

Hypnose et syndrome psychotraumatique

Service de santé des armées Besançon

Une thérapie par hypnose est proposée au centre médical des armées de Besançon, aux militaires souffrant de stress post-traumatique.

Résumé

Si certaines techniques hypnotiques et l'EMDR s'appuient sur les principes de l'approche des TCC avec exposition progressive et désensibilisation afin de traiter le souvenir traumatique des patients souffrant de stress post-traumatique, l'hypnothérapie provoque d'une manière ou d'une autre une confrontation plus ou moins directe avec la scène traumatique. Contrairement aux TCC et à l'EMDR, cette approche induit un état modifié de la conscience. Cette confrontation à la scène traumatique, souvent très anxiogène pour le patient, permet avec la phase de dissociation de l'état modifié de la conscience, d'aborder plus facilement le traumatisme. La technique de la dissociation consiste à gérer et revivre différemment le traumatisme et de se confronter de nouveau à l'effroi.

Abstract

While some hypnotic techniques and EMDR rely on the principles of a CBT approach with a gradual exposure and desensitization in order to process the traumatic memories of patients suffering from post-traumatic stress, hypnotherapy elicits, one way or another, a more or less direct confrontation with the traumatic event. Unlike CBT and EMDR, this approach induces an altered state of consciousness. This confrontation to the traumatic event, often very anxiety provoking for the patient, allows, together with the dissociation phase of the altered state of mind, to more easily deal with the trauma. The dissociation technique is to manage and relive the trauma differently and to confront fear yet again.

J'ai découvert l'hypnose sur le parvis du centre Beaubourg à Paris dans les années 1980. Un des saltimbanques du spectacle de rue pratiquait ce que l'on appelle « l'hypnose de music-hall ». Celui-ci a « hypnotisé » un spectateur qui est resté couché sur le bitume, la tête en dévers, pendant au moins une heure. Intrigué, je lui ai posé cette question « *comment se fait-il que vous ayez pu rester dans cette position aussi longtemps ?* », il m'a répondu « *parce que j'étais bien.* »

J'ai alors suivi une formation à l'hypnose. Psychologue clinicien et hypnothérapeute, j'ai souvent utilisé l'hypnose dans le cadre de traitement d'ESPT (état de stress post-traumatique) chez les traumatisés civils. J'ai affiné ma connaissance du modèle durant vingt années de pratique ce qui m'a permis d'acquérir une meilleure compréhension des dysfonctionnements psychiques et surtout de savoir comment les aborder le plus efficacement possible en adaptant les protocoles. En 2012, suite au plan d'action « *Troubles psychiques post-traumatiques dans les armées* », j'ai été recruté sur un poste de psychologue clinicien réserviste au CMA de Besançon.

D'après les statistiques¹, 8 à 10 % de la population souffrira à un moment ou à un autre de sa vie de détresse psychologique suite à un événement traumatique. Les soldats sont plus susceptibles d'être exposés à un stress post-traumatique important lorsqu'ils évoluent en OPEX.

¹ JOLLY A. *Evènements traumatiques et état de stress post-traumatique : une revue de la littérature épidémiologique* - Annales Médico-Psychologiques 2000

L'état de stress post-traumatique ou la dissociation pathologique

Selon le DSM-IV² (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, réalisée par l'Association américaine de psychiatrie) et la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé), le stress post-traumatique est un trouble dû à l'exposition à un événement traumatique qui provoque chez l'individu une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. L'évènement sera d'autant plus traumatique que la victime ne s'y attend pas.

Après un temps de latence, séparant l'évènement traumatique jusqu'à l'apparition de la symptomatologie, pouvant aller de quelques jours à plusieurs années, le syndrome d'ESPT apparaît. On distinguera trois types de réactions :

L'intrusion et la dissociation. L'évènement traumatique, auquel le patient a été exposé, est constamment revécu. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'évènement traumatique qui peut prendre diverses formes, y compris des images intrusives, des épisodes dissociatifs (flash-backs), des cauchemars, et la détresse ainsi que des réactions physiologiques face à une situation qui réveille la mémoire du traumatisme. Ce syndrome intrusif, constitué d'expositions répétitives et envahissantes, qui devraient permettre une habitude progressive à l'horreur de la situation vécue, fait apparaître un syndrome d'évitement qui s'oppose à cette issue, car les images intrusives peuvent réveiller le souvenir du traumatisme.

