

ANDRE Isabelle

N° étudiant : 94005704

Année universitaire 2017-2018

Diplôme universitaire d'hypnothérapie

De la dissociation à la réassociation psychique :
L'utilisation de l'hypnose chez un adolescent souffrant d'un
état de stress post-traumatique complexe

UFR sciences humaines

Université de Bourgogne

Encadré par Anne Villaume

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à :

L'ensemble des intervenants de ce D.U. pour le partage de leurs savoirs, de leurs expériences, leur écoute attentive, leurs conseils et la levée des premiers doutes.

Ma promotion, pour cette belle aventure partagée de l'hypnose, la bonne humeur qui règne à chaque session, les échanges, le soutien et l'unité du groupe.

Mon équipe, pour la confiance, le soutien, et cette belle cohésion qui nous unit dans toutes les épreuves.

Mes patients et leur famille, qui me permettent ces remises en question, l'envie d'évoluer dans mes pratiques, d'approfondir et de créer.

Ma tribu qui a su me prouver une nouvelle fois que cette aventure « écolière » était possible, que notre vie peut passer de traits pleins, à des pointillés ou à des parenthèses sans se soucier. On retiendra qu'avec le travail et la motivation nos rêves sont à portée de main, mais aussi que chacun a grandi le ruisseau est devenu rivière et la rivière est devenu fleuve même si la jetée à la mer n'est pas pour demain !

Sommaire

Introduction	P 4-6
I Revue théorique des principaux travaux	P 7
1. l'adolescence	P 7
1.1. généralités	P 7
1.2. les aspects dynamique de l'adolescence	P 7
1.2.1. l'excitation sexuelle	P 7
1.2.2. les problématiques du corps et de l'identité	P 8
1.2.3. la place et le rôle de l'idéal du Moi	P 8-9
1.2.4. les liens entre l'identité et l'identification	P 9
1.2.5. la modification des relations	P 9
1.3. les changements cognitifs à l'adolescence	P 10
2. l'état de stress post-traumatique	P 10
2.1. définition	P 10
2.2 point de vue clinique et psychodynamique	P 10-13
2.3. les critères diagnostiques	P 13
2.4. le point de vue développemental	P 14
2.5. l'état de stress post traumatique complexe	P 15
3. l'hypnose	P 15
3.1. définition	P 15-16
3.2. l'hypnothérapie	P 16
3.3. Déroulement des séances d'hypnose en hypnothérapie	P 16-17
3.4. L'autohypnose	P 17
4. L'hypnose et ESPT complexe	P 18
4.1. Le concept de dissociation :	P 18
4.2. De la dissociation pathologique à la dissociation thérapeutique	P 19
4.3. De la dissociation à la réassociation	P 19-20
problématique	P 21-22
II Méthodologie de la recherche	P 23
1. Présentation du cadre de la rencontre	P 23
2. Anamnèse du patient	P 23-24
2.1. Antécédents du patient	P 24
2.2. Histoire familiale	P 24-26

2.3. Génogramme du patient	P 26
III Résultats et données cliniques	P 27
1. Le suivi de psychothérapie	P 27-29
2. Le suivi d'hypnothérapie	P 29
Séance 1	P 29
Séance 2	P 29-30
Séance 3	P 30
Séance 4	P 30-31
Séance 5	P 31-32
Séance 6	P 32
Séance 7	P 32-33
Séance 8	P 33-34
Séance 9	P 34-35
IV Discussion théorico-clinique	P 36
1. Rappel de la problématique	P 36
2. Analyse des données	P 36
2.1. Le choix des suggestions	P 36
2.2. En fonction des hypothèses opérationnelles	P 37-38
3. Apport de l'étude - critiques et question éthique	P 39
3.1. l'apport de cette étude	P 39
3.2. les critiques de cette étude	P 39-40
3.3. question d'éthique	P 40
Conclusion	P 41
Bibliographie	P 42
Annexes	P 43-44
Résumé	P 45

Introduction

Après 17 ans de pratiques professionnelles, au cours desquelles je me suis intéressée à des domaines très variés comme la neuropsychologie, la systémie, la psychanalyse, la théorie de l'attachement... ces outils diagnostics et de psychothérapie sont certes intéressants, je m'en suis nourrie pour ma pratique professionnelle mais sans pour autant avoir le désir de les approfondir et de me créer une identité professionnelle plus officielle et peut être plus définitive. Le désir d'une identité plus affirmée et quelques situations de suivis de patients réticents à mon approche thérapeutique m'ont conduites il y a trois ans à faire la demande de formation en hypnothérapie.

Quelques mots clés de l'hypnose ont eu une résonance bien particulière chez moi tels que « métaphore », « transe », « bien être » et « soulagement des patients ».

En effet, j'entends pour la première fois parler d'hypnose éricksonnienne en 2007. Psychologue clinicienne en service de gériatrie, un de mes patients souffrait de plaies importantes nécessitant des soins infirmiers ressentis douloureusement par ce dernier, sans qu'aucune anesthésie ne soit possible. Une infirmière anesthésiste de l'hôpital formée à l'hypnose venait à chaque soin pour mettre le patient sous état hypnotique afin qu'il supporte l'insupportable douleur. A cette époque, la représentation de l'hypnose que j'avais était plutôt sommaire : rêve éveillé avec des images mentales suggérées par le praticien.

Puis, un autre lien incontournable, je suis passionnée de rites et coutumes de diverses cultures. J'ai eu l'occasion de rencontrer, par le biais de lectures, documentaires, et voyages, des pratiques pour le moins atypique dans le traitement des maladies mentales comme le susto ; célèbre maladie invalidante d'Amérique latine où le chaman procède à la mise en transe de son patient. Ainsi il réinsère l'âme dans le corps du malade, dans le but de rétablir un équilibre entre le corps somatique et le corps spirituel. J'étais à la fois amusée par un folklore et intriguée par ces pratiques ancestrales efficaces que mon côté rationnel ne pouvait qualifier. Enfin, mon appétence pour les contes classiques et africains. Leur utilisation est quasi-quotidienne dans ma pratique de psychologue psychothérapeute, en groupe ou en suivi individuel. Cette richesse, qui émane de ces textes, offre à l'enfant d'autres alternatives, elle lui ouvre de nouvelles dimensions par le biais de l'imagination pour surmonter sa problématique. La métaphore envoie de la matière à cheminer aussi bien au conscient qu'à l'inconscient. En apprenant que la métaphore était utilisée en hypnothérapie m'a ravi car ceci me donne l'occasion d'utiliser des outils que je maîtrise avec des nouveaux...

Les échos de collègues formés ont contribué à finir de me convaincre à entamer la démarche de me former à mon tour...puis une part de curiosité intellectuelle sans doute.

Ma pratique clinique m'amène à rencontrer des enfants et des adolescents présentant des problématiques très variées. Lorsque le cadre thérapeutique est posé (rythme, fréquence, confidentialité, but de ce travail) la plupart des patients se saisissent de cet espace de paroles qui leur est dédié pour faire ce travail. Ce rôle d'acteur agréé par le patient dans cet espace donne une dimension plus dynamique à nos rencontres. Les supports proposés dans ce cadre sont variés (dessin, jouets, squiggles, cartes postales, contes, terre, peinture...) et non exhaustifs laissant une place là aussi au rôle d'acteur du patient et notamment à son initiative et à sa créativité.

Par la formation, je découvre l'hypnose dans ses méthodes et dans ses pratiques spécifiques. Ma pratique, telle que je la propose m'amène, sans le savoir, à être en relation avec des enfants dans un état hypnotique, cet état modifié de conscience qu'on retrouve quand le patient s'identifie à un personnage (poupée ou héros de dessin animé), le « faire semblant » ou le « faire comme si » font appel aux ressources des enfants, mais aussi lorsque j'utilise les métaphores des contes, par conséquent le recours à l'imaginaire est inévitable dans nos rencontres.

Pour reprendre le concept de « playing » de Winnicott jouer est un phénomène transitionnel, cette expérience vitale procure à l'enfant un sentiment d'exister réellement et indistinctement de l'autre, ce jeu donne la possibilité au sujet d'échapper à une vie « adaptée » en devenant lui-même acteur dans un monde où la créativité est la vie même.

L'auteur ajoutait « sans création, il n'y a que survie », qu'en est il des patients pour lesquels cet imaginaire est difficile ou impossible à mobiliser ?

Ma première démarche thérapeutique est alors de proposer l'hypnose en tant que nouvel outil à quelques patients prêts à introduire cette nouvelle expérience dans leur travail de thérapie. Cette première expérience de l'hypnose est aussi l'occasion de mettre en pratique les prémices apprises en formation, à savoir les diverses inductions et suggestions. Mes observations cliniques sont plutôt positives et rassurantes dans le sens où les séances sont plus riches et plus dynamiques et les patients y voient une amélioration de leurs symptômes comme par exemple, une diminution des manifestations somatiques de l'angoisse.

Ce premier pas franchi, les problématiques qui s'imposent comme des évidences dans ma pratique clinique sont les troubles de l'attachement et les syndromes post-traumatiques, par conséquent la problématique traitée sera la suivante : *l'utilisation de l'hypnose en hypnothérapie chez un adolescent souffrant d'un état de stress post traumatique complexe.*

Avant d'exposer le cas clinique, une première partie exposera une revue théorique des travaux et de la problématique.

I Revue théorique des principaux travaux

1. L'adolescence

1.1. Généralités

L'adolescence est un passage entre l'enfance et l'âge adulte, on dit souvent à tort que l'adolescent est à la fois un enfant et un adulte, en réalité il n'est plus un enfant et n'est pas encore un adulte. Il y a cependant un double mouvement d'un côté le reniement de son enfance et de l'autre la recherche d'un statut stable adulte, c'est ce qui constitue l'essence même du processus psychique par lequel passe chaque adolescent.

Pour Braconnier et Marcelli (1998) le travail psychique à l'adolescence se compose d'une attente d'un changement et d'une découverte. L'attente de la survenue prochaine de la puberté avec ses changements corporels, celle-ci se fait à la fois dans le désir et la crainte. « Elle est dans le prolongement de l'enfance et représente en réalité le terreau dans lequel l'adolescence va planter ses racines » selon eux.

Le changement quant à lui est d'abord physique, puisqu'en quelques mois l'enfant voit son corps se transformer de manière radicale. Puis le changement est psychologique. L'adolescent éprouve le besoin de rompre avec les désirs, les idéaux, les modèles d'identification et les intérêts venant de son enfance. Il doit par conséquent trouver de nouvelles sources d'intérêt et de plaisir. Et enfin, le changement est familial et social. Les parents ne peuvent plus fournir à leur adolescent les modèles, les satisfactions, les plaisirs qu'ils avaient pu jusque là procurer à leur enfant. L'adolescent s'éloigne d'abord symboliquement de ses parents en éprouvant de la déception à leur égard ce mouvement s'accompagne d'un besoin de rechercher à l'extérieur du cercle familial des sources nouvelles de satisfaction.

La phase de découverte survient dès lors que la période de rupture avec l'enfance est dépassée.

1.2. Les aspects dynamiques de l'adolescence :

1.2.1. L'excitation sexuelle :

La puberté fait flamber les pulsions mises transitoirement en latence.

Les changements biologiques et corporels réveillent les désirs. C'est la fin de la période de latence et la réactivation de la phase phallique. On a une poussée pulsionnelle qui se traduit par une augmentation de la tension génitale et un plus grand investissement des organes génitaux.

L'apparition brusque de cette énergie conduit l'adolescent à la recherche d'une décharge de la tension pulsionnelle. A cela s'associe un conflit interne avec non seulement une résurgence du conflit oedipien mais également des conflits plus archaïques comme un conflit entre le Moi idéal et le Moi déstabilisé.

