extrêmement |
|---|-------------|--------|------------|-----------|-------------|
| 1. Des souvenirs répétitifs, perturbants et non désirés de l'expérience stressante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Des rêves répétitifs et perturbants de l'expérience stressante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. L'impression soudaine de vous sentir ou d'agir comme si l'expérience stressante se produisait à nouveau (comme si vous étiez là en train de le revivre)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Le fait d'être bouleversé lorsque quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. De fortes réactions physiques quand quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante (par exemple, palpitations cardiaques, difficultés à respirer, transpiration)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. L'évitement des souvenirs, pensées ou émotions associées à l'expérience stressante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. L'évitement des rappels externes de l'expérience stressante (par exemple, des personnes, des endroits, des conversations, des activités, des objets ou des situations)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Le fait d'avoir de la difficulté à vous souvenir de certaines parties importantes de l'expérience stressante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Le fait d'avoir de fortes croyances négatives de vous-même, d'autrui ou du monde (par exemple, avoir des pensées telles que « Je suis mauvais, il y a quelque chose qui ne va vraiment pas chez moi, on ne peut faire confiance à personne, le monde est tout à fait dangereux »)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Le fait de vous blâmer ou de blâmer quelqu'un d'autre pour l'expérience stressante et/ou pour ce qui s'est produit par la suite? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. La présence de fortes émotions négatives telles que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. La perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Un sentiment d'éloignement ou d'isolement vis-à-vis des autres? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Le fait d'avoir de la difficulté à ressentir des émotions positives (par exemple, être incapable de ressentir de la joie ou de ressentir de l'amour pour vos proches)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Le fait de vous sentir irritable ou en colère ou le fait d'agir de façon agressive? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Le fait de prendre trop de risques ou faire des choses qui pourraient vous blesser? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Le fait de vous sentir en état d'alerte, vigilant ou sur vos gardes? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Le fait de vous sentir agité ou de sursauter facilement? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Des difficultés de concentration? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Des difficultés à vous endormir ou à rester endormi? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

LEC-5 (10/27/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane -- National Center for PTSD

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD

Traduction française : Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tous droits réservés 2015.

Annexe 5 : SIDES-SR

Nom : _____ Date : _____ N° session : _____ Thérapeute : _____

SIDE-SR

Les items qui suivent décrivent des difficultés que peuvent vivre certaines personnes. Après chaque affirmation, veuillez indiquer votre situation à partir du choix de réponse présenté :

Au cours des derniers mois...

1. De petits problèmes me contrarient beaucoup. Par exemple, je me mets en colère à cause d'une frustration mineure. Je pleure facilement.
 - Aucunement ; pas du tout
 - Parfois, je réagis de façon un peu excessive
 - Des fois, je suis très contrarié/e ou tout me contrarie plus que d'habitude
 - Souvent, je deviens extrêmement contrarié/e, j'ai des crises de colère
2. Après avoir été contrarié/e, j'ai de la difficulté à me calmer et j'ai ensuite de la difficulté à continuer comme si de rien n'était.
 - Aucunement ; pas du tout
 - Je suis contrarié/e momentanément
 - Je continue à être contrarié/e pendant des heures
 - Je suis complètement envahi/e par cela
3. Lorsque je me sens contrarié/e, j'ai de la difficulté à trouver des moyens pour me calmer.
 - Aucunement ; pas du tout
 - J'ai besoin de faire des efforts particuliers pour me calmer (p. ex. : parler, les sports, écouter de la musique)
 - J'ai besoin de tout arrêter et de concentrer toute mon énergie à me calmer
 - J'ai besoin d'avoir recours à des moyens extrêmes, comme me saouler, prendre de la drogue, ou faire d'autres choses nuisibles à mon corps
4. Je me sens fâché/e la plupart du temps.
 - Aucunement ; pas du tout
 - Je me sens fâché/e mais je suis capable de passer à d'autres choses
 - Ma colère m'empêche de faire des choses
 - Ma colère domine ma vie au quotidien
5. Je pense ou je m'imagine en train de blesser quelqu'un.
 - Aucunement ; pas du tout
 - Oui, des pensées fugaces (qui s'estompent rapidement)
 - Je pense à blesser les gens tous les jours
 - Je ne peux m'arrêter de penser à blesser les gens
6. J'ai de la difficulté à contrôler ma colère.
 - Aucunement ; pas du tout
 - Je réagis brusquement avec les gens
 - Je crie ou je lance des choses
 - J'attaque les gens physiquement