L'évitement. Le patient cherchera à éviter d'être confronté à des situations qui pourraient lui rappeler le traumatisme. Une insensibilité émotionnelle se manifeste souvent très tôt après l'évènement. Le patient se replie sur lui-même et développe fréquemment un sentiment de culpabilité. On peut aussi le voir entrer dans un état dissociatif, durant lequel il revit l'évènement traumatisant.

L'hyperstimulation. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative. Le patient est fréquemment aux aguets et en état d'hypervigilance malgré l'absence de danger. L'insomnie fréquemment associée à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire, est souvent un problème. Le patient peut parfois afficher beaucoup d'agressivité.

L'échelle de l'état de stress post-traumatique (PCLS)

Lors du premier entretien psychologique, le patient présentant la suspicion d'un ESPT est évalué avec l'échelle PCLS² (Post-traumatic stress disorder CheckList Scale). Les patients présentant un score PCLS supérieur à 34 sont orientés en psychothérapie (hypnothérapie et/ou TCC, EMDR). Les patients présentant un score non significatif (< 34) reçoivent une information sur les troubles psychiques post-traumatiques pouvant apparaître ultérieurement, leur traitement et les modalités de prise en charge. Ils sont revus régulièrement en entretiens et réévalués avec l'échelle PCLS.

Le questionnaire de l'échelle PCLS est simple et facile à remplir. Il est très utile pour le dépistage d'un état de stress post-traumatique dans la clinique et la recherche.

² En 2013, l'American Psychiatric Association a révisé les critères de diagnostic de l'ESPT dans la cinquième édition de son Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5). Un certain nombre notable de modifications factuelles des critères de diagnostic de l'ESPT ont été faites, avec des implications importantes à la fois conceptuelles et cliniques.

La PCL-5 est un questionnaire de 20 items, correspondant aux critères du DSM-5 de symptômes de stress post-traumatique. La formulation des items reflète à la fois les variations des symptômes existants et l'ajout de nouveaux symptômes du DSM-5.

La PCLS a été créée en 1993 par Weathers F.W. et al., selon les critères diagnostiques du DSM IV. Cet auto-questionnaire traduit en français, a été validé en 2003 pour le dépistage et le suivi de l'ESPT par Cottraux J. et al., puis par le service de santé des armées en 2011³. L'échelle est composée de 17 items évaluant l'intensité des 17 symptômes d'ESPT présentés dans le DSM IV. Chaque question est à coter entre 1 et 5 suivant l'intensité et la fréquence des symptômes au cours du mois précédent. Les 17 items peuvent être regroupés en 3 échelles correspondant aux 3 syndromes principaux de l'ESPT : **l'intrusion** (items 1 à 5) ; **l'évitement** (items 6 à 12) et **l'hyperstimulation** (items 13 à 17). Avec le score seuil de 44 pour le diagnostic ESPT, la sensibilité est de 97 % et la spécificité de 87 %. Avec un seuil à 34³ l'échelle PCLS permet avec une sensibilité de 78 % et une spécificité de 94 % de repérer les patients relevant d'une prise en charge psychiatrique ou psychothérapeutique au-delà de la présence ou non d'un ESPT.

L'hypnose

L'hypnose existe depuis les premières civilisations, elle était liée à la magie ou à la religion. Des temples du sommeil de l'Égypte à la Grèce antique et à Rome, diverses formes d'hypnose ont intimement fait partie de la culture. La thérapie hypnotique ou suggestive est l'une des plus anciennes de toutes les techniques de guérison. En Afrique, les Chamans ou sorciers utilisaient différents moyens (chants, danses, son d'un tambour...) pour obtenir une « transe » dans le but d'obtenir une guérison. L'hypnose est un phénomène qui a intrigué le corps médical depuis 200 ans.

