

Certificat InterUniversitaire en victimologie et psychotraumatologie

L'AMNESIE TRAUMATIQUE : COMPREHENSION DU
PHENOMENE ET UTILISATION DE L'HYPNOSE
CONVERSATIONNELLE STRATEGIQUE - PTR (PSYCHOTHERAPIE
DU TRAUMA REASSOCIATIVE)

Amandine SERVAIS
2016-2017

Table des matières

Remerciement	1
Introduction	1
1. Présentation des concepts liés à la victimologie	3
1.1. Définitions	3
1.1.1. Le traumatisme	3
1.1.2. La mémoire traumatique	3
1.1.3. L'amnésie traumatique	4
1.1.4. La Psychothérapie du Trauma Réassociative	5
2. Problématisation	7
2.1. Existence de l'amnésie traumatique	7
2.2. Causes de l'amnésie traumatique	8
2.3. Souvenirs retrouvés versus faux souvenirs	9
3. Analyse	10
3.1. Mémoire traumatique et amnésie traumatique	10
3.1.1. Prévalence du phénomène d'amnésie traumatique	10
3.1.2. La mémoire traumatique : mécanismes neurobiologiques	10
3.1.3. Les processus cognitifs défensifs pouvant faire suite au traumatisme	13
3.1.4. Les causes de l'amnésie traumatique	16
3.1.5. Le sentiment de la victime avant d'avoir accès à l'événement traumatique	19
3.1.6. La levée de l'amnésie	20
3.1.7. Le ressenti/le vécu de la victime suite à la prise de conscience du traumatisme	22
3.1.8. La prise en charge	23
3.2. L'hypnose conversationnelle stratégique - PTR	25
3.2.1. Objectifs	25
3.2.2. Principes	26
3.2.3. Méthodes	27
3.3. L'amnésie traumatique et l'hypnose conversationnelle stratégique – PTR	29
3.3.1. L'utilisation de la méthode en lien avec l'amnésie traumatique	29
3.3.2. Le vécu d'une victime	34
Conclusion- Discussion	39
Bibliographie	42

Remerciement

Je tiens à adresser mes remerciements aux personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier Christel Amant ainsi que tous les formateurs du CIU en victimologie et psychotraumatologie pour m'avoir permis un élargissement de mes connaissances dans ce domaine. Celles-ci sont précieuses et continueront de m'accompagner dans mon parcours personnel et professionnel. Merci aussi aux participants de cette formation, personnes généreuses, cultivées et humaines. Ils m'auront permis d'assister à cette formation dans une ambiance chaleureuse et enrichissante.

Un vif remerciement à Gérald Brassine pour le partage de ses connaissances accrues dans le domaine de l'hypnose conversationnelle stratégique. Merci pour sa disponibilité, le temps et l'intérêt qu'il a pu montrer pour mon étude.

Un tout grand merci à celle que je nommerai Valérie dans ce travail pour préserver son anonymat. Merci à elle d'avoir accepté de me partager son histoire et ses difficultés. Ce témoignage constitue un apport riche et précieux.

Enfin, merci à mes proches pour le soutien, l'intérêt, les conseils et les encouragements qu'ils m'ont témoignés dans l'élaboration de ce travail. Merci particulièrement à Sophie, Maelle et Julie pour leur accompagnement et leur esprit critique à la lecture de ce travail.

Introduction

Ce travail s'inscrit dans le cadre de ma formation en victimologie et psychotraumatologie. Il traitera de l'amnésie traumatique, pouvant être considérée comme l'oubli d'un événement traumatique survenant à la suite de celui-ci.

Tant dans mon parcours personnel que professionnel, il m'a été possible de constater qu'un nombre important de personnes pouvait vivre, au cours de sa vie, une amnésie d'un ou plusieurs événements traumatiques. Le souvenir de cet ou de ces événements peut ensuite revenir à la conscience de l'individu, parfois après plusieurs années. Ce phénomène est d'ailleurs visible dans les faits divers. Récemment, l'histoire de Flavie Flament a notamment attiré l'attention.

