

LES ATELIERS
DU PRATICIEN

ÉVELYNE JOSSE
PRÉFACE DE BORIS CYRULNIK
POSTFACE DE GÉRARD OSTERMANN

PRENDRE EN CHARGE LES TRAUMAS PAR L'HYPNOSE

DUNOD

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

© Dunod, 2025
11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-087800-0

Table des matières

Préface	1
Introduction	3
Section 1 Fondements théoriques du trauma	5
Chapitre 1 – Typologies des traumatismes et troubles dissociatifs	6
1 ■ LES TYPOLOGIES DES TRAUMATISMES	8
2 ■ LES TROUBLES DISSOCIATIFS	11
Chapitre 2 – Comprendre les traumas et leurs traitements : les clés théoriques	16
1 ■ LE TRAUMA SOUS L'ANGLE DE LA THÉORIE POLYVAGALE	18
2 ■ UNE PERSPECTIVE COMPLÉMENTAIRE : LE MODÈLE NEUROVISCÉRAL D'INTÉGRATION	31
3 ■ LE TRAUMA SOUS L'ANGLE DE LA RECONSOLIDATION DE LA MÉMOIRE	34
4 ■ LE TRAUMA SOUS L'ANGLE DE L'EXTINCTION DE LA PEUR	36
5 ■ LE TRAUMATISME REPÉRABLE DANS LE DISCOURS : LA MÉTAPHORISATION DES SITUATIONS STRESSANTES, UNE STRUCTURATION SYMBOLIQUE DES EXPÉRIENCES TRAUMATIQUES	39
Chapitre 3 – Du trauma à la résilience	44
1 ■ LA RÉSILIENCE SELON BORIS CYRULNIK	46
2 ■ LES ÉTAPES DE LA RESTAURATION PSYCHIQUE	48
3 ■ CONCLUSION	51
Section 2 Accompagner le trauma : techniques, outils, scripts	53
PARTIE 1 Stabilisation et renforcement des ressources	54
1 ■ INTRODUCTION	56
Chapitre 4 – La relation thérapeutique, pilier de la stabilisation	58
1 ■ LA CO-RÉGULATION : UN BESOIN BIOLOGIQUE ET SOCIAL	60
2 ■ L'ACCUEIL ET LES ENTRETIENS PRÉLIMINAIRES	63
3 ■ CONSTRUIRE LA CONFIANCE	64

Chapitre 5 – Techniques pour sortir de l'hypoactivation neurovégétative et de la dissociation (mode dorsal)	78
1 L'UTILITÉ DES TECHNIQUES ET LES MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES SOUS-JACENTS	80
2 QUELQUES TECHNIQUES	81
Chapitre 6 – Techniques pour sortir d'une hyperactivation neurovégétative (mode sympathique hyperactivé)	90
1 L'UTILITÉ DES TECHNIQUES ET LES MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES SOUS-JACENTS	92
2 QUELQUES TECHNIQUES	93
Chapitre 7 – L'hyperventilation, dépistage et traitement	98
1 L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE ET LES MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES SOUS-JACENTS	100
2 DÉPISTER L'HYPERVENTILATION : LE QUESTIONNAIRE DE NIJMEGEN	101
3 COMBATTRE L'HYPERVENTILATION	102
Chapitre 8 – Les inductions hypnotiques	106
1 INTRODUCTION	108
2 LES INDUCTIONS SUR LA RESPIRATION	109
3 LES INDUCTIONS PAR FIXATION D'UN POINT	111
Chapitre 9 – La relaxation	114
1 L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE ET LES MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES SOUS-JACENTS	116
2 LE TRAINING AUTOGÈNE DE SCHULTZ	117
3 LA RELAXATION PROGRESSIVE DE JACOBSON	119
4 UNE SÉANCE D'HYPNORELAXATION	120
Chapitre 10 – L'autohypnose centrée sur les phénomènes extérieurs	124
1 L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE ET LES MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES SOUS-JACENTS	126
2 LES SCRIPTS	127
Chapitre 11 – Bons souvenirs, lieux sûrs et variantes	132
1 L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	134
2 LES MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES SOUS-JACENTS	134
3 QUELQUES CONSEILS	135
4 DESCRIPTION DES DIFFÉRENTES TECHNIQUES	139
Chapitre 12 – L'exercice de base pour stimuler le nerf vague	164
1 L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE ET MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES SOUS-JACENTS	166
2 LES SCRIPTS	166
Chapitre 13 – Le contenant	168
1 L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	170
2 LES SCRIPTS	171

Chapitre 14 – Les ancrages	178
1 L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	180
2 LES MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES SOUS-JACENTS	180
3 L'ANCRAGE CLASSIQUE	181
4 LE SYMBOLE DU PRÉSENT	183
5 LE BUTTERFLY HUG	184
6 LE POING SERRÉ	186
7 LA MAIN PROTECTRICE	192

Chapitre 15 – Chasser les images négatives	198
--	-----

1 L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE ET LES MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES SOUS-JACENTS	200
2 LA PROCÉDURE	201

Chapitre 16 – Le pêle-mêle de la famille rêvée	204
--	-----

1 L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE ET LES MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES	206
2 LES PROCÉDURES	207

PARTIE 2 Métaphores et rituels métaphoriques

Chapitre 17 – Les métaphores	214
------------------------------------	-----

1 L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	216
2 QUELQUES EXTRAITS	218
3 L'OISEAU ET L'ORAGE	220
4 LES TRÉSORS DES ABYSSES	222
5 PEAU D'ÂME	225
6 LA VALEUR DU BILLET	230
7 LE LOTUS	231
8 L'EAU	231
9 LA MÉTAMORPHOSE DE LA CHENILLE	234
10 LE RÉVEIL	238
11 LANCELOT, LE CHEVALIER SANS PEUR	241
12 LE PROCÈS IMAGINAIRE	245
13 LA BIBLIOTHÈQUE INTÉRIEURE	246