Au 18^{ème} siècle, elle commence à être l'objet d'étude avec la théorie du magnétisme animal du médecin Mesmer. En 1843, elle accède au statut d'une véritable méthode thérapeutique, avec le chirurgien Braid, à qui revient la paternité du terme « hypnotisme ». A la fin du 19^{ème} siècle, Charcot (école de Paris) considère l'hypnose comme un phénomène pathologique, « l'hystérie », Bernheim et Liébault (école de Nancy) la considèrent comme un état psychophysiologique naturel caractérisé par une hyper-suggestibilité. Pierre Janet en 1889, mettra en évidence un processus dissociatif où des éléments inconscients occupent le champ du conscient. Il créera le terme « *automatisme psychologique* ». Sigmund Freud (1856-1939), le fondateur de la psychanalyse, fut influencé par l'hypnose.

Après une période silencieuse, l'hypnose connaît un renouveau dans le champ de la santé depuis les années 1970. De nouvelles pratiques thérapeutiques utilisant l'hypnose voient le jour : sophrologie, PNL (programmation neurolinguistique) et aussi la nouvelle hypnose, grâce au psychiatre américain Milton Erickson (1901-1980).

Aujourd'hui l'hypnose est en train de retrouver ses lettres de noblesse en se réappropriant ce qui lui a appartenu : l'état modifié de la conscience. Les psychologues et les médecins se forment de plus en plus à cette technique.

L'état modifié de la conscience ou la dissociation naturelle

L'hypnose a permis directement ou indirectement la naissance de différentes approches comme la sophrologie, la relaxation, le training autogène, la PNL, les TOP

³ PAUL F. POMMIER DE SANTI V. MARIMOUTOU C. DEPARIS X. L'Encéphale Paris 2013. *Validation de l'échelle PCLS et d'un auto-questionnaire court dans le cadre du dépistage des états de stress post-traumatiques chez les militaires de retour de mission* - La psychiatrie en milieu militaire - Elsevier Masson

(techniques d'optimisation du potentiel), etc. Ces approches possèdent un point commun : elles induisent un EMC (état modifié de la conscience).

Cet état naturel de l'hypnose, que l'on appelle état modifié de la conscience, nous y sommes souvent dans la vie quotidienne. Ce sont tous ces moments de la journée où l'on a l'impression de s'évader et de se déconnecter de notre réalité habituelle.

Pour le psychanalyste Léon Chertok (1911-1991) « *L'état hypnotique apparaît comme un état de conscience modifié (EMC), à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de la volition (volonté), de la mémoire et des perceptions sensorielles* ». Chertok⁴ considère aussi l'hypnose comme un « *quatrième état de l'organisme* ».

Pour François Roustang (2003), l'état hypnotique n'est pas le sommeil profond, le sommeil paradoxal ou l'état de veille. Comme pour Chertok, c'est un quatrième état. Il propose une définition nouvelle de l'hypnose : « *veille paradoxale* » pour la distinguer de la veille ordinaire. Dans cette veille paradoxale, il y a une prolifération de l'imaginaire. Le pouvoir de l'imagination s'y exprime, transforme notre rapport aux autres et au monde, nous donne la possibilité d'influer sur notre propre existence et tout particulièrement sur l'état de veille.

En EMC, il existe différents niveaux d'intensité :

La phase de dissociation permet au patient de se déconnecter de ce qui l'entoure. Il s'agit d'une scission, d'une séparation entre deux éléments psychiques qui habituellement sont réunis et communiquent. Le patient est à la fois présent, attentif et en même temps conscient que la suggestion échappe à son contrôle. Engagé dans le processus hypnotique, il peut être en même temps en position d'observateur. Freud avançait l'idée d'une division du psychisme (conscient et inconscient) que l'hypnose mettrait en évidence.