Cette explosion libidinale avec ses aspects économiques et dynamiques fragilisent le Moi dans son rôle de pare-excitation. Pour A. Freud, l'aboutissement de la puberté ne repose pas tant sur la puissance des pulsions mais plutôt sur la tolérance ou l'intolérance du Moi à l'égard de ses pulsions. De même, les relations différentes qu'établit le Moi avec le ça déterminent les différences observées dans les représentations d'objet. La problématique activité/passivité s'explique par l'importance de l'excitation pulsionnelle, elle traduit un mode d'aménagement et de réponse face à cette dernière.

1.2.2. Les problématiques du corps et de l'identité :

La transformation pubertaire suscite un double enjeu : la nécessité de maintenir un sentiment de continuité d'existence dans un corps en changement et la nécessité d'intégrer cette transformation pubertaire dans le fonctionnement psychique. Comment l'individu peut-il avoir un sentiment continu d'existence alors même qu'il est confronté à d'incessants changements ? Comment changer tout en restant le même ?

L'émergence de ces questions sur le corps et l'identité suscite de l'angoisse. Le plan identitaire narcissique est sollicité, réveillant directement le vécu de la petite enfance lié en particulier à la qualité des relations précoces. Ainsi l'existence de relations précoces stables, d'une image de relation rassurante et apaisante développe chez l'adolescent une capacité de rêveries et surtout une capacité à pouvoir affronter la conflictualité et à tolérer la souffrance.

Puis l'émergence pubertaire impose à l'adolescence un choix celui de l'identité sexuée, le choix fait par son corps et qui peut être en inadéquation avec le choix fait par son fonctionnement psychique. Il renonce ainsi à l'omnipotence infantile c'est-à-dire à la possibilité d'imaginer qu'il disposait d'une bisexualité potentielle.

1.2.3. La place et le rôle de l'idéal du Moi :

Les adolescents sont à la recherche d'un idéal du Moi, d'une représentation d'eux même qui leur soit satisfaisante, une image susceptible de leur apporter un soutien narcissique. Il trouve ses racines dans le narcissisme primaire, il est ensuite alimenté par l'idéalisation des parents, l'idéalisation de soi par les parents et l'idéalisation de soi par l'enfant.

Cette partie du Surmoi contient des images et des attributs que le Moi s'efforce d'acquérir afin de rétablir l'équilibre narcissique.

L'idéal du Moi arrive à son organisation définitive au cours de l'adolescence. Sa fonction sera de contribuer à la formation de l'identité sexuelle et de la maintenir stable.

Or, la caractéristique de l'adolescence est de remettre en cause les gratifications et les ressources narcissiques de l'enfance, en particulier toutes celles qui proviennent des parents et/ou des images parentales. C'est pourquoi, l'idéal du Moi à l'adolescence va se nourrir de l'extérieur, du groupe de pairs comme relais d'identification et de gratification narcissique.

1.2.4. Les liens entre l'identité et l'identification :

L'identité renvoie au narcissisme de l'individu et à la qualité des premières relations, comme nous venons de le voir. Ainsi la qualité des relations précoces permet un investissement de soi continu et équilibré, et assure par là même un sentiment d'identité stable. Ainsi, l'adolescence marquée par son « besoin d'objet » ne menacera pas l'assise narcissique de l'adolescent et il pourra sans danger s'engager dans une quête identificatoire en multipliant les expériences et les nouvelles relations d'objet qui lui serviront de support aux intériorisations puis aux identifications à venir.

1.2.5. La modification des relations :

Sous l'impact de la maturité sexuelle, l'adolescent ne peut plus conserver l'innocence des relations qu'il avait avec ses parents. En effet, l'émergence pubertaire confronte l'adolescent à la menace fantasmatique incestueuse mais aussi aux éventuels désirs parricides. L'adolescent doit se « séparer » de ses parents mais ceci donne lieu à une autre menace celle de se « perdre », l'adolescent oscille entre besoin et dépendance.

L'adolescent a besoin de désidéaler ses parents, qui représentent symboliquement le « meurtre parental » et de se tourner vers ses pairs ou d'autres adultes pour combler ses besoins que ses parents ne sont plus en mesure de satisfaire. Ce réseau lui permet de nouer des liens sociaux diversifiés mais également des investissements sublimés. Tous ces déplacements ont pour rôle d'autoriser une prise de distance par rapport aux objets œdipiens, de préfigurer le désengagement de l'amour oedipien en éprouvant des expériences de satisfaction de plus en plus différenciées. L'adolescent découvre par ce biais différents rôles et statuts sociaux. Il fait « ses expériences » et par cet espace social de découverte il peut s'approprier un autre savoir. Cette appropriation nécessite de la curiosité et le maintien d'un investissement scolaire.

Ces trois domaines corps, famille, social, amènent l'adolescent à être confronté à une série de paradoxes, conflits ou d'oppositions. Dans chacun de ces domaines, conquêtes et risques sont possibles.

1.3. Les changements cognitifs à l'adolescence :

Il existe un bouleversement dans les structures cognitives à l'adolescence. Piaget décrit l'apparition d'une nouvelle forme d'intelligence : l'intelligence opératoire formelle.

Le stade opératoire formel, dans la théorie cognitive de l'auteur, correspond au développement de la structure de « groupe combinatoire » et débute aux alentours de 12 ans.

Il se caractérise par la capacité du préadolescent à raisonner par hypothèse, d'envisager l'ensemble des cas possibles et de considérer le réel comme un simple cas particulier. La méthode expérimentale, la nécessité de démontrer les propositions énoncées, la notion de probabilité, deviennent accessibles.

Sur le plan pratique, le raisonnement hypothético-déductif se met en place grâce à l'accession du groupe des opérations formelles de transformation que sont (identique, négative, réciproque, corrélative).

Dans le champ relationnel, cette forme d'intelligence permet à l'adolescent de comprendre, par la réciprocité et la mutualité, ses relations aux autres tant sur le plan affectif que social.

2. L'état de stress post traumatique:

2.1. Définition :

Selon Villien (2007) l'évènement traumatique se caractérise par sa violence dont l'irruption est totalement inattendue et brutale. Ceci entraîne la surprise, empêche l'anticipation et donc la préparation au choc en vue de l'amortir, ainsi que l'expression émotionnelle puissante de la peur et de l'effroi. Le sujet est atteint dans son intégrité physique et ou psychique. De cette effraction va découler un débordement émotionnel d'une rare intensité mêlant peur, colère, rage, honte, culpabilité, agressivité... l'auteur précise que la sensorialité est pleinement engagée dans un tel contexte. Tout ceci entraîne un véritable tsunami émotionnel, les capacités de gestion habituelles se trouvent submergées d'une part par la quantité de stimuli mais également par la condensation temporelle extrême. Ces deux éléments interdisent bien souvent la mobilisation des ressources indispensables pour faire face.

2.2. Point de vue clinique et psychodynamique

Pierre Janet, en 1889, dans «l'automatisme psychologique», est le premier à décrire ce qu'est le traumatisme psychique : «des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction, et y demeurent ensuite comme un «corps étranger».

Puis, ce corps étranger va donner lieu à une dissociation de la conscience: la souvenance brute de cet événement (souvenance de sensations, d'images et d'éprouvés bruts, que Janet dénomme «idée fixe») fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices «automatiques», non délibérées et inadaptées (telles qu'hallucinations, cauchemars, sursauts et actes automatiques), tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés.»

Dans les cas de traumatisme, l'auteur précise que les souvenirs sont indisponibles à la conscience, ils deviennent des réminiscences inscrites dans les symptômes. Ces derniers passent dans la réalité sous forme de symptômes corporels.

Ferenczi dans « psychanalyse des névroses de guerre » (1919), montre les distorsions de la mémoire et surtout l'impossibilité d'une véritable remémoration, qui en même temps met à distance l'évènement traumatique. Il met également en évidence le rôle du narcissisme et de la régression et insiste sur les troubles du caractère tels que l'irritabilité ou les excès de colère. Selon lui, ces troubles sont dus à une hypersensibilité du Moi. En outre, l'auteur mentionne la perte de confiance, le sujet a retiré aux objets son intérêt et sa libido pour les ramener dans le Moi. Ainsi, cet amour pour le Moi régresse en narcissisme infantile, comme l'attestent par exemple le besoin d'être plaint, les accès de rage narcissiques, l'importance accordée à la nourriture, le refus de travailler.

Par conséquent, la personnalité des traumatisés se modifie. Ils régressent à une demande infantile de protection et de maternage passif.

L'importance démesurée accordée à la nourriture semble démétaphorisée, le remplissage du corps vient combler un vide qui ne peut être ni métaphorisé ni élaboré par la parole.

Une double régression s'opère celle de l'intérêt des objets au profit d'un repli sur soi, et du narcissisme en narcissisme infantile, ce qui fait dire à Ferenczi que le traumatisé cherche non les bénéfices secondaires de la maladie mais les bénéfices primaires de la régression.

Par conséquent, les symptômes ne sont pas seulement les signes d'une pathologie, ils sont en même temps l'expression d'une souffrance subjective et une forme de réorganisation subjective pour survivre au trauma.

Selon Freud, 1920, le narcissisme est une pulsion sexuelle dont l'objet est le Moi, on peut penser qu'il y a une origine sexuelle des névroses traumatiques. Par ailleurs, comme le trauma semble mettre hors jeu le principe de plaisir-déplaisir, il semble mettre hors jeu la sexualité. Ainsi, le retrait de l'intérêt pour le monde et les objets ainsi que le repli douloureux sur soi, est au premier plan.

C'est par la perte de confiance en soi, le manque d'intérêt pour le monde et les symptômes que Freud décrit la dépression grave : « le sujet est devenu un trou par où s'écoule en une hémorragie sans fin, la substance même de son Moi ».

Bettelheim décrit dans « le cœur conscient », 1972 d'autres symptômes extrêmes que l'horreur concentrationnaire a produit sur certains comme le sentiment de déréalisation et le sentiment de dépersonnalisation. Dans les « notes et fragments posthumes », Ferenczi décrit ce clivage du Moi. Le sujet en proie à une douleur extrême se dédouble en quelque sorte et se voit lui-même comme de très haut de très loin. Il y a d'une part un Je qui souffre mais ne le sait pas, de l'autre un Je qui sais mais ne souffre pas. Ces symptômes montrent la grave atteinte narcissique d'un côté par l'étendue des dommages subis au niveau du Moi, la gravité de l'effraction qui provoque la perte de toute confiance en soi et de toute estime de soi. De l'autre côté, ils constituent un aménagement défensif pour que le sujet puisse survivre. C'est la visée du clivage et du sentiment de déréalisation. Ces symptômes constituent des tentatives pour maintenir une consistance minimale du Moi et maintenir le processus de destruction à l'extérieur de soi, faute de quoi le sujet s'effondre dans une dépression mélancolique.

Enfin, les douleurs des traumatismes peuvent se manifester de façon plus muette, c'est le cas notamment des somatisations, qui sont retrouvées plus fréquemment chez les enfants.

Fareng et Plagnol (2014) définissent la dissociation traumatique en ces termes, c'est un processus de séparation mentale structurée affectant les perceptions, les émotions, la mémoire et l'identité qui sont normalement intégrées et accessibles à la conscience. Cette réponse chez le sujet traumatisé serait adaptative à l'évènement stressant, le sujet garde ainsi le contrôle mental partiel alors que le contrôle physique est altéré. Si la dissociation se prolonge dans la vie quotidienne, elle permet à l'individu de se déconnecter de ses affects et d'éviter l'émergence de souvenirs traumatiques.