PARTIE 3 Le retraitement des souvenirs traumatiques

Chapitre 18 – Travail sur les souvenirs traumatiques : méthodologie et cadre d'intervention	252
--	-----

1 INTRODUCTION	254
2 ÉLABORATION D'UN PLAN DE CIBLAGE THÉRAPEUTIQUE	254
3 APPROCHE PROGRESSIVE ET FLEXIBLE DANS LE TRAITEMENT DES TRAUMATISMES	259

Chapitre 19 – Les techniques de dissociation	264
1 ❶ LA DÉSENSIBILISATION PAR DISSOCIATION SIMPLE.....	266
2 ❷ LA DOUBLE DISSOCIATION.....	272
Chapitre 20 – Les scénarios réparateurs.....	276
1 ❶ INTRODUCTION.....	278
2 ❷ PIERRE JANET, PIONNIER DES SCÉNARIOS RÉPARATEURS	278
3 ❸ L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	280
4 ❹ COMPRENDRE CE QUI A FAIT TRAUMA	280
5 ❺ RECONSOLIDATION DE LA MÉMOIRE, THÉORIE POLYVAGALE ET SCÉNARIOS RÉPARATEURS	283
6 ❻ LA PROCÉDURE.....	290
7 ❼ QUELQUES TECHNIQUES DE SCÉNARIOS RÉPARATEURS.....	297
Chapitre 21 – Se bercer	336
1 ❶ L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	338
2 ❷ LE SCRIPT	338
PARTIE 4 Techniques spécifiques	342
Chapitre 22 – Les recadrages	344
1 ❶ DÉFINITION ET ORIGINE DU RECADRAGE.....	346
2 ❷ L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	346
3 ❸ ILLUSTRATIONS CLINIQUES DU RECADRAGE.....	347
Chapitre 23 – Les tâches thérapeutiques.....	352
1 ❶ ORIGINE DES TÂCHES THÉRAPEUTIQUES	354
2 ❷ LES TÂCHES EXPIATOIRES.....	354
3 ❸ LES TÂCHES VISANT À RETROUVER UNE ROUTINE.....	356
4 ❹ LES TÂCHES VISANT À REPREDRE LES ACTIVITÉS AIMÉES OU NOUVELLES.....	357
5 ❺ LES TÂCHES « ÉVITER D'ÉVITER ».....	358
6 ❻ LES TÂCHES MÉTAPHORIQUES OU RITUELLES THÉRAPEUTIQUES	359
Chapitre 24 – Le scan corporel	364
1 ❶ L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE ET LES MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES SOUS-JACENTS	366
2 ❷ LE SCRIPT	367
Chapitre 25 – L'abréaction silencieuse.....	370
1 ❶ L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	372
2 ❷ L'ABRÉACTION SILENCIEUSE D'HELEN WATKINS.....	373
3 ❸ LA VARIANTE DE SARAH KRAKAUER.....	374
4 ❹ LE SCRIPT D'ÉVELYNE JOSSE	375

Chapitre 26 – La couleur des émotions	380
1 ● L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	382
2 ● LE SCRIPT	382
Chapitre 27 – La technique de Rossi	386
1 ● L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	388
2 ● DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE	389
Chapitre 28 – La métaphore du patient	396
1 ● L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	398
2 ● LE SCRIPT	398
Chapitre 29 – Les techniques du pont d'affect et du pont somatique	402
1 ● L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	404
2 ● LE SCRIPT	405
Chapitre 30 – La table de négociation	410
1 ● L'UTILITÉ DE LA TECHNIQUE	412
2 ● LE SCRIPT	413
Conclusion générale	419
Postface	421
Bibliographie générale	427

Préface

L'histoire du trauma n'a jamais été facile. Pendant des millénaires, on n'y pensait même pas ! Quand on constatait un trouble, on l'expliquait aussitôt en disant qu'un voisin avait jeté un mauvais œil, que Dieu avait puni celui qui souffrait ou qu'il était de mauvaise qualité cérébrale. Toutes ces explications empêchaient la pensée. Depuis quelques décennies on cherche à décrire le psycho-traumatisme pour mieux le comprendre, et récemment les découvertes des neurosciences ont démontré les mécanismes qui les sous-tendent. Nous pouvons désormais beaucoup mieux soigner ces souffrances traumatiques.

Évelyne Josse prend sa place parmi ces praticiens et ces chercheurs qui découvrent le phénomène du psycho-trauma qui existe probablement depuis l'origine de l'humanité.

Quand j'ai lu son manuscrit, j'ai été impressionné par la richesse de ses sources et la précision de ses explications. Évelyne Josse n'hésite pas à citer des neurologues, des psychologues du ^{xix}^e siècle et du ^{xxi}^e siècle, révélant ainsi son attitude intégrative. Finie l'époque où un psychologue devait choisir un maître et ne citer que lui. Aujourd'hui, on questionne des disciplines différentes et on les intègre pour préparer une stratégie de soins. Alors là, Évelyne Josse est parfaite, ses explications sont rigoureuses, bien documentées, bien citées, réalisant un vrai travail scientifique. Puis, comme Évelyne est une praticienne, elle propose une conduite thérapeutique, comme un plan d'actions. Et là, l'hypnose est importante parce qu'elle donne des mots pour induire la transe, des actes pour relaxer le patient et une relation pour le sécuriser. Tout ceci donne d'excellents résultats, à condition de renoncer aux causalités linéaires et d'associer les savoirs comme les instances de la recherche (CNRS, INSERM, ANR) le recommandent aujourd'hui.