7. Je crains que les gens découvrent à quel point je suis en colère.
- Aucunement ; pas du tout
 - J'ai de la difficulté à confronter quelqu'un quand il me blesse
 - Je ne confronte pas la personne contre laquelle je suis fâché/e mais je montre ma colère d'autres façons
 - Je ne laisse pas savoir à personne, par mes mots ou mes actions, que je suis en colère
8. J'ai été impliqué/e dans des accidents ou j'ai été près de l'être.
- Aucunement ; pas du tout
 - Des accidents occasionnels qui m'ont causé des blessures ou de la douleur mais qui ne nécessitaient pas d'attention médicale
 - Un accident ou épisode qui a nécessité une attention médicale
 - Plus d'un accident ou épisode grave qui ont nécessité une attention médicale
9. Ma sécurité me laisse indifférent/e.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je connais les risques associés aux relations interpersonnelles ou aux situations que je vis mais je ne fais rien pour les éviter
 - Je prends des risques inutiles concernant les personnes avec qui je suis ou les endroits que je fréquente
 - Je fréquente des individus qui pourraient être dangereux ; je ne prends pas de moyens pour me protéger dans ces situations
10. J'ai délibérément tenté de me faire mal (comme me brûler ou me couper).
- Aucunement ; pas du tout
 - Je frappe ou donne des coups de pied aux objets
 - Je me fais mal délibérément (en me pinçant, me grattant, frappant, me cognant) sans blessures graves
 - Je me fais mal délibérément de manière à causer des blessures physiques sérieuses
11. J'ai pensé me tuer.
- Aucunement ; pas du tout
 - J'y ai pensé mais je n'ai pas élaboré de plan suicidaire
 - J'ai posé des gestes ou j'étais préoccupé/e par des plans suicidaires de manière récurrente
 - J'ai fait une ou plusieurs tentatives de suicide
12. Je fais activement des efforts pour éviter de penser au sexe.
- Aucunement ; pas du tout
 - J'essaie de ne pas penser au sexe
 - Je travaille très fort pour ne pas penser au sexe
 - Je ne tolérerai aucune pensée par rapport au sexe
13. En général, cela me dérange de me faire toucher.
- Aucunement ; pas du tout
 - Cela me dérange parfois
 - Cela me dérange souvent ou régulièrement
 - Je ne pourrais tout simplement pas le tolérer
14. Cela me dérange de me faire toucher d'une manière sexuelle.
- Aucunement ; pas du tout
 - Cela me dérange parfois
 - Cela me dérange souvent ou régulièrement
 - Je ne pourrais tout simplement pas le tolérer