De plus, ma formation parallèle en hypnose conversationnelle stratégique - PTR (Psychothérapie du Trauma Réassociative) auprès de Gérard Brassine, fondateur de la méthode, m'a confrontée à de nombreuses questions concernant l'amnésie traumatique. Il semble que, très souvent, les personnes apprennent, découvrent et soignent sous hypnose un traumatisme enfoui. Cela m'a alors permis d'envisager la possibilité de mettre en lien l'utilisation de cette technique en cas d'amnésie traumatique.

Ce travail témoigne donc d'une réelle volonté d'approfondir ce phénomène tout en apportant une lecture selon la double formation qu'il m'a été possible de réaliser. Il aura pour but de mieux comprendre l'amnésie traumatique et la manière de la traiter.

Ainsi, dans la première partie, il sera question de définir les différents concepts propres à la victimologie qui seront abordés au cours de ce mémoire, à savoir le traumatisme, la mémoire traumatique, l'amnésie traumatique et la PTR.

Dans un second temps, la partie de problématisation mettra l'accent sur tous les questionnements et contradictions pouvant apparaître dans la littérature en ce qui concerne l'amnésie traumatique. L'existence même du phénomène d'amnésie traumatique semble interrogée et faire débat. Ce chapitre servira de base à la construction du présent travail.

La troisième partie sera consacrée à l'analyse et sera subdivisée en plusieurs sections.

Tout d'abord, il conviendra de s'intéresser à l'amnésie traumatique en tant que telle et au vécu de la victime lors de l'événement traumatique. Le phénomène d'amnésie traumatique est-il

fréquent ? Comment et pourquoi est-il possible d'oublier un événement au potentiel si traumatique ? Combien de temps une amnésie peut-elle durer ? Comment est-il possible que l'événement puisse ensuite revenir à la surface ? Il conviendra donc de comprendre le ressenti des victimes avant qu'elles n'aient conscience de l'amnésie traumatique, et donc, de l'événement traumatique, ainsi que la manière dont les souvenirs peuvent revenir à la conscience. Comment percevoir et recevoir le souvenir qui était jusqu'alors amnésié ? Est-il possible de douter de sa véracité ? Quelles sont les conséquences positives et négatives de cette résurgence de souvenirs ? Qu'en est-il ensuite du vécu des victimes suite à la levée de l'amnésie ? Enfin, comment celles-ci doivent-elles être prises en charge ?

Ensuite, il sera question d'un approfondissement de l'hypnose conversationnelle stratégique - PTR. Cette partie reprendra succinctement les objectifs et principes de la PTR ainsi que les méthodes qu'elle utilise. Celle-ci sera ensuite mise en lien avec des situations d'amnésie traumatique. La formation en hypnose conversationnelle stratégique – PTR auprès de Gérald Brassine, ainsi qu'une rencontre avec ce dernier ont été des outils indispensables pour aborder cette partie. Gérald Brassine m'aura permis, en effet, d'approfondir et de présenter plus en détails ce type de prise en charge. Le témoignage d'une victime ayant vécu une amnésie traumatique et suivant une Psychothérapie du Trauma Réassociative apportera également des informations précieuses pour ce travail.

Pour terminer, la conclusion reprendra les aspects essentiels mis en avant au cours de ce travail. Celui-ci, ayant pour visée de s'intéresser au phénomène d'amnésie, permettra également, je l'espère, une meilleure compréhension du vécu des victimes et de l'accompagnement susceptible de leur être proposé.

1. Présentation des concepts liés à la victimologie

1.1. Définitions

1.1.1. Le traumatisme

Le traumatisme est un choc psychique résultant d'un événement violent ou menaçant pour la vie ou l'intégrité psychique ou physique (Crocq, 2007). Le réel de la mort envahit alors l'espace mental de l'individu (Crocq, 2007 ; Lebigot, 2008).