Le pronostic du psycho-trauma n'est plus du tout le même. Quand un bébé est traumatisé, les dégâts sont énormes parce que c'est l'âge où le système nerveux et la personnalité se développent à toute allure. Si on ne fait rien, si on laisse le bébé seul, comment voulez-vous que le processus de résilience se mette en route ? Plus on intervient tôt, en entourant la mère, le bébé et en sollicitant le foyer, plus la résilience sera facile à déclencher avec des résultats souvent excellents. Évelyne Josse illustre ses interventions avec des cas cliniques où malgré mon expérience de terrain, je découvre avec stupéfaction le nombre d'agressions

sexuelles contre des petites filles. Comment est-ce possible ? On peut, comme au Moyen Âge, abandonner ces enfants à leur malheur en disant que c'est leur destin. On peut, comme au xx^e siècle, dire que ce n'est pas grave et les condamner au silence. Mais on peut aussi les entourer avec bienveillance, les sécuriser grâce à la méthode hypnotique pour les sécuriser et les aider, non pas à oublier, mais à se reconstruire et à réorganiser leur existence autrement. Dès qu'elles parlent et s'adressent à une figure d'attachement, la résilience devient possible et Évelyne illustre ces interventions avec des vignettes cliniques et des procédures de soin : parler, marcher et respirer pour apprendre à se remettre à vivre après un traumatisme.

Évelyne Josse ne dit surtout pas qu'elle donne des recettes magiques, mais elle donne des marches à suivre. Et comme c'est une praticienne elle dénonce aussi la possibilité d'effets secondaires. Quand j'ai participé à la découverte du lithium, ce sel qui stabilise l'humeur, nous cherchions à dépister les éventuelles conséquences néfastes d'un sel qui donne en même temps d'excellents résultats. Évelyne est une des premières à respecter cette procédure. Elle nous dit que la séduction du psychothérapeute peut angoisser la femme agressée sexuellement quand son agresseur avait cherché à la séduire. Elle explique ce paradoxe par la jolie expression de « signification invisible ». On ne s'attend pas à ce qu'une femme (plus rarement un homme agressé sexuellement) soit angoissée par un thérapeute qui, croyant et désirant aider la victime, en fait l'angoisse parce que le soigneur n'a pas découvert la signification que cela prenait pour lui.

Au total, ce livre est très solide, bien documenté, précis au cas où le lecteur voudrait vérifier. C'est un livre à travailler pour que notre pratique devienne plus efficace. Mais il n'est pas fastidieux, car il est illustré de vignettes cliniques et même de dialogues.

Alors, bon courage et bon plaisir au lecteur.

Docteur Boris CYRULNIK

Introduction

Le traumatisme psychique, qu'il soit le fruit d'un événement unique et brutal ou d'une violence chronique ou insidieuse, constitue une blessure profonde qui altère la trajectoire de vie des personnes, fragmentant leur identité et leur rapport au monde.

Toutefois, comme l'écrivait Gloria Steinem (1992), « Il n'est jamais trop tard pour avoir une enfance heureuse. » Cette affirmation, loin d'être une simple maxime, porte en elle une vérité clinique et thérapeutique : la résilience et la réparation sont possibles, même face aux blessures les plus profondes ou les plus anciennes. Cette conviction, forgée au fil de plus de 35 années d'expérience clinique et humanitaire, est au cœur de cet ouvrage. Mon parcours a débuté en 1988 auprès de patients atteints du sida, à une époque où il fallait leur annoncer qu'ils souffraient d'une maladie mortelle, sans traitement curatif possible. De là, en passant par mes premières interventions humanitaires auprès des victimes de la guerre de Yougoslavie en 1992, jusqu'à l'accompagnement de patients dans l'intimité de mon cabinet de consultation, j'ai été témoin de la capacité remarquable de l'esprit humain à transcender la souffrance pour retrouver un équilibre psychique et émotionnel.

Le présent livre vise à offrir une compréhension des mécanismes du traumatisme et des voies de sa guérison, en s'appuyant sur les avancées des neurosciences, de la psychologie clinique et de l'hypnothérapie. Structuré en deux parties complémentaires, cet ouvrage s'adresse à un public varié : hypnothérapeutes, praticiens de la santé mentale, chercheurs en psychologie et neurosciences, étudiants en psychologie. La première partie, théorique, pose les fondations nécessaires à une analyse du phénomène traumatique. La part belle revient à la seconde partie, pratique, qui propose une boîte à outils cliniques centrée sur l'hypnose thérapeutique.

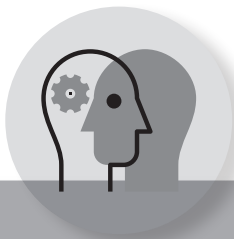
Comme le souligne Helen Hunt Watkins : « Tout ce que nous avons été dans la vie se perpétuera dans la qualité des autres vies que nous avons touchées de manière significative. » (Barabasz & Watkins, 2005). Ce livre se veut une contribution à ce processus de transmission et de transformation, un guide pour les professionnels et un espoir pour ceux qui cheminent vers la guérison.

SECTION 1

FONDEMENTS THÉORIQUES DU TRAUMA

Chapitre 1

Typologies des traumatismes et troubles dissociatifs



1	Les typologies des traumatismes	8
2	Les troubles dissociatifs	11

1 LES TYPOLOGIES DES TRAUMATISMES

Les traumatismes se classifient selon deux grandes typologies, distinguant d'une part les traumatismes simples des traumatismes complexes, et d'autre part les types I, II, III et IV, offrant ainsi une compréhension structurée de leurs caractéristiques et impacts.

C'est à la psychiatre américaine Lenore Terr que l'on doit la première typologie, formalisée dans son article de 1991, « Childhood Traumas : An Outline and Overview ». Elle distingue deux catégories principales : les traumatismes de type I et les traumatismes de type II.