15. J'évite activement les relations sexuelles.
- Aucunement ; pas du tout
 - Il m'arrive d'inventer des excuses
 - J'essaie de ne pas avoir de relations sexuelles
 - Je n'ai pas de relations sexuelles
16. Je pense au sexe plus souvent que je le souhaiterais.
- Aucunement ; pas du tout
 - J'y pense trop
 - Ces pensées me distraient de ce que je devrais être en train de faire
 - Ces pensées m'obsèdent
17. Je me sens poussé/e à prendre part à des activités sexuelles sans réellement sentir que j'ai le choix.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je sens la pression mais elle ne me pousse pas à agir
 - Je me sens obligé/e mais je me force à arrêter
 - Je m'engage dans des activités sexuelles de manière compulsive
18. Je sais que mes activités sexuelles peuvent me mettre en danger.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je suis un peu imprudent/e
 - Je me persuade d'ignorer le danger ou je le vois seulement après coup
 - Je me place dans des situations dangereuses en toute connaissance de cause
19. Je m'expose à des situations qui pourraient être dangereuses. Par exemple, je me retrouve à fréquenter des gens qui pourraient me faire du mal. Je vais dans des endroits qui ne sont pas sécuritaires. Je conduis trop vite.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je suis un peu imprudent/e
 - Je me persuade d'ignorer le danger ou je vois seulement le danger après coup
 - Je me place dans des situations dangereuses en toute connaissance de cause
20. Il y a des parties de ma vie dont je ne me souviens plus, ou je suis confus/e à propos de ce qui s'est produit, ou je suis incertain/e à savoir si des choses importantes me sont arrivées ou non.
- Aucunement ; pas du tout
 - J'ai quelques blancs de mémoire
 - Il y a d'importants trous dans ma mémoire ; des périodes manquantes
 - Je n'ai pas de souvenirs de jours, de mois ou d'années de ma vie
21. J'ai de la difficulté à garder la notion du temps dans ma vie quotidienne.
- Aucunement ; pas du tout
 - Parfois, j'ai de la difficulté à planifier et respecter mon horaire
 - Je me présente régulièrement au mauvais endroit au mauvais moment
 - Je suis incapable de garder un suivi de ma vie quotidienne
22. Je m'enferme dans ma propre « bulle » lorsque je suis effrayé/e ou stressé/e.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je suis renfermé/e parfois
 - Je vais dans mon propre monde et je ne laisse pas les autres y entrer
 - Je me sens comme si j'arrêtais d'exister

23. Parfois, je me sens si irréel/le, comme si j'étais en train de vivre dans un rêve, ou pas vraiment présent/e, ou derrière une vitre.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je me sens irréel/le parfois mais je peux facilement être ramené/e à la réalité
 - Je me sens irréel/le souvent et j'ai de la difficulté à reprendre contact avec la réalité
 - Je me sens régulièrement totalement déconnecté/e de mon entourage
24. J'ai parfois l'impression qu'il y a deux personnes qui vivent à l'intérieur de moi et qui contrôlent comment j'agis à différents moments.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je suis une personne très différente dans des contextes différents
 - Je me sens comme si différentes parties en moi étaient en compétition à propos de mes comportements
 - Il y a différentes parties de moi qui prennent le contrôle à divers moments
25. J'ai le sentiment que je n'ai pas vraiment d'influence sur ce qui arrive dans ma vie.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je ne prends pas d'initiatives dans les activités quotidiennes
 - Parfois, je ne prends pas la peine d'aller à mes rendez-vous, de sortir dehors, de retourner mes appels, de prendre soin de moi-même (p. ex. : mon hygiène personnelle, magasiner, manger.)
 - Je ne prends tout simplement pas la peine de prendre soin de moi-même
26. Je sens qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez moi, qui ne pourra jamais être réparé.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je me sens blessé/e, mais je peux aller mieux
 - Je sens que certaines parties de moi sont endommagées mais que ces parties fonctionnent encore
 - Je me sens comme une personne endommagée de manière permanente
27. Je me sens chroniquement coupable à propos de toutes sortes de choses.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je me sens plus responsable que nécessaire pour les choses qui vont mal
 - Je me blâme pour les choses qui vont mal même quand je n'ai rien à voir avec cela
 - Je me blâme et me punis pour tout ce qui va mal, même si cela n'a rien à voir avec moi
28. J'ai trop honte de moi pour laisser les gens apprendre à me connaître.
- Aucunement ; pas du tout
 - J'invente des histoires pour cacher les choses dont j'ai honte
 - J'évite de laisser la plupart des gens savoir qui je suis réellement de peur qu'ils arrivent à me connaître
 - Je ne laisse personne se rapprocher de moi pour m'assurer qu'ils ne vont pas découvrir qui je suis réellement
29. Je me sens isolé/e et très différent/e des autres personnes.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je me sens très différent/e des personnes autour de moi
 - Je me sens différent/e des autres et distant/e, séparé/e, ou exclu/e d'eux
 - Je me sens comme si je venais d'une autre planète et que je suis nulle part ma place
30. Les gens exagèrent à propos du degré de dangerosité des situations dans lesquelles je suis impliqué/e.
- Aucunement ; pas du tout
 - Minimalement
 - Modérément
 - Sévèrement