Les auteurs font l'inventaire de différentes dissociations comme :

- la dissociation sensori-motrice par exemple, altérations des perceptions corporelles.
- La dissociation cognitive telle qu'un arrêt de la pensée, des difficultés d'élaboration. Les informations entrent dans la mémoire sans les explications qui devraient les accompagner.
- La dissociation des affects par exemple un détachement paradoxal défensif qui permet d'isoler la souffrance émotionnelle et la signification associée à l'expérience traumatique.
- La dissociation spatio-temporelle : une perte de repères qui contribuent à l'altération des souvenirs.

- La dissociation mnésique : une partie des sujets souffrant d'E.S.P.T sont totalement ou partiellement amnésiques à propos de l'évènement.
- La dissociation de l'identité se manifeste par un sentiment de déréalisation ou de dépersonnalisation. Le sujet a le sentiment d'être différent ou changé et que ses pensées ne sont plus les siennes.
- La dissociation de la volonté : lors de l'évènement traumatique le sujet se trouve paralysé, « sidéré »... cet état de gel cataleptique crée un sentiment d'impuissance très fort qui risque de perdurer sous la forme de manque de confiance en soi ou de vulnérabilité.

2.3. Les critères diagnostiques

Plus récemment, le D.S.M 5 propose d'évaluer le trouble stress post traumatique en proposant les critères suivants pour une population adultes, adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans.

Le sujet est exposé directement ou en tant que témoin à une mort effective ou une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Des symptômes envahissants apparaissent tels que des souvenirs ou rêves répétitifs, provoquant chez le sujet un sentiment de détresse; ou encore des réactions dissociatives (flashbacks) où le sujet agit comme si l'évènements allait se reproduire...

Le sujet a recours à l'évitement, comme éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant l'évènement traumatique mais également éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets ou situations) qui pourraient provoquer un sentiment de détresse.

Des altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'évènement, apparaissent, comme l'incapacité de se rappeler un aspect important de l'évènement traumatique ; des croyances/attentes négatives persistantes ou exagérées concernant le sujet lui-même, d'autres personnes ou le monde, un état émotionnel négatif persistant, une incapacité d'éprouver des émotions positives, une réduction nette des centres d'intérêts.

On note des altérations marquées de l'éveil et de la réactivité comme un comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation), un comportement irréfléchi ou autodestructeur, une hypervigilance, des réactions de sursaut exagérées, des problèmes de concentration et/ou de perturbation du sommeil.

Les symptômes durent plus d'un mois et entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Le DSM 5 précise que le trouble stress post traumatique peut être spécifié avec des symptômes dissociatifs de type dépersonnalisation ou déréalisation.

Lors de dépersonnalisation, le sujet a un sentiment de détachement de soi, comme s'il était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps. Lors de déréalisation, le sujet a un sentiment d'irréalité de l'environnement.

2.4. Point de vue développemental :

Les troubles développementaux et cognitifs ont été abordés par De Clercq et Lébigot en 2001. Les auteurs avancent que les performances scolaires peuvent être impactées chez les enfants victimes de traumatisme. Ils inventorient notamment des phénomènes d'inhibition de la pensée, de refoulement massif qui peuvent interférer avec les apprentissages scolaires et le fonctionnement de la pensée logique. En revanche, les phénomènes de repli sur soi, les symptômes de reviviscence visuelle spontanée et la dénégation lors de traumatismes mortifères sont plus rares.

Cependant, certains enfants investissent le fonctionnement de la pensée logique, c'est une façon selon les auteurs d'éviter les pensées liées à l'évènement traumatique. Dans ce cas on peut assister à une progression des résultats scolaires.

Terr (1983) expose des marqueurs significatifs des traumatismes infantiles parmi ceux-ci, elle évoque les difficultés de ces enfants à aborder le concept d'avenir, ils ont en effet des difficultés à se projeter dans le futur. L'auteur rapporte également une agressivité inhabituelle chez le sujet, dans un mécanisme d'identification à l'agresseur, telle que des comportements imprudents ou autodestructeurs ou une inhibition envahissante. Parfois, les enfants sont dans le déni pour se protéger des affects ressentis lors de l'évènement traumatique.

Frédéric (1985) s'interroge sur les ruptures du tissu social provoquées par les traumatismes et les décès dans un contexte de guerre. Les enfants, selon lui, sont bouleversés dans le développement de leur personnalité et dans leurs croyances fondamentales. L'impunité, les violations des droits de l'homme et des lois de l'état... auront un impact sur les assises de la personnalité de l'enfant mais également sur sa socialisation.

2.5. L'état de stress post traumatique complexe:

L'E.S.P.T complexe est un concept récemment développé par les auteurs Herman, Pelcovitz, Van der Kolk (1996). Il est également appelé trouble traumatique du développement ou DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Les auteurs insistent, dans ce cadre, sur l'impact d'une répétition des événements ou des situations traumatiques sur la construction de la personnalité de l'individu.

Diverses maltraitances au cours de l'enfance sont susceptibles de générer un traumatisme complexe : comme les agressions physique ou sexuelle, les violences psychologiques, l'exposition à la violence conjugale, l'abandon, la trahison, l'instrumentalisation, les négligences émotionnelles et les carences affectives.

Bourgault, en 2013, propose un tableau clinique des diverses perturbations :

Les manifestations cliniques sont multiformes et caractérisées par des altérations de nombreux systèmes comme la capacité à moduler ses affects, l'identité et l'estime de soi, la conscience et la mémoire, les relations avec autrui, la relation au corps et les systèmes cognitifs de compréhension.

Au niveau symptomatique, on observe une dérégulation de la conscience (se traduisant par une dissociation pathologique) une dérégulation des émotions (alternance entre une colère extrême et un sentiment de vide), la difficulté de gestion des comportements impulsifs et dangereux (avec prise de risques) des troubles somatoformes, une représentation de soi endommagée de manière chronique et permanente, des relations interpersonnelles caractérisées par de la dépendance, et une absence de croyances fondamentale dans le sens de la vie.

3. L'hypnose :

3.1. Définition :

Selon Bioy, (2017) l'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. On a dans ce cas un état de conscience modifié à la fois du côté du praticien et du côté du sujet et une dimension relationnelle.

L'état hypnotique peut être naturel ou provoqué par un tiers. Il provoque chez le sujet une absorption de l'attention environnante (hormis la voix du praticien), une détente mentale, une

modification du rapport espace /temps, une diminution du jugement et de la censure, une atonie musculaire et posturale.

Le sujet a, dans cet état, une suggestibilité accrue, une attention intense centrée sur ce qui se passe en lui et pour lui, avec la possibilité d'une prolifération imaginaire.

Roustang (1994) parle de « veille généralisée » dans l'état de transe hypnotique et de « veille restreinte » dans la vie normale. La « veille restreinte » est l'état de veille ordinaire qui s'en tient aux données fournies par nos cinq sens et notre raison logique. A l'inverse l'état de « veille généralisée » est celle qui nous met en relation avec tous nos possibles.

3.2. L'hypnothérapie :

Le cadre de l'hypnothérapie suppose en première instance une alliance thérapeutique entre le psychothérapeute et le patient, à savoir une relation de confiance et un projet thérapeutique élaborés.

L'hypnothérapie est une approche psychodynamique qui intervient sur des processus intrapsychiques. L'hypnose devient un outil dont les applications peuvent être thérapeutiques, on retrouve son utilisation dans des domaines variés comme l'anesthésie, la psychothérapie...

L'hypnothérapie agit à plusieurs niveaux tels que le niveau sensoriel, le niveau cognitif, le niveau émotionnel ou motivationnel...

L'hypnose peut s'intégrer dans l'approche psychothérapeutique en étant un accélérateur, un amplificateur ou un complément utile. Elle permet d'accéder différemment à la fois aux ressources inconscientes du patient mais également à son problème.

La redirection de l'attention du patient vers ses ressources, va lui permettre de s'y reconnecter et par là, il passe d'un rôle passif à un rôle actif dans son processus de guérison.

Dans la conception d'Erickson, c'est le sujet qui possède les ressources qui lui permettront de surpasser les difficultés, l'inconscient est une part intelligente et autonome du sujet, l'état de transe permettant d'accéder et d'utiliser ces ressources pour obtenir un gain thérapeutique.

3.3. Déroulement des séances d'hypnose en hypnothérapie :

Une séance d'hypnose formelle est un processus qui se déroule en plusieurs étapes durant lesquelles va s'organiser une certaine centration de l'attention du patient afin qu'il puisse, dans un second temps, élargir son champ de conscience et explorer d'autres manières de faire et percevoir de nouvelles capacités, faire un pas de côté.

Un objectif de travail est déterminé en mont de la mise en état hypnotique entre le patient et le psychothérapeute.

Les différentes étapes sont les suivantes:

-l'induction: il est demandé au patient de fixer son attention sur une perception ou plusieurs, successivement (visuelles, auditives, kinesthésiques, olfactives, gustatives), une douleur, un souvenir, une image, un mouvement, un son etc., selon le problème à traiter. Il existe différentes techniques d'induction (saupoudrage, confusion, etc.). Cette focalisation de l'attention, qui marque le début du processus hypnotique, permet au patient de faire abstraction de nombreux éléments extérieurs ou intérieurs. Cet état de centration sur l'individu, son corps et ses sensations permet le passage vers l'étape suivante, la dissociation.

-la dissociation psychique est l'état hypnotique à proprement parler où le sujet est à la fois ici et ailleurs dans son monde intérieur, extrêmement attentif à ce qui lui est proposé par le thérapeute. Il entre alors, accompagné par le thérapeute, dans un autre type de perception élargie (appelée "perceptude" par F.Roustang). C'est la phase thérapeutique à proprement parler.

-la phase thérapeutique, le patient, guidé par le thérapeute à l'aide de divers exercices (suggestions, métaphores, etc.) est amené à observer son problème sous un autre angle, à puiser dans ses ressources, à imaginer d'autres types de fonctionnements qui lui permettront de contourner, résoudre ses difficultés.

-le retour à l'état ordinaire : La séance se poursuit par le retour à la sensorialité habituelle (= sortie de transe)

-le débriefing : le patient a le choix ou non d'évoquer et de partager avec son thérapeute ce qu'il a vécu et comment il a vécu sa séance d'hypnose.

3.4. L'autohypnose

Le sujet apprend, avec l'aide du thérapeute, à comprendre et à expérimenter ce qu'est une transe induite de soi-même à soi-même. La première étape de l'autohypnose consiste à repérer en soi la zone de sécurité (safe place) et à l'ancrer par des exercices répétés. C'est à cette zone de sécurité qu'il conviendra de recourir volontairement ou par une sorte de réflexe automatique (acquis par l'expérience) en cas de besoin. L'une des utilisations de l'autohypnose consiste à exploiter l'état de relaxation et de détente rapide et profonde que la transe provoque dans l'organisme, par exemple pour calmer un état d'agitation, d'anxiété ou d'angoisse... cette pratique présente différents intérêts comme une anxiolyse, la gestion du contrôle émotionnel, elle permet également un meilleur contact avec la vie interne émotionnelle, améliore l'estime de soi et le sentiment de contrôle. Le sujet accède à une certaine autonomie dans la gestion de son état émotionnel.

4. L'hypnose et ESPT complexe:

L'intérêt porté aux traumatismes psychiques est concomitant au développement de la technique hypnotique. Il faut pour cela remonter à la fin du 19^{ème} siècle et début du 20^{ème} siècle, les auteurs, Freud et Janet remarquent que les souvenirs traumatiques enfouis à l'origine des manifestations hystériques reviennent sous hypnose.