La phase somnambulique ou transe profonde qui est le fait de réagir aux suggestions sans en avoir pleinement conscience. Elle est caractérisée par une amnésie spontanée au réveil. Il faut donc sans cesse faire remonter les informations au conscient pour que le patient se souvienne de ce qui s'est passé. Tous les patients ne parviennent pas forcément à vivre un état modifié de la conscience aussi profond.

Le stress post-traumatique et l'hypnose

Depuis les études en 1988, de Spiegel D., Hunt T. et Dondershine H.E.⁵ sur l'hypnose avec des vétérans du Vietnam, il est démontré que les patients atteints de syndrome de stress post-traumatique sont plus facilement et plus profondément hypnotisables que les autres. Les résultats soutiennent l'hypothèse que les phénomènes dissociatifs sont mobilisés comme défenses à la fois pendant et après des expériences traumatisantes. La dissociation serait un mécanisme de défense servant à lutter contre l'impact psychique du traumatisme.

⁴ CHERTOK L. 1979. *Le non-savoir des psy. L'hypnose entre la psychanalyse et la Biologie* - Payot

⁵ SPIEGEL D. HUNT T. DONDRSHINE HE. 1988. *Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder* - American Journal of Psychiatry

En 2004, Vermetten E. et Bremner J.D.⁶ soulignent des analogies entre les changements comportementaux et psychophysiologiques chez les patients souffrant de troubles traumatiques et ceux observés durant la transe hypnotique. L'imagerie neurologique de sujets sous hypnose est très similaire à celle des patients souffrant de traumatismes. Ces études ont mis en évidence le rôle des régions limbiques impliquées dans le contrôle des réponses autonomes et dans les états hypnotiques.

Comme le rapporte Smaga D.⁷ en 2008, l'état de stress post-traumatique et l'état hypnotique sont proches. Il y a des similitudes entre les perceptions, les sensations et le fonctionnement psychique. Il existe dans le traumatisme une intemporalité et une distorsion du temps. En état de conscience normale, on exerce un contrôle sur les souvenirs, les sensations et les mouvements corporels. Dans les troubles dissociatifs de l'ESPT, il y a une altération de ce contrôle conscient, l'importance de cette altération pouvant varier d'un jour à l'autre, même d'une heure à l'autre. Le choc traumatique réorganise le rapport au temps, de la même manière que l'état hypnotique modifie la perception du temps.

Similitude entre le stress post-traumatique et l'hypnose

L'hypnose est associée au traitement des troubles de stress post-traumatique pour deux raisons : la similitude entre la dissociation naturelle de l'état modifié de la conscience et la dissociation pathologique de l'état de stress post-traumatique et l'utilité de l'hypnose comme un outil de traitement, l'hypnothérapie.

La dissociation est un phénomène par lequel le physique et le mental d'une personne fonctionnent indépendamment l'un de l'autre. C'est le principe même de l'hypnose : être ailleurs ou ici, dans le passé et dans le présent, percevoir une douleur et les battements de son cœur, être à la fois spectateur et acteur de sa propre expérience. Une personne occupée à rêvasser est une personne dissociée.

En EMC on peut créer un « lieu sûr ». Alors que le patient est en état d'hypervigilance, il se laissera aller dans ce lieu de sécurité et de bien-être. L'EMC pourra ainsi permettre au patient d'être à la fois acteur et spectateur de ce qu'il a vécu. Cette dissociation est un moyen de contrer son impuissance et son sentiment de passivité face au premier syndrome dissociatif de l'ESPT, l'intrusion. La dissociation, qui était au départ un problème, fera partie de la solution.

Dans la phase d'intrusion, le traumatisme va créer chez le patient une dissociation de la même façon que l'hypnose va dissocier le souvenir traumatique de l'état émotionnel qui l'accompagne. Cette dissociation va se produire dans un contexte rassurant, dans un cadre structuré et contrôlé avec une composante relationnelle très intense permettant au patient d'affronter « l'effroi ».