31. J'ai de la difficulté à faire confiance aux gens.

- Aucunement ; pas du tout
- Je suis prudent/e et suspicieux/se par rapport aux intentions des gens
- Les gens doivent me prouver que je peux leur faire confiance encore et encore pour que je ne sois plus sur mes gardes
- Je ne fais confiance à personne

32. J'évite d'être en relation avec d'autres personnes.

- Aucunement ; pas du tout
- Je m'arrange pour avoir beaucoup de moments seuls
- Je n'initie pas de contact avec les autres. Je ne fais pas d'appels ou je n'écris pas de lettres
- Je ne retourne pas les appels et ne réponds pas aux lettres. Je mets fin aux conversations dès que je le peux

33. J'ai de la difficulté à surmonter les conflits dans mes relations.

- Aucunement ; pas du tout
- Je suis calme ou j'évite les situations qui pourraient causer des conflits, ou je suis facilement blessé/e ou offensé/e
- J'ai de la difficulté à entendre d'autres points de vue ou j'ai de la difficulté à m'affirmer
- Je quitte les emplois et les relations sans négocier, je menace de poursuivre les personnes qui m'offensent, je ne peux pas supporter que des personnes soient en désaccord avec moi

34. Je trouve que des expériences traumatisantes continuent de m'arriver.

- Aucunement ; pas du tout
- Je suis occasionnellement blessé/e dans mes relations
- Je suis souvent blessé/e dans mes relations
- Je suis sérieusement blessé/e par des personnes que j'aime ou à qui je pensais pouvoir faire confiance

35. J'ai blessé d'autres personnes de manière similaire à la façon dont j'ai été blessé/e.

- Aucunement ; pas du tout
- Des personnes m'ont déjà dit une ou deux fois que je suis blessant/e
- Des personnes m'ont déjà dit plusieurs fois que je suis blessant/e, ou que je blesse délibérément les gens
- Je blesse ou fais du mal à d'autres personnes de manière similaire à la façon dont j'ai été blessé/e moi-même

36. J'ai de la difficulté avec (entourer les items qui s'appliquent), cependant les médecins n'ont pas trouvé une cause précise et claire pour cela.

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| a) vomissements | d) diarrhées |
| b) douleur abdominale | e) intolérance alimentaire |
| c) nausées | f) ballonnement de l'abdomen |

- Aucunement ; pas du tout
- C'est un problème mineur qui me dérange un peu mais qui n'affecte pas ma vie au quotidien
- C'est un problème assez sérieux pour affecter ma vie au quotidien
- C'est un problème handicapant qui limite sévèrement ma vie au quotidien

37. Je souffre de douleurs chroniques (entourer les items qui s'appliquent), cependant les médecins n'ont pas trouvé une cause précise et claire pour cela.

- | | |
|--------------------------------|--------------------|
| a) dans mes bras et mes jambes | d) lorsque j'urine |
| b) dans mon dos | e) maux de têtes |
| c) dans mes articulations | f) ailleurs |

- Aucunement ; pas du tout
- Il s'agit d'un problème mineur qui me dérange un peu mais qui n'affecte pas ma vie quotidienne
- Il s'agit d'un problème assez sérieux pour affecter ma vie quotidienne
- Il s'agit d'un problème handicapant qui limite sévèrement ma vie quotidienne