Le terme traumatisme vient du grec « traumatismos » désignant « l'action de blesser ». Le radical « tr » signifie quant à lui « trouser » (Roisin, 2014). En effet, Freud (1920), repris par plusieurs auteurs (Crocq, 2007 ; Josse, 2015 ; Roisin 2014), a affirmé que le traumatisme fait effraction dans le pare-excitation (couche superficielle protégeant le psychisme) de l'individu et s'inscrit ensuite dans l'appareil psychique de celui-ci en tant que corps étranger. Dès lors, il n'y a pas de transformation des souvenirs traumatiques en souvenirs (Amant, 2015). L'événement ne parvient pas à être intégré par l'individu (Roisin, 2014).

Laplanche et Pontalis (1967) relèvent l'impossibilité de l'individu de répondre adéquatement à l'événement intense qu'il subit ainsi que les effets pathogènes que cela entraîne. Des modifications s'opèrent en ce qui concerne l'éveil physiologique (p.e. hypervigilance), les émotions (p.e. émoussement émotionnel ou émotions intenses), les cognitions (p.e. cognitions négatives) et la mémoire (p.e. reviviscence ou amnésie) (Herman, 1997).

Le traumatisme peut concerner tant la victime directe que les témoins ou les acteurs de l'événement (Crocq, 2007). Il peut être le résultat d'un événement unique ou d'événements répétés et multiples (Terr, 1991 ; Solomon & Heide, 1999 ; Herman, 1997). On retrouve les traumatismes individuels, collectifs, d'origine naturelle ou encore d'origine humaine (Amant, 2015).

1.1.2. La mémoire traumatique

La mémoire traumatique est un trouble de la mémoire implicite émotionnelle (Salmona, 2008). Elle peut être considérée comme le lien s'établissant entre les émotions et la mémoire suite à un événement traumatique (Fohn, 2013).

La mémoire traumatique a une fonction de protection. En effet, pour Salmona (2008), au moment du trauma et de ses reviviscences, le circuit de réponses émotionnelles disjoncte dans le but d'éviter des endommagements cardio-vasculaires et neurologiques. Le mécanisme de la mémoire traumatique sera explicité plus en détails dans la suite de ce travail.

A l'inverse de la mémoire autobiographique (Van der Kolk & Van der Hart, 1991), la mémoire traumatique est implicite, non intégrée et indicible (Janet, 1928).

Elle est hypersensible et peut être déclenchée automatiquement et à tout moment par des stimuli qui rappellent, consciemment ou non, le traumatisme (Salmona, 2008, 2009, 2013). La mémoire traumatique envahit alors tout l'espace psychique et fait revivre de façon immuable tout ou une partie du traumatisme (Blank, 1985 ; Modell, 1990 ; Spiegel, Frischolz & Spira 1993 ; Van der Hart & Steele, 1997 ; Salmona, 2008). L'hypersensibilité de la mémoire traumatique nécessite de l'individu qu'il adopte une hypervigilance et des stratégies d'évitement de tout ce qui pourrait lui rappeler son traumatisme (Salmona, 2008, 2013). La mémoire traumatique est également incontrôlable et peut difficilement être calmée (Salmona, 2008). Elle est systématiquement accompagnée de souffrances psychiques et physiques importantes et peut faire revivre des symptômes dissociatifs (Salmona, 2009). En outre, elle n'est pas toujours associée consciemment au traumatisme, ce qui peut déstabiliser l'individu (Salmona, 2008). Enfin, la mémoire traumatique est considérée comme étant à l'origine des troubles psychotraumatiques (Salmona, 2008, 2013).

1.1.3. L'amnésie traumatique

L'amnésie est l'incapacité d'une personne à se souvenir des informations essentielles d'une expérience (Josse, 2014). On parle d'amnésie traumatique lorsqu'un individu ne se souvient pas de l'événement traumatique qu'il a subi (amnésie totale) ou lorsqu'il ne parvient pas à se rappeler de certains aspects du traumatisme (amnésie partielle) (Josse, 2015 ; Derouesné & Lacomblez, 2007).