- **Traumatisme de type I** : Terr définit ce type comme un traumatisme induit par un événement unique, limité dans le temps, avec un début net et une fin clairement identifiable (Terr, 1991). Une agression physique, un hold-up, un incendie domestique ou une catastrophe naturelle sont des exemples typiques de ces incidents critiques. Ces événements, bien qu'intenses, se caractérisent par leur caractère ponctuel et leur absence de récurrence immédiate.
- **Traumatisme de type II** : ce type désigne des traumatismes résultant d'événements répétés, constants ou menaçant de se reproduire à tout moment sur une longue période (Terr, 1991). La violence intrafamiliale (maltraitance physique ou psychologique, inceste), les abus sexuels répétés, la violence politique (persécutions, répression étatique), le terrorisme ou les faits de guerre (exposition prolongée aux combats) répondent à cette définition. La chronicité ou la menace persistante est ici le facteur clé.

Cette distinction entre un événement unique (type I) et des incidents critiques répétés ou prolongés (type II) est fondamentale. Les recherches montrent que les traumatismes de type II, par leur récurrence ou leur durée, sont plus susceptibles d'imprimer des marques durables sur la personnalité des victimes, induisant des attitudes et des comportements inadaptés qui peuvent devenir quasi définitifs (Tarquinio & Montel, 2014). Les syndromes psychotraumatiques qui en découlent – tels que des troubles anxieux généralisés, des altérations de l'identité ou des défenses rigides – sont généralement plus complexes, plus variés et moins stéréotypés que les tableaux cliniques des traumatismes de type I, qui se rapprochent davantage du trouble de stress post-traumatique (TSPT) classique.

En 1997, la psychologue clinicienne américaine Eldra P. Solomon et la criminologue Kathleen M. Heide ont proposé une troisième catégorie, le traumatisme de

type III, pour décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents, débutant à un âge précoce et se prolongeant sur une période significative (Heide & Solomon, 1997). Ce type vise à mieux cerner les effets des abus sévères et chroniques dans l'enfance – violence physique, sexuelle ou négligence grave. Ces personnes qui ont été confrontées dans leur jeune âge au danger, de manière répétée, par des adultes censés assurer leur protection, leur porter secours et les reconforter, subissent un double préjudice : à la douleur personnelle s'ajoute une blessure du lien (trouble de l'attachement). Toutefois, des situations moins catastrophiques peuvent s'avérer délétères pour les jeunes individus. Les recherches conduites depuis 1998 par le professeur américain Vincent Felitti ont démontré que toute expérience perturbant le sentiment de sécurité de l'enfant – séparation des parents, toxicomanie ou maladie grave physique ou psychique d'un parent, déménagement – est susceptible de provoquer un traumatisme (Felitti et al., 1998). Il nomme ces expériences « expériences adverses précoces » (en anglais, *adverse childhood experiences* ou ACE). Préciser que les événements délétères débutent dans l'enfance est crucial, car les traumatismes précoces interfèrent avec le développement neurobiologique et psychologique. Contrairement à une croyance ancienne selon laquelle les enfants, et plus encore les nourrissons, seraient imperméables au traumatisme en raison de leur immaturité cognitive – supposée limiter leur capacité à percevoir une menace vitale ou à en évaluer les enjeux –, les neurosciences démontrent l'inverse. Leur cerveau, encore plastique et en développement, est particulièrement vulnérable (Schore, 2001). Les traumatismes de type III perturbent les circuits neuronaux en formation, comme l'axe HPA (hypothalamo-hypophyso-surrénalien) qui régule le stress, ou le système limbique, impliqué dans les émotions et la mémoire (Van der Kolk, 2018). Cette malléabilité favorise des altérations profondes et souvent pérennes dans la régulation émotionnelle, l'attachement et la construction identitaire.

En 1992, j'ai commencé à travailler dans le secteur humanitaire et en 2004, dans un guide rédigé pour Médecins Sans Frontières Belgique, « Prise en charge psychosociale des traumatismes psychiques », j'ai introduit une quatrième catégorie, le traumatisme de type IV pour désigner les traumatismes liés à des événements multiples et actuels, se poursuivant dans le présent (Josse, 2004). Leur spécificité réside dans la permanence du danger, nécessitant une prise en charge adaptée à cette menace continue. La violence politique active (guerre civile, répression), la violence intrafamiliale en cours, ou les crises prolongées comme les épidémies et pandémies entrent dans cette catégorie. En anglais, ce concept est aujourd'hui connu sous le terme d'*ongoing trauma* (« traumatisme en cours » ou « traumatisme

continu »), largement adopté pour souligner l'absence de répit et ses implications cliniques. Ce type de trauma maintient le système nerveux en état d'alerte permanent, souvent via une hyperactivation sympathique ou un basculement en mode dorsal, compliquant la régulation émotionnelle et physique (Porges, 2011).

Judith Herman, professeure à la Harvard Medical School, propose une classification alternative en deux grandes catégories : les traumatismes simples et les traumatismes complexes (Herman, 1992). Les traumatismes simples correspondent aux traumatismes de type I de Terr : un événement ponctuel et isolé dans la vie du sujet, comme un accident ou une agression unique. Les traumatismes complexes, quant à eux, désignent le résultat d'une victimisation chronique et d'un assujettissement prolongé à une personne ou un groupe, où la victime est captive, sous contrôle total, et incapable de s'échapper pendant des mois ou des années. Ces situations incluent les violences domestiques sévères, les enlèvements ou les détentions dans des contextes de guerre ou de traite humaine. Les traumatismes complexes se rapprochent des traumatismes de type II de Terr et, lorsqu'ils débutent précocement, des traumatismes de type III de Heide et Solomon. Herman insiste sur la dynamique de captivité et de pouvoir, qui érode le sentiment d'autonomie et d'identité, entraînant des troubles complexes comme le TSPT complexe (C-PTSD), reconnu dans la CIM-11 (OMS, 2022).

Les termes « traumatisme simple » et « traumatisme complexe » tendent aujourd'hui à supplanter la nomenclature plus nuancée en types I, II, III et IV, bien que cette dernière permette une analyse plus fine des dynamiques temporelles et développementales.