38. Je souffre de douleurs chroniques (entourer les items qui s'appliquent), cependant les médecins n'ont pas trouvé une cause précise et claire pour cela.
- a) essoufflements
 - b) palpitations
 - c) douleur dans la poitrine
 - d) étourdissements
- Aucunement ; pas du tout
 - C'est un problème mineur qui me dérange un peu mais qui n'affecte pas ma vie quotidienne
 - C'est un problème assez sérieux pour affecter ma vie quotidienne
 - C'est un problème handicapant qui limite sévèrement ma vie quotidienne
39. Je souffre de difficultés (entourer les items qui s'appliquent), cependant les médecins n'ont pas trouvé une cause précise et claire pour cela.
- a) me souvenir de choses
 - b) avaler
 - c) perdre la voix
 - d) vision embrouillée
 - e) perdre la vue
 - f) s'évanouir/perdre connaissance
 - g) attaques et convulsions
 - h) être incapable de marcher
 - i) paralysie ou faiblesse musculaire
 - j) uriner
- Aucunement ; pas du tout
 - C'est un problème mineur qui me dérange un peu mais qui n'affecte pas ma vie quotidienne
 - C'est un problème assez sérieux pour affecter ma vie quotidienne
 - C'est un problème handicapant qui limite sévère ma vie quotidienne
40. Je souffre de douleur chronique (entourer l'item qui s'applique), cependant les médecins n'ont pas trouvé une cause précise et claire pour cela.
- a) des sensations de brûlure dans les organes sexuels ou le rectum (pas durant les relations sexuelles)
 - b) impuissance
 - c) cycles menstruels irréguliers
 - d) tension pré-menstruelle excessive
 - e) saignements menstruels excessifs
- Aucunement ; pas du tout
 - C'est un problème mineur qui me dérange un peu mais qui n'affecte pas ma vie quotidienne
 - C'est un problème assez sérieux pour affecter ma vie quotidienne
 - C'est un problème handicapant qui limite sévère ma vie quotidienne
41. Je ressens du désespoir et du pessimisme à propos du futur.
- Aucunement ; pas du tout
 - Je me décourage et je perds de l'intérêt lorsque je fais des projets pour mon avenir
 - Je ne vois pas de futur et je passe à travers les aléas de la vie
 - Je me sens condamné/e et sans avenir
42. Je ne m'attends pas à être capable de trouver le bonheur dans mes relations amoureuses.
- Aucunement ; pas du tout
 - Des fois, je me sens distant/e et déconnecté/e de ceux que j'aime
 - Je passe à travers les aléas des relations mais je me sens insensible
 - Je n'ai pas l'impression de faire partie de la race humaine et je ne peux imaginer aimer quelqu'un
43. Je suis incapable d'éprouver de la satisfaction dans mon travail.
- Aucunement ; pas du tout
 - Parfois, c'est routinier, mais je peux trouver des raisons de continuer à travailler
 - J'ai de la difficulté à donner un sens au travail ou je ne peux pas penser que le travail pourrait être significatif
 - Le travail est sans but

44. Je crois que la vie a perdu son sens.
- Aucunement ; pas du tout
 - Parfois, cela semble sans but
 - Je ne peux penser à une bonne raison de le faire, mais je continue à vivre
 - Je vis dans un énorme vide
45. Il y a eu des changements dans ma philosophie ou mes croyances religieuses, ou dans les croyances religieuses ou les croyances philosophiques avec lesquelles j'ai grandi.
- Aucunement ; pas du tout
 - Mes croyances ont changé, mais c'était une progression normale de la vie
 - Je suis désillusionné/e des croyances religieuses avec lesquelles j'ai grandi
 - Je déteste les croyances religieuses avec lesquelles j'ai grandi

Annexe 6 : DES

Dissociative Experiences Scale (DES)

Instructions

Ce questionnaire comprend deux parties. La première contient quelques questions personnelles d'ordre générales. La deuxième partie comprend des questions concernant des expériences que vous pouvez avoir dans votre vie quotidienne. Nous souhaitons déterminer avec quelle fréquence vous arrivez ces expériences. Il est important, cependant, que vos réponses montrent avec quelle fréquence ces expériences vous arrivent en dehors des moments où vous pouvez être sous l'influence d'alcool ou de drogues. Veuillez répondre à la question en indiquant dans quelle mesure l'expérience décrite s'applique à vous? Il s'agit d'indiquer la fréquence de l'expérience décrite. Vous faites cela en entourant le pourcentage correspondant.