C'est ce qui conduit Janet à développer le concept de dissociation.

4.1. Le concept de dissociation :

Janet (1889) décrit une véritable rupture dans la synthèse normale des différentes manifestations psychiques (émotions, cognitions et comportements), cette fracture est la conséquence d'un bouleversement émotionnel souvent d'origine traumatique, le Moi se trouve divisé, dissocié en deux. Ce mécanisme aurait une valeur protectrice du Moi d'une submersion émotionnelle.

Hilgard E. (1977), considère la dissociation comme un continuum allant du normal au pathologique. Selon lui, le mécanisme de dissociation est banal et normal, il s'observe notamment dans les conduites automatiques comme la conduite automobile. A l'autre extrémité du continuum se trouvent les comportements pathologiques comme les rituels compulsifs obsessionnels ou les reviviscences du patient traumatisé.

La technique hypnotique est une autre forme de dissociation, à la différence des précédentes, elle est provoquée volontairement et à des fins thérapeutiques. Dans ce cadre, l'hypnose est considérée comme un type de dissociation et s'exprime sous des formes comparables aux symptômes de l'état de stress post traumatique : des altérations du sens de soi, des analgésies, une dissociation affective, des amnésies...

Hilgard J. (1970) observe chez les enfants une facilité à se plonger dans l'imaginaire et donc à se dissocier très vite. Puis, dans ses observations d'enfants victimes de maltraitance, elle est amenée à penser que les enfants soumis à des situations de stress extrême de type événement traumatique, auraient recours de façon privilégiée à la dissociation pour échapper à leur réalité cruelle. Si les situations traumatiques se répètent, alors l'enfant développe son hypnotisabilité innée. Par conséquent, ces sujets conservent cette facilité à se dissocier et sont sensibles aux techniques hypnotiques.

4.2. De la dissociation pathologique à la dissociation thérapeutique

Janet indiquait que l'état hypnotique et l'état dissociatif traumatique recouvrent les mêmes mécanismes et se différencient uniquement au niveau de l'élément déclencheur, celui-ci étant artificiel dans un cas, spontané dans l'autre.

Fareng et Plagnol (2014) rapportent des points communs entre l'état dissociatif traumatique et l'état dissociatif hypnotique, tels qu'une altération de la perception et des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience, du contrôle des mouvements corporels et de l'identité.

Kédia et El Farricha (2008) décrivent chez les patients souffrant d'un E.S.P.T. une grande difficulté à évoquer les événements traumatiques sans basculer dans une bulle dissociative qui les isole de leur entourage et rend également l'alliance thérapeutique précaire. Ils avancent que dans ces cas, l'hypnose dans un contexte d'hypnothérapie pourrait offrir un espace sécurisant pour le patient et son thérapeute, où la dissociation thérapeutique serait vécue comme rassurante et permettrait d'augmenter le sentiment de contrôle des souvenirs intrusifs. Cette dissociation thérapeutique, utilisée dans l'hypnose, peut donc selon les auteurs déverrouiller ce que le choc traumatique a bloqué (les circuits neuronaux) et figé (la pensée). Les auteurs concluent que l'hypnose éricksonnienne permissive permet au patient d'accéder par suggestions indirectes à l'événement traumatique inconscient et à la partie de mémoire dissociée, de retrouver le point de l'impact initial et de débloquent l'ensemble des potentiels cognitifs, affectifs et émotionnels verrouillés par et depuis le choc. L'abréaction peut être silencieuse et intérieure afin de respecter et de préserver le peu de consistance du Moi fragilisé.

4.3. De la dissociation à la réassociation

La dissociation hypnotique mobilise les possibilités et les compétences de ré-association avec l'environnement et le soi du sujet. En effet, l'hypnose opère une réorientation fonctionnelle à la réalité en acheminant l'individu à la vie, elle ouvre à la disponibilité psychique et physique, en levant les blocages émotionnels et permet l'accès aux ressources potentielles du sujet, au lieu de l'enfermer dans la répétition.

Selon Fareng et Plagnol (2014) l'objectif premier de l'hypnothérapie est que le sujet se détache du souci de contrôle (par l'intellectualisation, le sens des mots, l'analyse..) pour s'ouvrir à l'expérience. Le sujet est invité à laisser de côté son esprit conscient et rationnel de

façon à travailler avec l'imaginaire sur des ressentis, des images et des perceptions. Ce lâcher prise permet une détente physique et psychique.

L'hypnose, dans son approche psycho-corporelle, permet de dialoguer avec le corps. Une fois cette communication établie, l'objectif est le développement d'un sentiment de sécurité. Dans ce cadre, la stabilisation du patient est recherchée dans un premier temps. A travers la relation thérapeutique de confiance, le renforcement du sentiment de sécurité et du contrôle interne permet la gestion émotionnelle et le développement des ressources.

Sous hypnose, le sujet accroît ses capacités associatives et imaginatives, des souvenirs ou diverses perceptions peuvent resurgir dans cet état de conscience modifié sans en chercher volontairement le rappel.

Les études sur la prise en charge en hypnose des E.S.P.T. montrent une inefficacité à confronter directement les patients à leur évènement traumatique pour traiter du syndrome de répétition traumatique. Villien (2007) propose de mettre en place un dispositif de simple ou double dissociation pour que le souvenir traumatique ne soit plus vécu comme l'acteur mais revu comme spectateur, avec la même distance que l'on regarde un film au cinéma. Ce dispositif répond à la fois à la dissociation, à la mise à distance nécessaire de l'évènement pour éviter l'envahissement émotionnel et de pouvoir le traiter en sollicitant les ressources du patient.

L'auteur précise néanmoins que dans le cas de traumatismes répétés, l'abord est sensiblement différent car le patient n'est pas face à une scène précise, les flashbacks sont agités mais flous, complexes et changeants, donc peu susceptibles de se prêter à un abord direct de la scène traumatique. Il suggère une stratégie thérapeutique avec un abord plus indirect et une intervention plus à distance.

Problématique

L'exposé de la revue théorique amène à plusieurs axes de réflexions à travers la particularité du développement psychologique de l'adolescent d'une part et les spécificités du fonctionnement psychique du patient traumatisé d'autre part.

En effet, trois axes principaux de réflexion clinique semblent s'imposer dans l'articulation des champs psychopathologiques et développementaux.

- Dans un contexte traumatique, le Moi fragilisé par des atteintes narcissiques, pourrait empêcher les processus d'évolution dans la construction psychologique à l'adolescence.
- L'intégration des transformations pubertaires du corps propre à l'adolescence semble mise à mal lorsque le corps sensoriel et émotionnel est déjà anesthésié dans une psyché figée par les traumas.
- L'insécurité interne du patient traumatisé, l'atteinte narcissique, les mécanismes de régression et de repli sur soi qui en découlent, risquent d'entraver le patient dans ses quêtes identificatoires variées propres à la finalité identitaire du processus de construction psychologique à l'adolescence.

La problématique est donc : en quoi l'hypnose dans un cadre d'hypnothérapie permet à un sujet adolescent traumatisé de recouvrer une réassociation psychique, une sécurité interne et une réappropriation de ses sensations et émotions ?

Les hypothèses théoriques

L'hypnose dans sa dichotomie dissociation/réassociation psychique devrait permettre au sujet traumatisé de sortir de la dissociation pathologique et d'accéder à ses ressources internes et de les remobiliser.

L'hypnose, dans sa dimension psycho-corporelle, devrait favoriser chez le sujet une meilleure lecture de ses sensations corporelles et de ses émotions.

L'alliance thérapeutique, en tant que relation de confiance et sécurisante, et l'autohypnose, devraient permettre une délimitation des enveloppes psychiques, un renforcement du Moi garantissant ainsi un renforcement de la sécurité interne et un maintien du sentiment de la continuité d'existence.

Les hypothèses opérationnelles sont par conséquent les suivantes :

Avec l'hypnothérapie, le sujet traumatisé devrait exprimer plus aisément ses désirs et ses souvenirs, recouvrer des capacités cognitives plus opérantes et déployer plus facilement sa pensée en terme de représentations/affects.

Le sujet, grâce à l'hypno-corporelle et à l'autohypnose, devrait avoir une meilleure perception de ses sensations corporelles et émergence émotionnelle et ainsi mieux les contrôler.

Le sujet devrait, grâce à l'autohypnose et à la relation thérapeutique, recouvrer une sécurité interne et laisser entrevoir une posture plus active dans la relation, une meilleure estime de soi et une mise en mouvement de ses quêtes identificatoires.

II Méthodologie de la recherche

1. Présentation du cadre de la rencontre

J'exerce dans un service de pédopsychiatrie dans un CMP, CATTP, Hôpital de jour. Notre structure accueille des enfants et adolescents âgés de 0 à 18 ans souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques.

Chaque patient est vu en première instance par le pédopsychiatre, le patient est ensuite orienté en bilan ou en suivi vers d'autres professionnels (infirmier, éducateur, rééducateurs, psychologue) selon les besoins d'investigation afin que le projet de soins du patient puisse être défini avec une représentation d'ensemble de ses difficultés et de ses troubles.

Le projet de soins est ensuite proposé au patient et à ses parents, une fois validé un suivi de psychothérapie pourra être proposé.

Les soins pour le patient A. se déroulent en deux temps tout comme la constitution de son anamnèse. Dans un premier temps, A. a été orienté auprès d'une infirmière pour travailler d'une part sur l'éducation alimentaire dans le cadre de l'hyperphagie et d'autre part pour travailler sur l'énurésie.

Dans un second temps, une orientation en psychothérapie était envisagée.

Le diagnostic a évolué entre le début de la prise en charge en soins et les trois premiers mois de suivi de psychothérapie,

2. Anamnèse du patient

A est adressé par son médecin traitant dans notre unité. Il est reçu en octobre 2016 par le médecin pédopsychiatre de notre structure.

Il a 10 ans et un mois, lorsqu'il vient consulter au C.M.P. pour la première fois.

Il présente :

- des troubles du comportement de type hétéro-agressivité avec crises clastiques existant essentiellement dans la sphère familiale, et de type auto-agressivité : onychophagie donnant lieu à des plaies sur le bout des doigts, on relève également une menace suicidaire.
- des troubles alimentaires : de type hyperphagie et grignotage donnant lieu à une obésité, la prise de poids est rapide à partir de l'âge de 7 ans.
- des troubles somatiques : une énurésie nocturne primaire (traitement par minirin qui n'a pas fonctionné)

- des troubles du sommeil et de l'endormissement du type somnolence et sommeil agité (une période de cauchemars répétitifs résorbée), une latence d'endormissement.

- des troubles des apprentissages avec des difficultés de lecture et de compréhension (dyslexie dysorthographe diagnostiquée et une rééducation est en cours en libéral), des difficultés de concentration.

2.1. Antécédents du patient

On relève une grossesse qui s'est mal passée avec une hospitalisation de la maman d'une durée de 6 semaines pour placenta praevia et une naissance prématurée à 7 mois d'aménorrhée donnant lieu à une hospitalisation de la mère pour une durée de 15 jours.

Le développement au cours des trois premières années se révèle être de qualité d'un point de vue psychologique et psychomoteur, à ce sujet le papa rapportera « c'était un très beau bébé, gentil, facile, rigolo c'était la star... »

La marche a lieu à l'âge de 13 mois

La propreté diurne est acquise avant l'âge de 3 ans

On ne relève pas d'angoisse envahissante manifestée lors des séparations pendant la petite enfance.

Le langage était bien développé à la rentrée de petite section de maternelle A. faisait de petites phrases.