Les traumatismes de type I/simples exposent les individus à un événement unique, circonscrit dans le temps, imprévisible et brutal. Les traumatismes de type II, III et IV/complexes, en revanche, soumettent les sujets à une violence durable, répétée, souvent prévisible ou exempte de surprise, combinant généralement différentes formes de violence : physique (coups, torture, négligence grave), psychologique (isolement, humiliations, chantage, menaces), sexuelle (viols, torture sexuelle, relations forcées, exploitation) et économique (contrôle strict des ressources, aliénation financière). Ce qui distingue ces traumatismes complexes, c'est leur origine dans une action humaine délibérée. Les lois et valeurs fondamentales de l'humanité – protection, solidarité, dignité – sont profanées, bafouées et reniées par des individus ou des groupes censés assurer sécurité ou secours (Herman, 2015). La douleur, les blessures et la souffrance sont intentionnellement provoquées, entretenues, voire exacerbées, brisant la confiance fondamentale en l'autre et en soi. Cette intentionnalité aggrave les impacts psychiques,

notamment via la dissociation et l'effondrement des mécanismes d'attachement (Van der Kolk, 2018).

Il est crucial de ne pas confondre une personne dont la vie est ponctuée de multiples incidents critiques isolés (par ex., perdre ses biens dans un incendie, puis être victime d'un vol à main armée des années plus tard, ou échapper à un accident grave) avec une personne souffrant d'un traumatisme de type I, II ou IV/ complexe. Cependant, une succession rapide ou cumulative d'événements graves peut engendrer des troubles similaires à ceux des traumatismes complexes, en raison d'une surcharge du système nerveux et d'une érosion progressive des capacités d'adaptation.

2 LES TROUBLES DISSOCIATIFS

Des troubles dissociatifs sont souvent associés aux traumatismes, en particulier lorsqu'ils se sont répétés.

Le concept de dissociation émerge au début du XIX^e siècle. Le terme aurait été employé pour la première fois par le psychiatre américain Benjamin Rush en 1812, dans le contexte de ses travaux sur les troubles mentaux (Van der Hart *et al.*, 2010). Il prend une place centrale en Europe avec l'étude des traumatismes.

Jean-Martin Charcot, neurologue à la Salpêtrière, lie les phénomènes hystériques à une dissociation de la conscience causée par un choc traumatique, dont les souvenirs, enfouis dans l'inconscient, peuvent ressurgir sous hypnose (Charcot, 1887). Il décrit l'hystérie comme un état de fragmentation psychique, où des aspects contradictoires de la personnalité peuvent coexister.

Pierre Janet, disciple de Charcot, théorise la dissociation comme une défense contre le débordement traumatique (Janet, 1885-1889). Dans « Les Névroses », il affirme que « la dissociation est le caractère essentiel de toutes les maladies de l'esprit » (Janet, 1919). Il explique que l'émotion intense fragmente la mémoire en idées fixes – impressions sensorielles et affects désintégrés – distinctes des souvenirs narratifs normaux (Janet, 1898). Ces fragments, isolés dans l'inconscient, échappent à la conscience personnelle (Janet, 1924). Face à un trauma, l'absence de résilience ou d'adaptation provoque un dédoublement entre une personnalité consciente et une personnalité subconsciente liée au trauma, ce qu'il appelle « existences psychologiques successives » (Janet, 1904). Il s'aligne ainsi sur Alfred Binet, qui évoquait plusieurs personnalités chez l'hystérique (Binet, 1892).

Sándor Ferenczi décrit en 1930 la réaction traumatique comme une « psychose passagère » clivant une partie du moi, qui persiste secrètement et cause l'amnésie (Ferenczi, 1930, éd. 1982). Les traumatismes répétés multiplient ces clivages, pouvant fragmenter la psyché et créer des divisions internes, évoquant les existences psychologiques successives de Janet.

En 1940, le psychologue anglais Charles Samuel Myers, étudiant les soldats de la Première Guerre mondiale, attribue les symptômes du *shell shock* (choc des obus), terme désignant à l'époque les traumatismes psychiques, à une dissociation entre deux systèmes psychobiologiques : l'un axé sur la sauvegarde personnelle, l'autre sur la survie de l'espèce et le fonctionnement quotidien. Il introduit la notion de dissociation structurelle primaire, distinguant la personnalité apparemment normale (PAN), qui évite les contenus traumatiques, et la personnalité émotionnelle (PE), figée dans l'expérience traumatique avec des souvenirs sensorimoteurs et des affects pénibles (Myers, 2011). Cette division préfigure les modèles modernes de la dissociation.

Le couple américain Helen Howell Watkins et John G. Watkins, psychologues cliniciens, a enrichi cette compréhension dans les années 1970 et 1980 avec leur travail sur les états du moi et les alters dans le cadre du trouble dissociatif de l'identité (TDI) (Watkins & Watkins, 1979). Dans leur modèle de l'Ego State Therapy, ils présentent la personnalité comme étant composée de multiples états du moi – des sous-ensembles de la psyché ayant leurs propres affects, souvenirs et comportements –, qui émergent naturellement, mais peuvent se rigidifier sous l'effet d'un trauma sévère. Lors de traumatismes complexes, ces états peuvent devenir des alters : des identités distinctes avec un sens du soi autonome, souvent observées dans le TDI (Watkins & Watkins, 1997). Contrairement à Janet ou Myers, qui se concentrent sur une dissociation binaire ou fragmentaire, les Watkins soulignent une pluralité potentiellement adaptative, où les alters protègent le sujet en compartimentant les expériences insupportables. Leur approche, influencée par l'hypnose et la psychanalyse, met en lumière la possibilité de dialoguer avec ces états pour favoriser l'intégration (Watkins & Watkins, 1988).