Dans la littérature, plusieurs termes apparaissent pour qualifier l'amnésie traumatique. Les auteurs ne semblent pas toujours trouver de consensus. Dès lors, les auteurs parlent notamment de répression (Freud, 1914), d'amnésie dissociative (APA, 2000 ; Josse, 2014 ; Michel, 2011 ; Derouesné & Lacomblez, 2007) ou d'amnésie psychogène (Spiegel, 1995 ; Josse, 2014).

Fohn (2011) apporte davantage de clarification quant à ces appellations en affirmant que l'amnésie traumatique consiste en l'oubli des souvenirs traumatiques qui résulte de processus cognitifs tels que la suppression, la répression ou la dissociation.

Murielle Salmona (nd) distinguera quatre types d'amnésie pouvant apparaître suite à un traumatisme. Elle cite ainsi les amnésies traumatiques lacunaires, les amnésies physiologiques, les amnésies psychogènes et les amnésies traumatiques dissociatives. Celles-ci seront explicitées plus en détails ci-après. Selon Derouesné et Lacomblez (2007), l'amnésie dissociative ne peut pas être expliquée par un simple oubli, une affection mentale, neurologique ou médicale ni par la prise de substances toxiques.

Pour Brewin et Andrews (1998), il est possible que l'individu ayant subi le traumatisme n'ait pas conscience de celui-ci. Ceci n'empêche pas qu'il puisse ressentir une sensation d'avoir vécu une expérience négative. Il se peut également qu'il ait conscience de l'événement mais ne parvienne pas à se souvenir du contexte qui entoure celui-ci. Enfin, l'individu peut se souvenir de certains aspects de l'événement traumatique mais en oublier d'autres.

1.1.4. La Psychothérapie du Trauma Réassociative

L'hypnose conversationnelle stratégique - PTR (Psychothérapie du Trauma Réassociative) est une technique d'hypnose développée par Gérald Brassine, fondateur de l'Institut Milton H. Erickson de Belgique (Imheb). Elle émerge des travaux de Milton Erickson et de Kay Thompson. Elle a pour bases théoriques l'hypnose éricksonienne, l'EMDR¹ et le cognitivisme.

Cette approche vise particulièrement le traitement des traumas et des maladies psychosomatiques. Il s'agit, en effet, d'une « méthode intégrative de désensibilisation par imagerie des traumatismes psychologiques » (Imheb, 2017).

Comme son nom l'indique, l'hypnose conversationnelle stratégique PTR est une hypnose au cours de laquelle le patient et l'hypnothérapeute dialoguent. Le patient, en état modifié de conscience, n'est pas endormi ou passif. Au contraire, il se montre actif dans le processus de sa guérison (Imheb, 2017). Ainsi, thérapeute et patient travaillent ensemble dans le but de désensibiliser le traumatisme psychologique. Désensibiliser un traumatisme consiste à enlever, à l'expérience, sa charge traumatique.

¹ Eye Movement Desensitisation and Reprocessing : approche thérapeutique

Dans la suite de ce travail, il sera question d'aborder plus en détails les techniques propres à l'hypnose.

L'hypnose conversationnelle stratégique PTR est un des types de prises en charge pouvant être utilisé en cas d'amnésie traumatique. Ayant été formée à la méthode, le fait de présenter spécifiquement la PTR s'appuie sur une volonté de mettre en avant son utilité et ses effets chez les personnes ayant développé une amnésie traumatique.

2. Problématisation

Cette partie mettra successivement en avant les questionnements quant à l'existence du phénomène d'amnésie traumatique, les causes mises en avant pour l'expliquer ainsi que la véracité des souvenirs.

2.1. Existence de l'amnésie traumatique

L'amnésie traumatique semble être un phénomène au cœur des débats. Très fréquente pour certains, inexistante pour d'autres, les auteurs clament leurs divergences d'opinions à son propos.