2.2. Histoire familiale :

A. est le troisième d'une fratrie de 4 enfants :

En 2010, un épisode traumatique de l'enfant dans un hôtel. Alors que son père est dans la salle de bain de l'hôtel et sa mère occupée dans une chambre annexe avec ses enfants aînés, A. voit entrer un cambrioleur dans la chambre en le menaçant « tu ne dis pas à tes parents sinon... (mime de le tuer) »

A est mutique se cache à l'évocation de l'évènement et dira simplement « je ne sais pas...je ne sais plus »

Le papa d'A. rapporte « il en a parlé une seule fois, a décrit l'agresseur et a rapporté les propos menaçants de ce dernier, il n'en a plus reparlé et ne s'en rappelle plus ». Dans la suite de cet évènement, on relève une période de cauchemars de plusieurs mois avec somnolences. Pour les éventuels autres troubles relatifs à un traumatisme, le père dira qu'il ne s'en rappelle pas car le couple parental a vécu quelques semaines après une grave crise, avec dépression paternelle.

En 2011 des conflits conjugaux suite à un adultère avec une menace de séparation parentale. La maman qui est « beaucoup moins disponible pour ses enfants » selon les propos du papa.

2011-2012 le père de A. connaît un épisode dépressif avec alcoolisme, au cours de cette période A. pu dire à son père « tu devrais arrêter de boire papa »

En 2012 la naissance de sa petite sœur et de nouveaux changements dans la relation mère/fils. La relation mère/enfant se délite avec l'autonomie de celui-ci, elle est décrite comme une maman très attentive aux besoins de ses bébés pendant les 3 premières années, « elle pouponne ses bébés » dira le père et il ajoutera plus tard « il y a peu de relation mère/fils et même mère/enfants »

A partir de la naissance du puîné, A. rapportera au cours de la consultation médicale avec le pédopsychiatre l'attitude et les propos maternels suivants :

Au sujet de l'énurésie « elle se met en colère quand j'amène mes draps mouillés »

Au sujet des problèmes alimentaires « tu es gros quand tu seras grand tu seras gros » avec un ton moqueur.

Les relations avec son frère aîné sont de mauvaises qualités, rivalité, bagarres, moqueries sur les mêmes thèmes que cités précédemment.

En 2016 le décès du grand père maternel a lieu le jour de l'anniversaire de A. ; A. en était très proche, il partageait avec lui diverses activités. A. évoquera à ce sujet « je me sent triste voire malheureux quand je pense à lui »

Depuis le décès de son grand-père A. craint que d'autres proches décèdent.

Bien que la maman ait été conviée à chacun des rendez vous médicaux de notre structure elle ne viendra qu'une seule fois après avoir refusé fermement les rendez-vous précédents. A tenait particulièrement à ce que sa maman rencontre le pédopsychiatre « je voudrais bien savoir ce qu'elle a à dire » Elle confirmera son manque d'implication dans la vie de son fils en avançant « j'ai de mauvais souvenirs de l'école, je ne peux pas l'aider » elle ajoutera « j'espère qu'il pourra dire ce qu'il a au fond de lui car j'ai l'impression qu'il ressemble à mon père il garde tout », elle est d'accord pour qu'une prise en charge en psychothérapie se mette en place dans notre établissement.

Le papa est inquiet de l'évolution de son fils au niveau du comportement et de ses apprentissages, il demande des soins pour son fils. Il est d'accord pour une prise en charge et demande régulièrement si le suivi sera long il évoque à ce sujet qu'il gère tous les rendez-

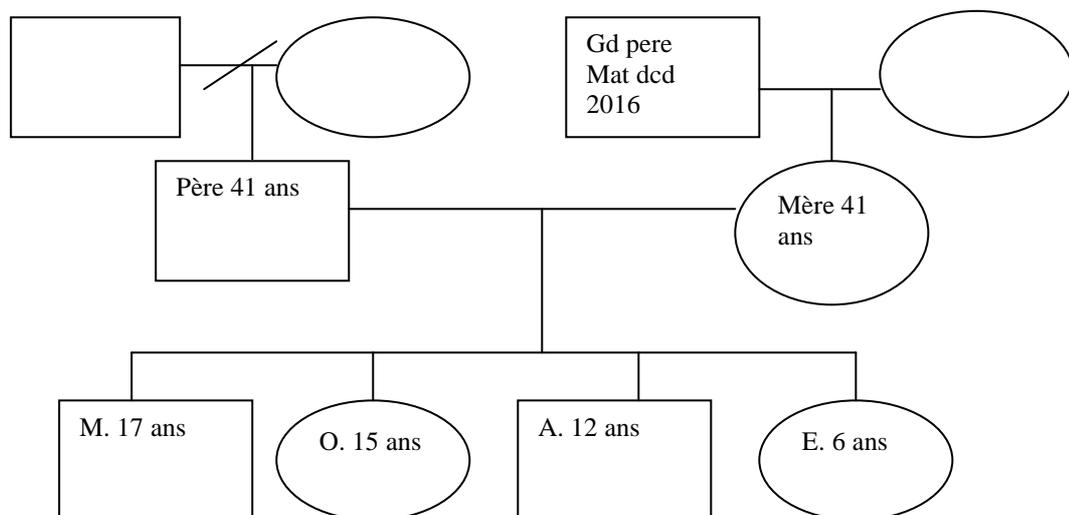
vous avec les professionnels et ceci pour ses quatre enfants et que ça lui pèse dans son organisation à la fois professionnelle et familiale.

A. a du mal à exprimer ce qu'il souhaite hormis un sac de frappe « pour se calmer » mais il a agréé le suivi de psychothérapie sans pouvoir dire pourquoi.

Une investigation complémentaire a été effectuée, un questionnaire d'attachement aux parents et aux pairs (IPPA) a été proposé et rempli par A.. Les résultats de ce questionnaire révèlent un fort sentiment d'abandon, une faible qualité de la communication et de la confiance en ce qui concerne les relations que A. entretient avec sa maman et ses pairs. Ces mêmes sentiments sont de meilleure qualité lorsqu'il s'agit de la relation qu'il entretient avec son père.

Notre conclusion sur la question de l'attachement s'oriente par conséquent vers un attachement de type insécure anxieux évitant.

2.3. Génogramme du patient



III Résultats et données cliniques

1. Le suivi de psychothérapie

Le suivi de psychothérapie débute fin octobre 2017 à la fréquence d'une séance par quinzaine. Lors de notre première rencontre A. n'attend pas dans la salle d'attente mais dans le hall « caché » entre l'armoire et le mur, il est « invisible » des autres patients qui arrivent dans la structure et il scrute chaque arrivée de professionnels, il esquisse un sourire lorsqu'il me voit. Dans mon bureau, il ne s'installe pas en face de moi mais sur la chaise qui est en partie derrière l'ordinateur, de ce fait je ne le vois pas entièrement. Au cours de ce premier entretien, je lui présente le cadre thérapeutique de nos rencontres (fréquence, confidentialité, relation de confiance, lieu sécurisé pour s'exprimer...). A est inhibé, il regarde ses chaussures, le visage est inexpressif, il s'exprime peu verbalement sur ses souffrances et sa situation. Il répond à mes questions avec un temps de latence long, il semble perdu, détaché, sidéré. Pas de rêves, peu de désirs. Sa demande d'aide est difficile à faire émerger.

J'apprends qu'il est en 6^{ème}, il n'évoque pas de plaisir particulier à aller au collège, il a un copain dont il est difficile de comprendre ce qu'il partage avec lui. Il fait du foot depuis la rentrée, mais là aussi c'est compliqué de comprendre sa motivation, il dit « ça fait pas longtemps que j'en fais » de ce fait je comprends qu'il n'a pas encore créé de lien avec les membres de son équipe et pour finir il ajoutera « c'est mon père qui m'a dit que c'était bien de faire du foot » mais il ne sait pas pourquoi.

De cette première rencontre, il évoquera sur sollicitation avoir un problème de concentration en classe et surtout pour les contrôles « j'ai des trous, je ne sais plus ce que j'ai appris », et fera un dessin libre où le bonhomme est excentré, sommaire dans ses attributs, extrêmement petit et sans expression. Il ne souhaite pas s'exprimer sur sa représentation.

Les séances suivantes ressemblent à la première, une attente de la consultation qui ressemble à de l'hypervigilance à l'égard des autres patients et familles de patients. Il s'assied à la même place en consultation. De ces séances suivantes, deux squiggles traitent des thématiques de l'insécurité affective, la vaine recherche de la relation duelle exclusive, l'activité orale intense du personnage principal pour « se recharger en énergie », des dangers de l'extérieur avec l'évocation d'un monstre qui engloutit féroce le personnage principal et enfin la violence entre deux protagonistes égaux (fraternels ?) « ils ne savaient pas qu'ils étaient ennemis... » « pacman » finit par le dévorer après un dur combat il est vidé de toute son énergie alors « il va manger ses petits points ».

Dans les histoires créées, je relève « pacman » et « une petite coccinelle »

Mes tentatives d'interprétation ne permettent pas d'élaboration tant sur les émotions suscitées que sur les représentations, là aussi les temps de latence sont longs et finissent par « je ne sais pas ». A n'évoque aucun des traumas vécus, ni aucun élément sur ses relations aux autres (parents, fratrie, pairs), il lui est difficile de reconnaître les émotions vécues au travers des squiggles par exemple, il semble étranger à sa souffrance. Il dit être content de venir à son suivi sans pouvoir l'expliquer.

Après un échange début janvier avec le pédopsychiatre sur la situation d'Alexandre concomitant avec le début de la formation d'hypnothérapeute, nous proposons d'introduire l'hypnose dans nos rencontres, pour travailler sur les ressources d'A comme la confiance et l'estime de soi, la sécurité... ce projet est validé par A. et son papa. Ce dernier ajoutera « du moment que ça marche pour l'énurésie, le poids et que ça ne dure pas des années le reste ça me va ».

Une séance est consacrée à présenter l'hypnothérapie et l'hypnose à A. je lui explique ce qu'est l'état de conscience modifiée, comment on peut se sentir pendant et après un état hypnotique. J'évoque ensuite l'inconscient et son fonctionnement « c'est comme une petite boîte noire qui est à l'intérieur de toi et qui est là pour te protéger mais qui parfois te fait faire des choses que tu ne voudrais pas comme les symptômes, elle a une logique à elle qu'on ne comprend pas toujours alors avec l'hypnose on peut lui envoyer des messages pour que cette boîte change progressivement les choses en toute sécurité. Et toi tu pourras te sentir progressivement mieux comme être plus à l'aise dans ton corps, être plus à l'aise dans l'expression de tes éprouvés, remettre en marche ce qui va bien chez toi et traiter ce qui te pose problème angoisse, peur....».

A. semble satisfait de cet apport et dit « ça me va » en esquissant un sourire.

La séance suivante est consacrée à ses priorités dans sa demande d'aide. A. a un premier souhait, à savoir s'améliorer dans ses résultats scolaires.

A.« J'aimerais ne plus avoir de trous de mémoire pendant les contrôles »

« peut être que je pourrais faire plus »

« quand j'ai des fois des bonnes notes ...je trouve ça bien »

Th « comment tu te sens quand tu as de bons résultats ?

A. « je sais pas »

Th . « As-tu d'autres souhaits ? »

(Latence)

A « pour mieux vivre... perdre du poids »... « mes parents disent il faut maigrir parce que plus tard tu seras gros »

Th « *qu'est ce que tu ressens quand ils te disent cela ?* »

A. (latence) « rien, Moi ça me gêne pas sauf pour courir »

Th. « *tu as d'autres souhaits ?* »

A « non ... ah si l'énurésie »

Th « *est ce que ça t'arrive parfois d'avoir ton lit sec ?* »

A « pas très souvent, je n'y arrive pas »

2. Le suivi d'hypnothérapie

Séance 1 avec hypnose

La séance suivante, je propose à A. l'hypnose pour travailler la confiance en soi et l'estime de soi, A. est d'accord. Un rapide VAKOG fait état d'une prédominance visuelle.