Dans les années 1980, Bessel van der Kolk et Onno van der Hart redécouvrent les travaux de Janet (Van der Hart & Horst, 1989 ; Van der Kolk & Van der Hart, 1989). Au début des années 2000, van der Hart, Ellert Nijenhuis et Kathy Steele approfondissent ces idées avec la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (Van der Hart et al., 2010). Ils définissent cette dissociation comme « une organisation psychique particulière, dans laquelle existent différents sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité qui sont excessivement rigides et

relativement fermés les uns aux autres », entraînant un manque de cohérence dans le soi global. Reprenant Myers, ils renomment la PAN en partie apparemment normale de la personnalité (PANP) et la PE en partie émotionnelle de la personnalité (PEP), pour éviter l'idée d'une personnalité pleinement autonome. La PEP, généralement nommée PE, fixée sur les souvenirs traumatiques auto-noétiques (vécus comme présents), peut représenter un événement unique ou une série d'expériences, avec un sens du soi distinct. Elle se manifeste dans des formes allant du TSPT simple aux alters du TDI. La PANP, généralement nommée PAN, gère la vie quotidienne, tandis que la PE mobilise des défenses face au danger (Porges, 2011). Ils identifient trois niveaux de dissociation structurelle :

- **La dissociation structurelle primaire** : une division entre PAN et une seule PE, typique des traumatismes simples (type I).
- **La dissociation structurelle secondaire** : une fragmentation au sein de la PE en plusieurs sous-parties, liée à des traumatismes complexes (types II, III), lorsque le stress compromet l'intégration des défenses.
- **La dissociation structurelle tertiaire** : une dissociation de la PAN elle-même, en plus de la PE fragmentée, observée dans le TDI après des traumatismes extrêmes et prolongés (types III, IV). Elle émerge souvent ultérieurement, déclenchée par des rappels du trauma.

Cette dissociation structurelle concerne surtout les traumatismes chronicisés, distincts des réactions immédiates post-traumatiques. Les personnes dissociées sont déconnectées d'une partie de la réalité, avec une « perturbation ou discontinuité involontaire de l'intégration normale » de l'identité, des sensations, perceptions, affects, pensées, souvenirs, mouvements ou comportements (DSM-5, APA, 2013). Les réactions dissociatives péri-traumatiques incluent l'amnésie dissociative, la stupeur dissociative, les troubles somatoformes dissociatifs, la dépersonnalisation, la déréalisation, les actions automatiques et la distorsion temporelle.

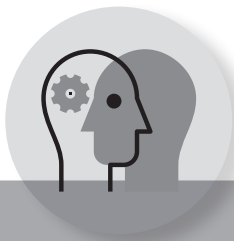
Après avoir exploré la diversité des traumas – qu'ils soient uniques comme une agression soudaine ou répétés comme des violences prolongées – et leurs manifestations, notamment les symptômes dissociatifs qui fragmentent l'expérience et la conscience, une question demeure : comment ces blessures psychiques s'inscrivent-elles dans notre corps et notre esprit, et surtout, comment pouvons-nous les guérir ? La dissociation, par exemple, reflète une rupture dans la régulation de nos réponses au danger, un phénomène que la théorie polyvagale de Stephen Porges éclaire en détaillant les états autonomes face au trauma. De là, les processus de consolidation et de reconsolidation de la mémoire expliquent pourquoi ces expériences restent gravées et comment elles peuvent être modifiées, tandis

que l'extinction de la peur et le modèle neuroviscéral offrent des clés pour atténuer leurs séquelles. Partons maintenant à la découverte de ces mécanismes qui, du corps au cerveau, tracent la voie de la résilience.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.

Chapitre 2

Comprendre les traumas et leurs traitements : les clés théoriques



①	Le trauma sous l'angle de la théorie polyvagale	18
②	Une perspective complémentaire : le modèle neuroviscéral d'intégration	31
③	Le trauma sous l'angle de la reconsolidation de la mémoire	34
④	Le trauma sous l'angle de l'extinction de la peur	36
⑤	Le traumatisme repérable dans le discours : la métaphorisation des situations stressantes, une structuration symbolique des expériences traumatiques	39

1 LE TRAUMA SOUS L'ANGLE DE LA THÉORIE POLYVAGALE

Les réactions face au danger

Pour mieux appréhender le traumatisme psychique, intéressons-nous à la théorie polyvagale, développée par le neurologue américain Stephen Porges. Cette théorie décrit les réactions graduelles du système nerveux autonome (SNA) face aux niveaux de risque perçus dans l'environnement, tout en éclairant les conditions nécessaires à sa régulation. Elle offre ainsi des pistes précieuses pour les praticiens, notamment en hypnothérapie, en expliquant comment le corps et l'esprit répondent au danger et retrouvent un équilibre.

Le SNA régule les fonctions vitales et viscérales essentielles – respiration, circulation, thermorégulation, digestion, excrétion, reproduction – de manière largement inconsciente. Traditionnellement, on le divisait en deux branches : le système sympathique (aussi appelé orthosympathique), qui mobilise l'énergie en situation de stress ou d'action, et le système parasympathique, qui favorise le repos et la récupération. Cependant, les travaux de Porges, initiés dans les années 1990 et formalisés dans sa théorie polyvagale (du grec *poly*, plusieurs, et *vagal*, relatif au nerf vague), ont révélé une organisation plus complexe. Il propose que le système parasympathique se divise en deux sous-branches distinctes, toutes deux liées au nerf vague (X^e nerf crânien) : la branche ventrale, associée à la sécurité et à l'engagement social, et la branche dorsale, liée aux états d'immobilisation face à une menace vitale (Porges, 2011). Ainsi, le SNA ne repose pas sur deux, mais sur trois niveaux fonctionnels : le parasympathique ventral, le sympathique, et le parasympathique dorsal.