De nombreux auteurs s'interrogent quant à la possibilité de l'existence de l'amnésie traumatique (Pope & Hudson, 1995 ; Holmes, 1990) ou considèrent son existence comme étant tout à fait inenvisageable (McNally & Hochmann, 2003 ; Schacter, 1996). Une raison principalement avancée est qu'il semble difficile d'imaginer qu'un événement au potentiel si traumatique puisse simplement s'effacer de la mémoire d'un individu ou être oublié par celui-ci (Lilienfeld, cité par Axelrad, 2015c ; Loftus, 1998 ; Schacter, 1996). Au sujet de l'oubli des souvenirs liés au traumatisme, McNally (cité par Axelrad, 2015b) ajoute qu'il s'agit d'un « morceau de folklore dénué de tout fondement scientifique convaincant ». Lilienfeld (cité par McNally, 2015c) amène qu'aucun mécanisme ne permet actuellement d'expliquer la résurgence de souvenirs qui auraient été oubliés. Certains soulignent l'absence de preuves valables dans le chef des auteurs qui soutiennent la possibilité qu'une amnésie puisse survenir à la suite d'un traumatisme (McNally & Hochmann, 2003 ; Schacter, 1996). Ils ajoutent qu'en revanche, des preuves fiables attestent qu'il est rare, voire impossible, d'oublier un événement traumatique. Dans cet ordre d'idée, Pope, Hudson, Bodkin et Olivia (1998) auraient tenté de prouver l'existence de l'amnésie dissociative sans parvenir à un résultat concluant.

En revanche, d'autres auteurs soutiennent l'existence du phénomène d'amnésie (Nijenhuis et al., 2006, Porter & Birt, 2001 ; Conway & Pleydell-Pearce, 2000 ; Sheflin & Brown, 1996 ; Terr, 1991 ; Herman, Brown, Spiegel et Van der Kolk, cités par McNally, 2015). Selon Porter et Birt (2001), bien que les victimes d'événements traumatiques aient souvent des souvenirs précis et récurrents des faits, il arrive également qu'elles n'en possèdent plus. Nijenhuis et al. (2006) mettent en avant des périodes au cours desquelles le traumatisme et ses effets restent inconscients à la personne.

2.2. Causes de l'amnésie traumatique

Alors que certains auteurs tentent d'expliquer les mécanismes sous-jacents à l'apparition d'une amnésie suite à un traumatisme, d'autres ont plutôt tendance à y trouver des causes différentes.

McNally et Hochmann (2003), sans penser qu'un traumatisme puisse justifier l'apparition d'une amnésie, avancent que d'autres explications peuvent prouver une absence de souvenirs de l'événement. En effet, ils expliquent qu'il est possible que des personnes ne pensent simplement pas à l'événement durant une longue période ou que des troubles de la mémoire passagers et conséquents au traumatisme apparaissent. Pour eux, il arrive également qu'il y ait eu un encodage incomplet de l'expérience traumatique. La cause peut aussi consister en un déficit plus organique. Enfin, ils affirment que cela peut être causé par ce qu'ils nomment « l'oubli de la petite enfance ». Le cerveau n'étant pas encore arrivé à maturité, des événements de l'histoire de vie du jeune enfant peuvent ainsi ne pas être retenus. Cette hypothèse est d'ailleurs reprise par d'autres auteurs (Lancy & Loftus, 2005). Lilienfeld (cité par Axelrad, 2015c) rejoint l'idée selon laquelle il est possible d'oublier un événement traumatique mais que cela est généralement dû à d'autres causes telles que des lésions cérébrales.

Afin de contrer les études relevant la présence d'un phénomène d'amnésie chez des victimes d'événement traumatique, certains (Lancy & Loftus, 2005 ; McNally & Hochmann, 2003) ajouteront que les victimes peuvent aussi choisir de ne pas parler de leur traumatisme sans que cela signifie qu'elles ne s'en souviennent pas.