L'induction choisie est classique, la suggestion de travail est la réussite de l'apprentissage antérieur « la marche »

Les signes de transe : la mobilité des yeux sous les paupières et hypotonie du corps.

La sortie de l'état hypnotique : A. s'étire, semble engourdi, et sourit.

Th « comment ça s'est passé pour toi ? »

A. « bien » (il sourit)

Th « souhaites tu en dire plus ? »

A. « non, c'était bien »

Séance 2

A est plus loquace dans notre rencontre. Il évoque de façon plus fluide la mort de son grand-père maternel, et sa tristesse associée. Il dit penser à la mort de son grand-père plusieurs fois par jour, il raconte un souvenir teinté de joie avec son grand-père défunt.

Il raconte ce qu'il fait à la maison notamment l'organisation des tâches ménagères : A m'explique qu'il nettoie sa chambre, la cuisine, les toilettes, il ramasse les déjections canines dans le jardin et les mégots de cigarettes que sa maman « jette par terre, car elle oublie qu'il y a un cendrier ». Ces tâches ménagères sont faites par les enfants à la demande de leur père « comme ça papa a du temps pour jouer avec nous aux jeux de société ou avec moi pour jouer au foot dans le jardin ».

C'est alors l'occasion de valoriser ces activités ménagères qu'il exécute de façon hebdomadaires pour aider son père.

Il poursuit avec le manque de disponibilité maternelle à son égard « je ne passe pas de temps avec elle, elle dit toujours non pour aller au magasin avec elle ... alors je ne lui demande plus rien », il parle de sa maman dans ses termes « elle ne joue pas avec nous aux jeux de société parce qu'elle n'est pas allée beaucoup à l'école, c'est comme pour les devoirs, elle dit qu'elle ne sait pas faire », « elle aime passer du temps avec ses copines de travail ou sur facebook »
Il terminera sur une de ses craintes « je n'aime pas lorsque les gens ont un air méchant ou féroce ou quand il crie fort »

Th « Quels gens ? »

A « ceux que je ne connais pas »

La séance se termine avec une nouvelle valorisation, j'insiste sur le fait qu'il s'est autorisé à parler de lui en évoquant notamment ses activités, sa famille et ses craintes.

Séance 3 avec hypnose

En transition avec ce qui a été évoqué à la fin de la séance précédente je propose à A de travailler sur le « safe place » en état hypnotique, ce travail a pour but de le sécuriser lorsqu'il se sent submergé par des émotions telles que la peur. A est d'accord pour ce travail.

J'utilise la même induction que précédemment, j'ajoute une double dissociation, un ancrage (serrer le poing), et une suggestion post hypnotique.

Je lui propose de s'exprimer sur ce qu'il a vécu sous hypnose.

A « c'était bien »

Un travail post hypnotique est suggéré d'autohypnose dans un endroit calme, laisser détendre son corps et serrer le poing une fois par jour pour retrouver cet état de bien être qu'il a vécu dans son « safe place ». L'utilisation est proposée également lorsqu'il ne se sent pas bien lorsqu'il ressent de la colère ou de la peur.

Séance 4 :

A s'est fait couper les cheveux, il raconte que son père lui laisse l'argent nécessaire et le dépose chez le coiffeur, c'est A. qui choisit sa coupe et règle le coiffeur. Il semble transparaître derrière tout ça la fierté d'être autonome et d'avoir la confiance de son père. Je ratifie cet évènement. A. ajoute « mon père est toujours content de mes coupes de cheveux.... Ma mère n'est pas d'humeur, elle ne donne pas son avis »

C'est alors l'occasion de parler de l'humeur de sa mère A se dit inquiet pour sa maman, « elle est triste parce que son papa est mort », il ajoute être inquiet pour son père « quand mes parents se criaient dessus j'avais peur qu'ils se séparent.... Mais ils se disputent moins maintenant... (mime de doute) »

Th .« tu as l'air d'avoir un doute ?

A. « je sais pas (silence) »

Th « qu'est ce que tu ne sais pas ?

A « je ne sais pas si mes parents s'aiment... »

Puis il enchaîne par « avant je faisais des cauchemars surtout celui où je tombe dans le vide, mais je (ne) le fais plus depuis novembre »

Th « et qu'est ce que tu ressens dans ce cauchemar »

A « (latence) que je suis perdu (silence) »

Il enchaîne à nouveau « j'ai moins de trous de mémoire mais ça existe encore Je m'énerve moins quand j'apprends mes leçons... mais je m'énerve toujours avec mon frère (au sujet de la console) alors on se tape »

Th : je lui rappelle la pratique de l'autohypnose lorsqu'il sent les tensions monter en lui

Th : y a-t-il une activité qui te fait du bien, où tu te sens bien ?

A évoque le football brièvement, le ping-pong « mon prof a dit que je suis le meilleur de ma classe... l'année prochaine j'ai envie de faire du hand au collègue »

Séance 5 (un mois plus tard) avec hypnose

A. est fatigué et souffre d'un mal de tête, je remarque qu'il est installé en face de moi pour la première fois depuis le début de son suivi. Il est fier de m'annoncer l'amélioration de ses notes scolaires en arts plastiques il ajoute « et en plus une très bonne note en français et une autre en anglais (avec un air ébahi)»

Th tu as l'air surpris ?...

A « ben c'est parce qu'avant j'étais trop nul »

Il enchaîne avec les conflits avec son frère, il dit à ce sujet « c'est des cris moyennement forts (toujours au sujet de la console de jeu) » il ajoute « je donne la manette à mes parents et je vais me calmer dans ma chambre » (je comprendrai plus tard qu'il utilise dans ces moments là l'auto-hypnose)

Il poursuit son inventaire « les nuits mouillées c'est pareil (qu'avant) le grignotage aussi »

Je comprends qu'il ressent des tensions internes quand il est en colère en revanche, il ne ressent rien pour l'envie de grignoter, ni pour l'envie d'uriner la nuit.

Th. Si tu avais une note à mettre sur ton mal être au début de nos rencontres et une sur ton mal être actuel quelles seraient elles ?

A attribue un 10/20 au début de notre rencontre et un 13/20 aujourd'hui.

Pour la fin de la séance, je lui demande comment il souhaite poursuivre.

Il demande de l'hypnose « pour être bien »

L'induction est identique aux précédentes, j'oriente plus spécifiquement sur l'hypnocorporel le but étant de travailler sur les représentations du corps et ses liens avec la psyché puis de le soulager de sa céphalée. Une métaphore du type « ton corps est comme une machine dont tu as toutes les commandes entre les mains, ... », le but étant de renforcer le contrôle émotionnel, et de se réapproprier les « contours » de son corps.

La transe est plus profonde que les fois précédentes, la respiration est beaucoup plus lente et plus profonde (ronflement) avec une hypotonie de la nuque.

Le retour à « l'ici et maintenant » est plus long, les repères espace/temps semblent compliqués à retrouver après 10 minutes d'hypnose.

Il dira seulement « je n'ai plus mal à la tête »

Fin de la séance.

Séance 6

A. parle de son meilleur contrôle émotionnel surtout lorsqu'il est en conflit avec son frère. Il peut expliquer qu'il ressent la progression de ses tensions internes, il s'isole dans sa chambre et pratique l'autohypnose.

Par ailleurs, au cours de cette même séance, il évoquera des souvenirs de sa petite enfance avec les termes suivants « je ne me rappelais plus qu'avant j'habitais à ... , je me souviens de mon école maternelle et de mon papi (maternel défunt) qui venait manger un barbecue à la maison, j'étais assis à côté de lui et il aimait me faire des blagues et me faire rire »

Les émotions évoquées sont plutôt agréables, ses souvenirs sont comme une partie de sa vie qu'il se réapproprie.

Séance 7

A. souhaite me raconter qu'il a de nouvelles bonnes notes au collège, il poursuit avec une meilleure ambiance à la maison (son frère n'est pas toujours présent la semaine). A poursuit avec ses émotions et comment il les gère, il se dit être « énervé » quand il y a du bruit à la maison il ne peut pas se concentrer pour faire son travail scolaire, il m'explique qu'il se met

« en détente » je comprends qu'il utilise à cette occasion l'autohypnose. Je ratifie son autonomie dans l'utilisation de ce nouvel outil.

Nous poursuivons la séance sur ses figures symboliques : A. aime parler de ses footballeurs favoris comme Sergios Ramos car « c'est un défenseur de qualité » ; Cristiano Ronaldo, « pour sa puissance et son physique athlétique ».

Les « cafards » dans un dessin animé ces personnages font des farces à Oggy, A. les trouvent amusants.

Il poursuit avec quelques you tubeurs, qu'ils apprécient pour leur sens de l'humour ou pour leurs stratégies qu'ils partagent dans les jeux vidéos.

Ce travail sur les figures symboliques avait pour but de faire un inventaire exhaustif sur les identifications possibles de mon patient en vue d'un travail ultérieur sur ses ressources internes dans l'exposition éventuel à un évènement traumatique. L'inventaire de ses figures symboliques est assez différent en terme d'identification à ce stade comparé aux identifications relevées dans les squiggles du début de suivi (petite coccinelle et pacman)

En effet, une synthèse clinique avec le médecin me permettait d'avoir un diagnostic plus précis sur la situation de A., à savoir un état de stress post-traumatique complexe.

A la fin de la séance, A. revoit ses priorités dans ses soins, il a moins de pensées tristes vis-à-vis de la mort de son grand-père et il aimerait une amélioration de ses troubles énurétiques.

Une brève entrevue avec le papa pour faire un point diagnostic au sujet de la problématique de son fils. Des éléments de l'anamnèse sont précisés avec le papa en présence d'A..

L'évocation de la problématique et du diagnostic permet de faire prendre conscience au papa non seulement de la durée plus ou moins longue des soins et de leur nécessité.

La séance 8 avec hypnose

Un point pédagogique est fait sur le fonctionnement du système urinaire en lien avec le système nerveux central. Avec un schéma à l'appui représentant le cerveau et la vessie (cf annexe), j'explique le fonctionnement du système sous forme de dialogue :

Th : Quand tu as envie de faire pipi la vessie parle au cerveau elle lui dit « je suis pleine, tu peux me vider » le cerveau répond « non pas tout de suite dans 5 min car le cours de maths va se terminer d'une minute à l'autre il faut que tu te retiennes encore un peu ...»

Quand le moment arrive la vessie peut se vider car le cerveau lui a donné le feu vert.

A. se sent prêt pour la mise en état hypnotique, j'utilise la même induction et j'introduis une

métaphore : un arrière plan de fin d'après midi avec un coucher de soleil sur un paysage océanique avec une plage et des vagues qui se retirent, des petits animaux marins. La marée basse, la mer qui stagne en flaque entre des rochers et qui est parfaitement retenue, comme une mare.

Nous savons que les marées de l'océan, qui montent et qui descendent, et les vagues, qui se déplacent de façon rythmée, sont contrôlées par la force de la gravité qui vient de la lune. La lune contrôle les mers et les mares du bord. Elle les retient sur les plages de l'océan, et permet à ces mares de rester dans leur bassin et assure un lieu confortable pour les animaux de la plage.