Un concept clé de cette théorie est la neuroception, terme inventé par Porges pour désigner la détection automatique et inconsciente des risques par le SNA, sans intervention des processus cognitifs conscients. En fonction de cette neuroception, le SNA orchestre des réponses adaptatives : activation du vague ventral en situation de sécurité, mobilisation du sympathique face au danger, et engagement du vague dorsal lorsque la survie semble compromise. Illustrons cela avec deux exemples : un vacancier confronté à un danger ponctuel et une fillette victime d'abus sexuels répétés sur plusieurs années.

Exemple 1 : le vacancier face à un danger ponctuel (trauma simple)

Imaginons un vacancier sur une plage ensoleillée. Il se sent en sécurité et détendu. La branche ventrale du nerf vague domine, activant le « mode ventral ». C'est dans cet état « ventral » qu'il possède le plus large éventail de ressources : cognitives (capacité de concentration, de compréhension, d'apprentissage, de raisonnement et de rationalisation, créativité, etc.), émotionnelles (bien-être, joie, calme, etc.) et sociales (empathie, désir d'échanger avec autrui, capacité à venir en aide à un tiers et à l'apaiser, etc.). La branche ventrale, connectée aux nerfs crâniens (III, VII, IX) et au visage, facilite aussi l'expression et la communication non verbale (Porges, 2021). Après la sieste, notre vacancier décide de piquer une tête. Il est motivé et enthousiaste. Son système sympathique s'active légèrement pour fournir à son corps l'énergie nécessaire pour nager, mais il reste régulé par le vague ventral, car il est en sécurité. En sortant de l'eau, il remarque que la marée monte à vive allure. S'il ne court aucun péril dans l'immédiat, la situation exige toutefois qu'il réagisse sans délai. Il est un peu nerveux et légèrement tendu. Son système sympathique se mobilise et prend le contrôle (mobilisation). Il presse le pas et ramasse à la hâte ses effets personnels abandonnés sur le sable. C'est alors que son chemin croise celui d'une bande de voyous aux intentions manifestement malveillantes. Il se sait en danger et prend peur. Son système sympathique se suractive, libérant adrénaline, noradrénaline et cortisol pour préparer le corps à fuir ou à combattre. L'heure n'est plus à l'apprentissage, à la créativité, à la compréhension ou à l'empathie. Seule compte la survie. Il détale (fuir), mais les vauriens le rattrapent. Rageur, il distribue des coups de poing à la volée (combattre). Progressivement, il s'épuise, sans plus nourrir l'espoir d'une issue favorable. Il continue à combattre, mais ses gestes sont exécutés machinalement (réaction automatique dissociative). Il n'est plus tout à fait lui-même et la situation lui paraît irréaliste (dissociation). Son système sympathique reste hyperactivé, mais la branche dorsale du nerf vague est désormais recrutée. Soudainement, un de ses agresseurs exhibe une arme et la lui pointe sur la tempe. La victime voit sa dernière heure venue. À quoi bon se démener ? Le combat est perdu d'avance. L'hyperactivation du sympathique, soutenant les capacités de son organisme à lutter, est devenue inutile. Le sympathique décroche et la branche dorsale du nerf vague prend le contrôle (hypoactivation). Sous la tutelle du parasympathique, ses battements cardiaques ralentissent et sa tension artérielle décroît. La diminution de l'afflux de sang au cerveau lui procure une impression de flou et une sensation de confusion. Il n'éprouve plus d'émotions, il se sent étrangement calme, à moins qu'il ne ressente de la tristesse, du découragement ou du désespoir. Il ne ressent plus de douleur ou si peu. Peut-être finit-il par s'évanouir.

Les réponses du système nerveux central sont progressives et successives. Il est impossible de passer du « mode ventral » au « mode dorsal » sans passer par le « mode sympathique ». Inversement, une personne ne peut sortir du « mode dorsal » et revenir au « mode ventral » sans passer par l'échelon sympathique. Cette séquence guide les thérapeutes dans la prise en charge des patients traumatisés : sortir d'un état dorsal nécessite d'abord de réactiver le sympathique (énergie, mouvement) (voir le chapitre *Techniques pour sortir de l'hypoactivation neurovégétative et de la dissociation (mode dorsal)*), avant de restaurer le ventral (sécurité, lien) (voir le chapitre *Techniques pour sortir d'une hyperactivation neurovégétative (mode sympathique hyperactivé)*). Des exercices de régulation (respiration, ancrage) peuvent accompagner ce retour progressif (voir la partie *Stabilisation et renforcement des ressources*). Cette compréhension doit également guider l'hypnothérapeute dans la progression de la thérapie et dans la séquence des transformations à opérer au niveau des réminiscences traumatiques (voir le chapitre *Les scénarios réparateurs*).

Exemple 2 : une fillette victime d'abus sexuels répétés (trauma complexe)

Considérons maintenant le cas d'une fillette abusée sexuellement par son père de ses 6 à 12 ans, un trauma complexe caractérisé par sa chronicité et sa survenue dans un contexte de dépendance affective et physique. Contrairement au vacancier, dont le trauma résulte d'un événement ponctuel, cette fillette endure des agressions répétées dans un environnement censé être sécurisant : son foyer. La théorie polyvagale éclaire la manière dont son SNA s'adapte à cette menace chronique, entraînant des conséquences profondes sur son développement neurobiologique, émotionnel et relationnel.

Dès les premières agressions, la neuroception de la fillette détecte le danger, même si son jeune âge limite sa compréhension cognitive de la situation. Son système sympathique s'active, provoquant des réponses de fuite ou de lutte. Cependant, fuir ou combattre est impossible : elle est physiquement dominée par son père, et sa dépendance envers lui (en tant que figure parentale) la contraint à rester. Face à cette impuissance, son SNA bascule fréquemment vers le mode dorsal, activant la branche dorsale du nerf vague pour assurer sa survie par l'immobilisation. Cet état se manifeste par une dissociation – un sentiment de détachement de son corps ou de la réalité – qui lui permet de « disparaître » psychiquement pendant les abus. Elle peut sembler absente, figée, ou déconnectée, avec un regard vide ou une posture avachie. Physiologiquement, son rythme cardiaque ralentit, sa respiration devient superficielle, et elle peut ressentir un

engourdissement émotionnel ou physique, comme si la douleur ou la peur étaient atténuées (Porges, 2011).