De nombreux auteurs affirment en revanche que, lors de situations traumatiques, des processus de suppression, de dissociation et d'amnésie peuvent survenir (Grey & Holmes, 2008 ; Rubin, Berntsen & Bohni, 2008). Fohn (2011) considère plutôt que la suppression, la répression ou la dissociation peuvent entraîner une amnésie. Terr (1991) soutient que les victimes, notamment les enfants, mettent en place des mécanismes de répression pour rendre inconscients les souvenirs traumatiques. Selon elle, il s'agit d'un véritable mécanisme de survie. Nous reviendrons, dans la suite de ce travail, sur une définition plus précise de ces concepts.

Salmona (2009, 2013) distingue plusieurs causes à l'amnésie. Cela l'amène d'ailleurs, tel que nous avons pu le voir, à distinguer quatre types d'amnésie traumatique qui seront exposés dans la suite de ce travail. Cette auteure met particulièrement en avant la cause

neurobiologique pour expliquer l'apparition d'un tel phénomène. Elle explique l'amnésie par une véritable disjonction du circuit émotionnel (Salmona, 2009).

2.3. Souvenirs retrouvés versus faux souvenirs

En ce qui concerne les souvenirs retrouvés d'un traumatisme suite à une amnésie, le sujet fait polémique.

Pour certains, les souvenirs de l'événement traumatique, bien qu'en dehors du champ de la conscience de l'individu, restent présents dans sa mémoire émotionnelle et dans son corps. Il s'agit d'ailleurs de ce que Salmona (2013, 2009) nomme la mémoire traumatique. Ainsi, le souvenir peut transparaître par des flashbacks, des rêves mais également par des sensations importantes dans le corps. Pour McNally et Hochmann (2003), cette idée ne peut être fondée. De telles résurgences ne peuvent être considérées comme vraies. Ils estiment que si le souvenir est emmagasiné sensoriellement, il l'est aussi systématiquement par l'esprit.

Nombreux sont les auteurs défendant l'idée de l'existence de faux souvenirs, notamment lorsque ceux-ci émergent au sein d'une thérapie. Ces auteurs soutiennent généralement qu'il est possible d'induire des faux souvenirs chez un individu. Un souvenir en lien avec une expérience traumatique n'est, malheureusement, pas toujours considéré comme étant fiable. Selon certains, une personne qui croit être victime d'une expérience traumatique peut même présenter de fortes réactions psychophysiologiques (McNally & Hochmann, 2003).

D'un autre côté, Hopper (2015, cité par Salmona, 2013) a mis en avant un grand nombre d'études permettant d'affirmer qu'une personne peut retrouver des souvenirs d'événements traumatiques qu'elle avait apparemment oubliés. Salmona (2013) relève l'aspect négatif de la remise en cause des souvenirs traumatiques chez les victimes. Cela ne leur permet d'ailleurs pas toujours d'avoir une prise en charge adaptée à leurs souffrances.

Au vu de ces divergences d'opinions, il convient donc de s'intéresser davantage au phénomène d'amnésie et ce, afin de mieux appréhender le phénomène et accompagner au mieux les personnes autour de la levée de leur amnésie traumatique.

3. Analyse

3.1. Mémoire traumatique et amnésie traumatique

3.1.1. Prévalence du phénomène d'amnésie traumatique

En ce qui concerne la prévalence de l'amnésie traumatique, les auteurs s'accordent à penser qu'elle a majoritairement lieu suite à des agressions sexuelles et, notamment lorsque celles-ci ont lieu durant l'enfance (Salmona, 2013a ; Peace, Porter & Brinke, 2008 ; Kraft, 2004 ; Porter & Birt, 2001).