Un parallèle est avancé entre la lune qui contrôle les marées et le cerveau qui contrôle la vessie, que ce soit le jour ou la nuit. Tout comme la petite boîte noire contrôle certains comportements, provoque des peurs des angoisses...

Un retour est suggéré avec une insistance sur le sable sec les animaux confortablement installés au sec et au chaud....

Puis la sortie de la transe et un retour dans l'ici et maintenant.

Le débriefing : A. met du temps à revenir et ne souhaite pas s'exprimer sur ce qu'il a vécu pendant l'état hypnotique.

La fin de la séance se termine par une proposition d'un calendrier des nuits « sèches » et un point pédagogique est fait pour son utilisation. A. semble agréer ce nouvel outil.

Séance 9 (6 semaines plus tard)

A. est souriant il dit qu'il va bien et pourtant quand on fait l'inventaire de ce qui va bien A. est plus modéré. En effet, les résultats scolaires ont connu quelques baisses sans qu'une inquiétude y soit associée. Puis, le travail sur les nuits sèches n'est pas suffisamment probant selon lui. Il est difficile d'avoir un recueil objectif des données car A. a perdu son calendrier. On fait donc appel à sa mémoire, il annonce alors une à deux nuits sèches par semaine depuis la séance d'hypnose (contre une nuit sèche de temps en temps) A. est déçu, il pensait que les résultats seraient visibles plus rapidement.

Les réactions de la famille à ce sujet sont inexistantes voici ses propos « ils (ses parents) ne disent rien puisque je fais toujours pipi au lit, rien n'a changé »

On poursuit avec l'autohypnose, A. reconnaît que l'autohypnose l'aide à se calmer et il précise que depuis plusieurs semaines il l'utilise le soir « c'est pour me calmer longuement avant d'aller au lit ».

Il lui est impossible de décrire les images qui lui viennent ou ce qu'il entend pendant son autohypnose, en revanche il dit « ça me fait du bien dans mon corps, c'est tout ».

IV Discussion théorico-clinique

1. Rappel de la problématique :

Le but de ce travail de recherche était d'étudier en quoi l'hypnose dans un cadre d'hypnothérapie permet à un sujet adolescent traumatisé de recouvrer une réassociation psychique, une sécurité interne et une réappropriation de ses sensations corporelles et émotions.

Pour cette analyse, je m'appuierai exclusivement sur les observations cliniques menées au cours du suivi de psychothérapie.

2. Analyse des données :

2.1. Le choix des suggestions

Le canevas des séances d'hypnothérapie et le choix des suggestions ont été élaborés d'une part, à partir des besoins (dont la priorité était la mobilisation des ressources et le renforcement narcissique) et demande du patient, et d'autre part avec les apports des cours de la formation. En effet, le diagnostic initial a été revisité au cours de la prise en charge en psychothérapie. Ainsi, la première séance d'hypnose s'oriente davantage sur un renforcement de l'égo demandé par le patient, c'est pourquoi la suggestion concernait l'apprentissage antérieur réussi. Ensuite, les craintes et sentiment d'insécurité évoqués par le patient en consultation m'ont amené à proposer le travail sur le « safe place » et d'introduire l'autohypnose. Le but était d'une part de sécuriser le patient pendant les séances d'hypnose et par ailleurs lui permettre d'utiliser l'autohypnose comme outil dans le contrôle de ses émotions.

Ensuite, le diagnostic d'E.S.P.T. complexe est posé par le médecin à partir des données cliniques émanant du suivi de psychothérapie.

Le travail suivant s'est orienté sur l'hypnocorporel en vue de donner une cohérence et une continuité psychosomatique chez le patient. En effet, l'évènement traumatique dépasse les capacités d'intégration du Moi du sujet, il provoque une effraction et une déchirure dans la continuité psyché/soma d'où la perte du sentiment d'intégrité du patient.

La suggestion suivante est en lien avec l'énurésie et est clairement formulée par le patient. Ce travail présente plusieurs intérêts notamment dans le travail d'indépendance du patient mais également dans les potentielles valorisations narcissiques futures.

2.2. En fonction des hypothèses opérationnelles :

Avec l'hypnothérapie, le sujet traumatisé devrait exprimer plus aisément ses désirs et ses souvenirs, recouvrer des capacités cognitives opérantes et déployer plus facilement sa pensée en terme de représentations/affects.

Dès la deuxième séance, qui suit le premier travail sous hypnose centré sur la réussite d'un apprentissage antérieur, A. amène dans un premier temps un élément important en terme de représentation /affect à savoir l'évocation de la représentation d'une perte (grand-père maternel) associée à des affects de tristesse. Puis dans un second temps, il évoque un élément anxiogène avec un affect de peur. L'entretien est plus fluide en termes de réciprocité et de spontanéité des échanges.

Lors de la séance 4, qui fait suite au travail sur le « safe place » et au travail post-hypnotique, A. évoque des souvenirs traumatiques et anxiogènes comme le cauchemar et les disputes parentales et les affects de peur qui y sont associés. Il aborde également l'amélioration de ses capacités cognitives mnésiques.

Lors de la séance 6, qui fait suite au travail centré sur l'hypnocorporel, A. évoque un souvenir de son enfance avec des émotions positives (joie).

Lors de la séance 7, A. formule de manière autonome et spontanée une demande précise de travail sous hypnose (travail sur l'énurésie)

A travers cet inventaire, différents éléments cliniques de l'évolution du patient corroborent avec l'hypothèse énoncée à savoir la réassociation psychique permet au patient de se réapproprier ses souvenirs, de formuler des désirs, de déployer sa pensée en associant une représentation et un affect et de retrouver des capacités cognitives plus opérantes.

Le sujet, grâce à l'hypno-corporel et à l'autohypnose, devrait avoir une meilleure perception de ses sensations corporelles et émergence émotionnelle et ainsi mieux les contrôler.

A partir de la séance 5, A. montre une meilleure perception de ses sensations corporelles et tensions internes et met en place des stratégies de façon autonome (autohypnose) pour y faire face. Ce qui est confirmé à la séance 6, après le travail centré sur l'hypnocorporel, A. relate une nette amélioration de son contrôle émotionnel.

Pour conclure sur ce point, hormis le fait que le patient améliore considérablement son contrôle émotionnel avec la pratique régulière de l'autohypnose et l'introduction de l'hypnocorporel, il est difficile de faire l'impasse sur le constat que d'autres auteurs ont fait, le patient traumatisé a une facilité à se dissocier et entre facilement en transe sous hypnose.

Le sujet devrait, grâce à l'autohypnose et à la relation thérapeutique, recouvrer une sécurité interne et laisser entrevoir une posture plus active dans la relation, une meilleure estime de soi et une mise en mouvement de ses quêtes identificatoires.

Dès la deuxième séance, A ; se montre moins inhibé dans l'échange.

A la séance 4, il expose son sentiment de fierté d'être allé chez le coiffeur seul. La valorisation de soi dans l'autonomie d'un acte est couplée à d'autres valorisations narcissiques (son professeur de sport qui reconnaît que A. est le meilleur de la classe en ping-pong).

La séance 5, A. s'assied pour la première fois en face de moi spontanément et ceci dès le début de la consultation. On peut y voir là une sécurité interne suffisante et une estime de soi de meilleure qualité.

Lors de la séance 7, on relève une évolution dans les modèles identificatoires. En effet, dans l'évocation des figures symboliques A. avance des références qui sont plus en adéquation avec son âge, il s'identifie à des joueurs de foot qui incarnent selon lui la puissance par le physique athlétique et d'autre part pour leur qualité de défenseur. On remarque aisément le lien qui peut être fait entre les représentations (force et défense) de ces figures identificatoires et les ressources nécessaires pour faire face à une situation difficile. Les autres modèles identificatoires font référence respectivement à l'humour (d'un personnage de dessin animé) défense majeure contre la dépression et la stratégie (d'évolution des youtubeurs dans les méandres de certains jeux vidéos).

L'évolution majeure du patient dans ce cadre est la posture plus active dans la relation duelle thérapeutique qui semble en lien avec une sécurité interne et une estime de soi plus valorisée. De ce premier constat en lien avec l'hypothèse émise, le patient a recours à d'autres modèles identificatoires en adéquation avec son évolution d'adolescent et de sujet traumatisé.

Cependant, la dernière séance montre que le patient, après 6 semaines de levée d'hypnothérapie, manque d'étayage narcissique ce qui semble avoir des répercussions sur son humeur.

3. Apport de l'étude - critiques et question éthique

3.1. L'apport de cette étude :

Cette étude montre que l'hypnose peut être considérée comme un outil thérapeutique, apportant une ouverture sur d'autres champs des possibles. Ce levier thérapeutique a permis d'une part de dynamiser une prise en charge en psychothérapie, de désenclaver une psyché figée et d'autre part de la remettre en mouvement. Puis cet outil a permis d'aboutir à une amélioration des symptômes tels que les troubles du comportement par une meilleure maîtrise du patient dans la gestion de ses émotions. Enfin, il a permis au patient d'être acteur de sa prise en charge avec l'émergence de ses demandes et la co-construction des séances. Il en découle une autonomie du patient dans la pratique de l'autohypnose, une meilleure estime de soi et un panel plus varié des identifications en adéquation avec son développement.

Par ailleurs, cette étude montre également l'intérêt de la régularité des séances de consultations en psychothérapie. En effet, après 6 semaines d'absence de suivi l'humeur du patient est impactée même si les effets de la dernière séance d'hypnose sont plutôt encourageants. Ce qui semble également confirmer que l'hypnose ne peut en aucun cas être exclusive dans un contexte de souffrance psychique et que la relation thérapeutique au long cours est primordiale dans la situation exposée en tant que relation sécurisante.

3.2. Critiques de cette étude

Tout d'abord, un point doit être soulevé sur la forme et notamment le temps consacré à chaque séance pose problème tout comme la régularité du suivi. En effet, les trente minutes de consultation sont particulièrement courtes pour accueillir le patient, prendre le temps d'analyser sa demande, puis procéder à la mise en état hypnotique avec l'objectif à travailler et finir par un débriefing. Dans la situation exposée, le temps de débriefing était peut être trop bref pour permettre au patient de déployer sa pensée sur ce qu'il avait vécu sous hypnose. Ainsi, après ce constat, une nouvelle organisation des séances d'hypnothérapie est envisagée prochainement.

Le travail d'hypnothérapie, dans la situation de cet adolescent, est à poursuivre afin d'ancrer le sentiment de sécurité, puis pour approfondir les ressources du patient comme l'estime de soi, la confiance en soi, l'affirmation de soi et l'autonomie.

Parallèlement, plusieurs axes de travail semblent s'imposer. Dans un premier temps, un axe de travail, qui me paraît essentiel à ce stade du suivi, serait d'accentuer sur les ressentis corporels en proposant un « scan » corporel afin de donner plus de repères au patient dans le traitement psychique de ses émotions et renforcer les liens psyché/soma. Dans un autre temps,

il s'agirait d'introduire un travail plus pédagogique sur les émotions et leur rôle dans une situation traumatique. Le but final serait de travailler sur les situations traumatiques passées avec un potentiel de ressources suffisant pour assurer une sécurité interne.

3.3. Question éthique

L'introduction de l'hypnose dans les séances de psychothérapie pose la question de la représentation même de l'hypnose pour chacun des protagonistes. Dans le contexte de ce travail il s'agit de la représentation du thérapeute, du patient, mais également celle de ses parents.