Au fil des années, ces abus répétés entraînent un dérèglement chronique du SNA. La neuroception de la fillette devient hypersensible, percevant des menaces même dans des contextes neutres ou sécurisants. Par exemple, un contact physique anodin (une main sur l'épaule) ou un ton de voix autoritaire peut déclencher une réponse sympathique (palpitations, sueurs, panique) ou dorsale (repli, dissociation). Contrairement au vacancier, dont le trauma est lié à un événement unique, le trauma complexe de la fillette s'inscrit dans une dynamique relationnelle prolongée, où le danger coexiste avec des moments d'apparente normalité (par ex., des interactions « normales » avec son père en dehors des abus). Cette ambivalence perturbe profondément sa capacité à distinguer la sécurité du danger, inhibant l'activation de la branche ventrale du nerf vague, essentielle pour l'engagement social et le sentiment de sécurité.

Dans le cadre des traumas complexes, les réponses du système nerveux autonome (SNA) suivent généralement la hiérarchie décrite par la théorie polyvagale de Stephen Porges, mais avec des particularités dues à la chronicité et à l'impact développemental. En principe, les réponses du SNA sont progressives : face à un danger croissant, le SNA passe du mode ventral au sympathique, puis au dorsal si la menace devient écrasante. Inversement, pour revenir à la sécurité, il remonte de l'état dorsal au sympathique, puis au ventral. Cependant, dans les traumas complexes, la répétition des agressions entraîne une dysrégulation chronique du SNA. La neuroception, qui détecte les risques, devient hypersensible, déclenchant des bascules rapides vers le mode dorsal (dissociation) ou sympathique (panique) face à des stimuli anodins, parfois sans progression linéaire claire. Les victimes peuvent rester dans des états mixtes, combinant hypervigilance (sympathique) et apathie (dorsale), avec un accès limité au mode ventral. En thérapie, sortir de l'état dorsal nécessite souvent de réactiver l'énergie sympathique (voir le chapitre *Techniques pour sortir de l'hypoactivation neurovégétative et de la dissociation (mode dorsal)*) avant de restaurer la sécurité ventrale (voir le chapitre *La relation thérapeutique, pilier de la stabilisation*), mais ce processus est complexifié par des réponses conditionnées et des altérations neurobiologiques profondes.

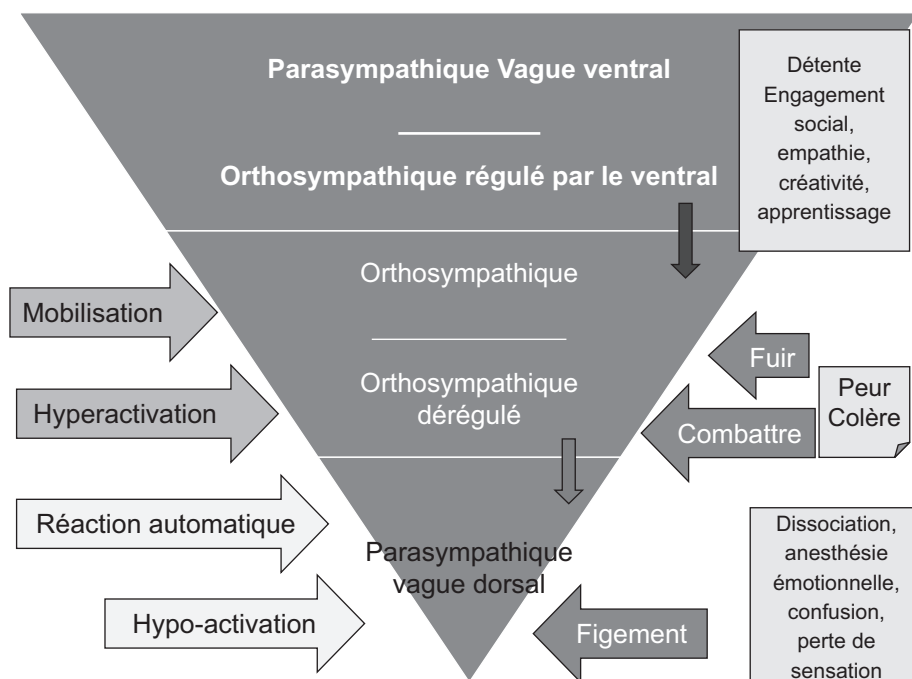


Figure 1. L'échelle pyramidale polyvagale (de la sécurité au danger vital)

Nous avons choisi de représenter l'activité du système nerveux central sous la forme d'une pyramide inversée. Sa large base représente l'éventail de capacités et de ressources disponibles en « mode ventral ». Celles-ci se restreignent au fur et à mesure que l'on descend sur l'échelle neurovégétative en réponse au niveau de danger.

Les symptômes post-traumatiques sous l'angle de la théorie polyvagale

► Symptômes post-traumatiques d'un trauma simple

Reprenons l'exemple du vacancier sur la plage. Après une journée paisible sous le soleil, il a été confronté à une menace croissante : une marée montante, puis une bande de voyous, et enfin une arme pointée sur la tempe. Pendant l'événement, son système nerveux autonome (SNA) a réagi de manière graduelle et hiérarchique, selon la théorie polyvagale : d'abord en mode ventral (sécurité), puis sympathique (mobilisation face au danger), et enfin dorsal (immobilisation face à une menace vitale). Le danger est maintenant terminé – les agresseurs sont partis, il est sain et sauf. Pourtant, des semaines, des mois, voire des années plus tard, il souffre de symptômes post-traumatiques. Comment la théorie polyvagale explique-t-elle cette persistance, alors que le risque réel a disparu ?