Les techniques hypnothérapeutiques

Si certaines techniques hypnotiques et l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), s'appuient sur les principes de l'approche des TCC (thérapie cognitivo-comportementale) avec exposition progressive et désensibilisation afin de

⁶ VERMETTEN E. BREMNER J.D. 2004. *Functional brain imaging and the induction of traumatic recall: A Cross-Correlational Review Between Neuroimaging and Hypnosis* - The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis

⁷ SMAGA D. 2008. *The place of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorders* - Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie

traiter le souvenir traumatique, l'hypnothérapie provoque d'une manière ou d'une autre une confrontation plus ou moins directe avec la scène traumatique. Contrairement aux TCC et à l'EMDR, cette approche induit un état modifié de la conscience. Cette confrontation à la scène traumatique, souvent très anxiogène pour le patient, permet avec la phase de dissociation de l'état modifié de la conscience, d'aborder plus facilement le traumatisme.

Cet état est particulièrement utile chez le patient souffrant d'une très forte anxiété se manifestant par un état d'agitation et de nervosité. Il permet à l'hypnothérapeute de reconforter son patient sur sa capacité à contrôler ce qui se déroule durant l'induction et de le rassurer en gardant à la conscience qu'il est en consultation et qu'il continue à percevoir les bruits provenant de l'extérieur, tout en pouvant se relâcher.

La technique de la dissociation permet au patient de visualiser la scène traumatique comme sur un écran de cinéma, en lui donnant la possibilité de ne plus subir passivement ces images intrusives, mais de prendre le contrôle du défilement grâce à une télécommande imaginaire, le tout en facilitant un climat de sécurité et de confort afin d'en dissocier les émotions désagréables. Le patient peut à tout moment arrêter l'image et se retrouver dans son « lieu sûr ». Le thérapeute ne cherche pas à tout prix à faire revivre le traumatisme, il aide le patient à gérer le vécu traumatique d'impuissance qui le hante.

La technique de la double dissociation, consiste à se voir en train de se voir. Le patient est invité à se regarder regardant un « film » de l'événement traumatique qui continue de l'affecter (création d'une double dissociation). Il regarde la façon dont ce spectateur regarde la personne qui vit la scène dans le film. Le film commence avant l'événement traumatique et se termine quand le patient se sent à nouveau en sécurité. Le but de cette technique est de permettre au patient de faire face à l'expérience pénible sans déclencher une attaque de panique.

Avec l'hypnoanalyse, les concepts qui viennent de la psychanalyse sont associés à l'approche hypnotique. Pour Vuillermet J.D.⁸, ces deux approches sont complémentaires. La psychothérapie dynamique permet de comprendre le symptôme et l'approche hypnotique permet un pont qui facilite l'association libre d'où émergera la pensée.

L'hypnoanalyse utilise aussi la méthode cathartique qui est un moyen thérapeutique par lequel le thérapeute amène le patient à se libérer de ses traumatismes affectifs refoulés. Elle permet au patient d'évoquer et même de revivre les événements traumatiques auxquels ces affects sont liés et d'obtenir une abréaction, qui est une réaction par laquelle le patient libère la charge émotionnelle d'un phénomène affectif refoulé dans l'inconscient.

En conclusion

Je terminerai sur ces mots de François Roustang⁹ : *« Je pense que l'hypnose n'est pas une psychothérapie parmi d'autres, mais qu'elle est au fondement de toutes... Aujourd'hui je dirais que l'hypnose est un processus par lequel on se dissocie des perceptions et comportements de la vie ordinaire pour accéder à des perceptions soit*

⁸ VUILLERMET JD. 2012. *L'hypnose comme élément catalyseur dans les psychothérapies* - Thèse de doctorat en Psychanalyse et psychopathologie - Université Denis Diderot Paris 7

⁹ ROUSTANG F. BIOY A. SITBON H. 2005. L'hypnothérapie en dix questions : les réponses de François Roustang - Perspectives Psy (Vol. 44)

fictives soit hyperréalistes... Dans l'état de perceptude le symptôme perd son isolement et donc sa force : il est remis en circulation dans l'ensemble du système relationnel de l'individu qui consulte. »

Août 2014