L'hypnose est un outil nouveau dans notre structure, il suscite de l'enthousiasme et de la curiosité chez chacun des professionnels que nous sommes car nous en avons une représentation un peu magique et révolutionnaire dans la prise en charge psychothérapique des situations les plus difficiles. C'est pourquoi notre engouement, dans la proposition de l'outil aux patients et à leurs parents, a pu provoquer un certain nombre de représentations erronées.... du type « thérapie brève » ou bien « puissant thérapeute qui sait améliorer l'état de notre enfant » mais qu'en est-il de la place et du rôle des parents dans une psychothérapie lorsqu'on entend les remarques des parents suivantes : « j'apprends que vous prenez des vacances, et nous on fait quoi de notre fille pendant quinze jours si vous n'êtes pas là pour la recevoir ? » ou bien « l'hypnose j'étais d'accord mais là je ne vois aucun changement... »

N'y a-t-il pas là une attente de résultats ou une représentation erronées de l'hypnose et de celui qui la pratique ?

Cette question fait écho avec la phrase entendue au cours de notre formation d'hypnothérapie : « le thérapeute ne doit pas lutter contre les représentations de pouvoir du thérapeute sur le patient » il est nécessaire de s'entendre au préalable sur la définition même de « pouvoir » et de représentation qu'en ont les parents. C'est pourquoi, il sera plus judicieux de prendre le temps de préciser aux parents de nos patients que l'hypnose reste un levier thérapeutique utile pour le thérapeute dans le cadre de la psychothérapie mais qu'il ne garantit ni une prise en charge brève ni un rôle de substitution parental ou de super héros du thérapeute !

Conclusion

La formation d'hypnothérapie a répondu complètement à mes attentes en tant qu'outil thérapeutique qui favorise l'accès à l'imaginaire et aux ressources des patients. En effet, j'ai pu expérimenter l'hypnose dans des situations que je qualifie d'impasse thérapeutique, plus précisément les psychothérapies d'enfants et d'adolescents inhibés, où l'expression des désirs est difficile à faire émerger, les patients coupés de leur imagination ou de leurs émotions. L'hypnose a permis sans conteste de redonner de l'impulsion et du dynamisme dans ces prises en charge. J'ai pu expérimenter ainsi diverses inductions et suggestions comme les trois dessins de Joyce Mills, les lieux et activités favoris...

Quel thérapeute n'a pas souhaité soulager en une ou quelques séances le patient anxio-phobique, redonner confiance à l'adolescent dysphasique avant son oral de brevet des collèges, permettre à l'adolescente anorexique de percevoir différemment son rapport à la nourriture !

Une patiente de 6 ans fait un dessin en consultation après une séance d'hypnose, elle représente un arc en ciel en dessous duquel figurent des étoiles et une fillette sur le dos d'une licorne, voici ses propos : « on disait que tu étais la licorne et que c'est moi sur ton dos on va voir les étoiles ensemble » n'y a-t-il pas là une représentation de protection céleste de nos rencontres, doublée d'une « exauceuse » de vœux permettant l'exploration de l'inconnu en toute quiétude?

L'hypnose me paraît être également un outil rassurant dans le cadre de la psychothérapie car il m'offre de nouvelles possibilités d'exploration et de champs des possibles en toute sécurité... certainement il y a là une analogie à la licorne, l'arc en ciel, les étoiles !

Cependant, cette formation courte et dense, (cette sorte d'élixir) mérite à présent une décomposition fine de ses divers ingrédients. En effet, j'ai pu mettre en pratique qu'une partie des apprentissages dispensés pendant la formation. J'envisage donc de retravailler les différentes inductions notamment avec les enfants, approfondir l'utilisation des métaphores, poursuivre la formation engagée par des lectures afin que ma pratique soit plus automatique et plus assurée.

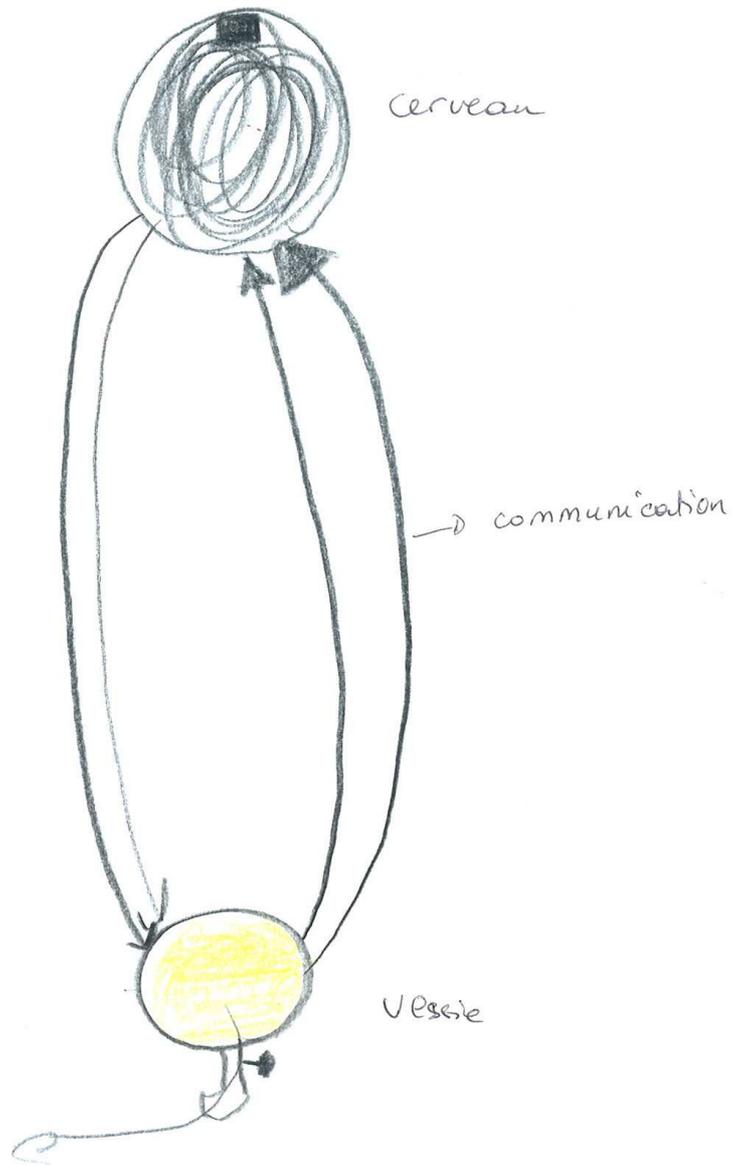
Enfin, je reste attentive et très intéressée par de nouvelles formations ou publications concernant la prise en charge en hypnothérapie des patients atteints de troubles de l'attachement et de troubles psychotiques.

Bibliographie

- Bettelheim B. (1972) « le cœur conscient », in Bertrand M. « psychologie et psychanalyse, devant les traumatismes de guerre », champ psychosomatique 2002/4, n°28, pp 97-112.
- Bioy A. (2017) cours d'hypnothérapie, définitions et caractéristiques, D.U. hypnothérapie, Dijon, décembre 2017
- Bourgault R. « trauma complexe ou DESNOS » in l'aide mémoire de psycho-traumatologie en 49 notions, Dunod, 2013, p 64-71.
- Braconnier A., Marcelli D. « l'adolescence aux mille visages » Odile Jacob, 1998 p 49-68.
- Braconnier A., Marcelli D. « l'adolescence et psychopathologie » coll les âges de la vie, 5^{ème} édition, édition Masson, 2000, p 14-25.
- Fareng M., Plagnol A. « dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose », PSN 2014/4, volume 12, p29-46.
- Ferenczi S. (1916) « deux types de névroses de guerre », O.C.2 psychanalyse 2, in Bertrand M. « psychologie et psychanalyse, devant les traumatismes de guerre », champ psychosomatique 2002/4, n°28, pp 97-112.
- Ferenczi S. (1919) psychanalyse des névroses de guerre, O.C. 3 psychanalyse 3, in Bertrand M. « psychologie et psychanalyse, devant les traumatismes de guerre », champ psychosomatique 2002/4, n°28, pp 97-112.
- Ferenczi S. (1934) articles posthumes, réflexions sur le traumatisme, O.C.4, psychanalyse, in Bertrand M. « psychologie et psychanalyse, devant les traumatismes de guerre », champ psychosomatique 2002/4, n°28, pp 97-112.
- Frédéric C. J. Children traumatized by catastrophic situations, 1985, in De Clercq M. Lébigot F. « les traumatismes psychiques coll médecine et psychothérapie éditions Masson, 2001, pp143-146.
- Freud A. Adolescence. Psychoanal. study child, 1958, 13, 255-278 in adolescence et psychopathologie Marcelli D. Braconnier A. collection les âges de la vie, psychopathologie, Masson, 5^{ème} édition, 2000.p 14- 37.
- Freud S. (1920) « au-delà du principe de plaisir », essais de psychanalyse, in Bertrand M. « psychologie et psychanalyse, devant les traumatismes de guerre », champ psychosomatique 2002/4, n°28, pp 97-112.
- Freud S. (1919) « introduction à la psychanalyse des névroses de guerre, résultats, idées, problèmes », in Bertrand M. « psychologie et psychanalyse, devant les traumatismes de guerre », champ psychosomatique 2002/4, n°28, pp 97-112.

- Hilgard E. (1977) "divided consciousness : Multiple controls in human thoughts and action" in "hypnose" Kédia, Sabourand-Seguin "l'aide mémoire de psychotraumatologie" Dunod, 2008; Paris, pp 297-303.
- Higard J. (1970) « personality and hypnosis : a study o imaginative involvement" in "hypnose" Kédia, Sabourand-Seguin "l'aide mémoire de psychotraumatologie" Dunod, 2008; Paris, pp 297-303.
- Janet P.(1889)« l'automatisme psychologique », in Bertrand M. « psychologie et psychanalyse, devant les traumatismes de guerre », champ psychosomatique 2002/4 n°28 pp 97-112.
- Piaget J., Inhelder B. : de la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent. PUF, Paris, 1955, 1 vol.
- Roustang F. (1994) « qu'est-ce que l'hypnose » in Benhaïem J-M « comprendre l'hypnose selon Roustang » santé mentale, décembre 2005, n°103
- Terr L. Chowchilla revisited : the affects of psychic trauma our years after a school bus kidnapping, 1983 in De Clercq M. Lébigot F.« les traumatismes psychiques coll médecine et psychothérapie éditions Masson, 2001, pp 143-146.
- Villien P. "Abord hypnotique des états traumatiques " in Bioy, Michaux(dir) traité d'hypnothérapie ; fondements, méthodes application, Paris, Dunod, 2007, PP 341-354.

ANNEXES



Résumé

Cette étude propose de rendre compte des apports de l'hypnose dans le suivi de psychothérapie d'un adolescent souffrant d'un état de stress post traumatique complexe. Cette problématique particulièrement complexe à aborder car le patient présente une dissociation psychique, un Moi fragilisé, une pensée figée, des sensations corporelles et des émotions anesthésiées.

Dans un premier temps, la spécificité du développement psychoaffectif et intellectuel de l'adolescent est abordée. Puis dans un second temps, sont exposés les divers aspects psychopathologiques de l'état post traumatique complexes. Dans un troisième temps, l'hypnose est définie et traitée sous sa forme technique. Enfin dans un quatrième temps, sont exposées les données de l'apport de l'hypnose dans la prise en charge de l'état de stress post traumatique et l'état de stress post traumatique complexe.

Le cas clinique de A. est présenté en illustration.

Le postulat de cette étude est que l'hypnose permet une réassociation psychique, un contrôle des émotions, une autonomie et une mise en mouvement des quêtes identificatoires chez l'adolescent souffrant d'un E.S.P.T. complexe.

Mots clés : Adolescence -E.S.P.T. complexe- dissociation- réassociation psychique- hypnose