Par exemple comme ceci:

Il arrive à certaines personnes d'être tellement dans leurs pensées, qu'elles n'entendent pas la sonnette.

Entourez le chiffre correspondant au pourcentage de temps durant lequel vous éprouvez cette expérience.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| Jamais | | | | | | | | | | Tout le temps |

1. Certaines personnes font l'expérience alors qu'elles conduisent ou séjournent dans une voiture (ou dans le métro ou le bus) de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou partie du trajet.

Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage du temps où cela vous arrive.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| Jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

2. Parfois certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler, réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou partie de ce qui vient d'être dit.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| Jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

3. Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

4. Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

5. Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

6. Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

7. Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

8. On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

9. Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (par exemple, cérémonies de mariage ou de remise d'un diplôme).

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

10. Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

11. Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

12. Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

13. Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

14. Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

15. Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées, sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

16. Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

17. Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

18. Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'étaient réellement en train de leur arriver.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

19. Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

20. Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

21. Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

22. Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

23. Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...).

| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

24. Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster).

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

25. Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

26. Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

27. Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font. Marquez la ligne pour montrer le pourcentage de temps où cela vous arrive.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

28. Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts. Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage de temps où cela arrive.

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| jamais | | | | | | | | | | tout le temps |

Annexe 7 : Grille de codification des retranscriptions

Michel Musiol & Frederic Verhaegen, Dysfonctionnements et Logique de la Cognition (G.R.C.), Université Nancy 2, Janvier 2003.

| CODIFICATION EMPLOYEE | SIGNIFICATION |
|---|--|
| (→) | Indique le prolongement de la prononciation d'un son du langage. |
| (↑) | Indique une intonation de voix montante (cela correspondrait dans la ponctuation à une interrogation ou à une exclamation). |
| (↓) | Indique une intonation de voix descendante (cela correspondrait dans la ponctuation à un point). |
| .xxxxx | Transcription incertaine (éventuellement à reprendre). |
| « xxxxxxxx » | Discours rapporté. Exemple : et elle m'a dit « va voir le médecin ». |
| (inaudible) | Passage inaudible. Préciser éventuellement la durée. |
| (xxxxx) | 1) rend compte de sons autres que du dialogue (soupir), (rire), (tousse), (sonnerie), etc. 2) rend compte de certaines caractéristiques de l'énonciation (en chuchotant), (en riant), (en pleurant), etc. |
| *xxxxxxx*(xxxxxxx) | Indique que les commentaires du transcripteur, notés entre parenthèses, sont valables pour le segment de discours délimité par * *. |
| CARACTERES EN PETITES MAJUSCULES | Lorsque le locuteur insiste sur un mot. exemple : ça me plait ENORMEMENT d'être ici |
| syllabes reliées avec des tirets | Mot prononcé d'une façon saccadée. exemple : im-po-ssible |
| xxxxxxx | Rythme d'élocution plus rapide. |
| xxxxxxx | Rythme d'élocution plus lent. |
| + | Marque un silence inférieur à 2 secondes. |
| +7+ | Marque un silence supérieur à 2 secondes. Exemple : +7+ signifie que le silence a durée 7 secondes. |
| [phonétique] | Il est recommandé d'utiliser la phonétique internationale lorsqu'un interlocuteur se trouve face à certaines ambiguïtés. Cela permet de conserver les éventuelles potentialités de sens de certains <i>mots</i> . exemple : S-12 : j'suis à la recherche de [IEtI] Ici, la phonétique permet de ne pas prendre de décision de sens. En effet, [IEtI] peut prendre deux sens, à savoir -lettre- ou -l'être-. Cette cotation est conservée tant que l'ambiguïté n'est pas levée. |
| (fin de bande) | Marque la fin de l'enregistrement ; préciser la possibilité de perte d'informations. |
| E1 : bonjour monsieur S S2 : bonjour E3 : bonjour monsieur L L4 : bonjour | Nous avons opté pour l'utilisation d'un compteur unique pour les tours de paroles respectifs des interlocuteurs, ceci permet de préserver la structure de la conversation. Si E = l'expérimentateur et S = un sujet et L = un autre sujet, alors on obtient l'exemple ci à droite. le discours prononcé par un interlocuteur « hors entretien » (par exemple, en milieu hospitalier, par un personnel de l'équipe soignante ou un visiteur) doit être transcrit comme n'importe quel tour de parole. |
| exposant [xxxxxxx] exposant (cf. exemple ci-dessous) | Un couple de crochets ouvrant et fermant [xxxxx], représente le chevauchement de paroles que deux locuteurs agissent en même temps. Ce code permet d'ôter l'ambiguïté selon laquelle les <i>mots écrits</i> (noir sur blanc sur le papier) tiennent dans un espace physique équivalent à la durée des <i>mots quand ils sont dits</i> . Les exposants servent à définir des limites de chevauchement, en particulier lorsqu'il y a plusieurs chevauchements au même moment ; on évite de confondre les uns et les autres. L'exemple ci-dessous montre trois personnes qui se coupent la parole en même temps. |
| G-12 : les oiseaux ¹ [sont sur le ² [toit + et les chats sont] ² biens] ¹ gardés (↓) H-13 : ² [mon chat (↑) i (→) joue avec sa] ² balle (↓) Z-14 : ¹ [vous feriez mieux d'arrêter de m'agacer (↑)] ¹ méchants individus (↑) | |
| Déontologie | Les noms des personnes et des lieux (villes, quartier, arrondissements, etc.) sont à modifier pour conserver et garantir l'anonymat de toutes les personnes (c'est-à-dire sujets dits tout-venant, des patients et de leur entourage, du personnel médical et paramédical, etc.). Caverni, J.-P. (2000). Un code de conduite des chercheurs en psychologie, <i>Bulletin de psychologie</i> , 53,445, 47-51. <i>Code de déontologie des psychologues</i> . A.E.U.P.- A.N.O.P.- S.F.P., 22 mars 1996. |

- Noter tout ce qui peut être important pour la compréhension et l'analyse de la transcription.

Résumé :

Cette étude exploratoire a eu pour objectif, d'une part d'évaluer les effets thérapeutiques de l'hypnose et psychothérapie du trauma réassociative, ou PTR (Brassine, 2017), dans le cadre du traitement des symptômes liés aux psychotraumatismes, et d'autre part, de mettre en évidence les processus thérapeutiques qui amènent ces effets. Une patiente souffrant probablement de TSPT complexe a été recrutée pour cette étude et a passé, quatre fois en l'espace de 4,5 mois, une série de questionnaires auto-administrés destinés à évaluer chez elle la présence du TSPT (PCL-5), du TSPT complexe (SIDES-SR), et de troubles dissociatifs (DES). Un protocole a été appliqué lors de la thérapie, dans le but de contrôler au mieux certains facteurs communs aux psychothérapies. La première séance hypnothérapique a été filmée en vidéo. Un extrait de cette vidéo a été retranscrit en une séquence, selon une grille de codification tenant compte des rythmes et intonations de la voix. Les mouvements de discours et représentationnels de la séquence d'interaction thérapeute-patiente ont ensuite été analysés. Au résultat, les questionnaires ont montré une augmentation, puis une atténuation ou une disparition de symptômes durant la période de l'hypnothérapie, ainsi qu'une légère augmentation de certains symptômes dissociatifs. Il semble que l'effet thérapeutique obtenu lors de l'hypnothérapie PTR ait été inachevé, la fin de l'étude ayant été atteinte avant que la thérapie soit terminée. Par ailleurs, l'analyse de la séquence retranscrite a permis de mettre en évidence la structure de mouvements de discours et représentationnels menant à l'*insight* de la patiente lors d'un travail de désensibilisation d'un trauma par l'hypnose et PTR.

Mots clefs : hypnothérapie, psychothérapie du trauma réassociative, trouble de stress post traumatique complexe, analyse du discours, facteurs communs