Salmona (2016) cite que jusqu'à 30 à 40 pour cent des victimes d'abus sexuels vivaient des périodes d'amnésie traumatique de longue durée. Selon Brière et Conte (1993), la prévalence des amnésies totales ou partielles dans cette même population monte jusqu'à 59,3%. Lorsque l'auteur des violences est un proche, le risque d'amnésie traumatique devient encore plus élevé (Salmona, 2016).

Les victimes peuvent mettre plusieurs années à sortir de l'amnésie. En effet, elles seraient nombreuses à mettre plus de 15 ans, voire plus de 25 ans (Salmona, 2016). Des auteurs affirment que ce phénomène de « souvenirs retrouvés » apparaîtrait chez 38% des personnes ayant subi un traumatisme (Porter & Birt, 2001 ; Williams, 1995).

3.1.2. La mémoire traumatique : mécanismes neurobiologiques

Afin de comprendre le phénomène d'amnésie traumatique, il semble essentiel de mieux appréhender les mécanismes neurobiologiques sous-jacents à la mémoire traumatique.

3.1.2.1. *En cas de danger*

Lorsqu'une personne est face à un danger, deux processus s'activent :

Le premier est un processus rapide, court et inconscient (Ledoux, 1994). L'amygdale, structure contrôlant les réponses émotionnelles, et la mémoire émotionnelle implicite s'activent afin de permettre à l'individu d'être en état d'alerte (Salmona, 2008). Une réponse émotionnelle est alors déclenchée via l'augmentation de la production d'adrénaline par le système nerveux

autonome (Amant, 2015 ; Salmona, 2008). Le rythme et la fréquence cardiaques ainsi que la pression artérielle augmentent (Amant, 2015 ; Salmona, 2008). De plus, les glandes surrénales, qui gèrent la situation de stress, produisent davantage de cortisol. Cela donne ainsi suffisamment d'énergie aux organes pour permettre à la personne de se mettre en mouvement (Amant, 2015, Salmona, 2008).

Parallèlement, un deuxième processus plus lent et conscient a lieu (Ledoux, 1994). Les informations émotionnelles relatives à la situation de danger sont envoyées par l'amygdale au cortex sensitif et sensoriel et au cortex associatif (Amant, 2015 ; Salmona, 2008, 2009). Elle transmet également à l'hippocampe le contenu de la mémoire émotionnelle implicite afin que celui-ci la transforme, plus tard, en mémoire explicite (Salmona, 2009). L'hippocampe permet de traiter les traces mnésiques et de les retrouver ensuite (Salmona, 2008). Dès lors, une fois que les traces mnésiques similaires au danger en cours ont pu être retrouvées par l'hippocampe et envoyées ensuite au cortex associatif, celui-ci les analyse et effectue un travail de prise de décision (Salmona, 2008). En fonction de cette analyse, l'amygdale réajuste la réponse émotionnelle, ce qui permet une réponse adaptée à la situation. Il s'ensuit une diminution de la production d'adrénaline et de cortisol. (Amant, 2015)

Ainsi, l'état de stress et d'hypervigilance que la situation de danger avait occasionné prend fin. Grâce à l'hippocampe, l'événement peut être intégré en mémoire autobiographique. (Amant, 2015)

3.1.2.2. *En cas de traumatisme*

Lorsqu'un individu vit un événement traumatogène, aucune trace mnésique similaire ne parvient à être trouvée et envoyée par l'hippocampe au cortex associatif. L'amygdale et le système hypothalamo-hypophyso-surrénalien poursuivent leur activité et, de ce fait la production d'adrénaline et de cortisol ne s'interrompt pas (Salmona, 2008, 2009). Les manifestations psychiques et physiques provoquées par cette production excessive risquent d'entraîner la mort de l'individu (Amant, 2015 ; Yehuda & Ledoux, 2007). En effet, des taux d'adrénaline trop élevés entraînent des dommages cardio-vasculaires tels que des infarctus et de l'hypertension maligne (Salmona, 2008, 2009). Des taux élevés de cortisol provoquent des problèmes neurologiques tels que des épilepsies et des pertes de neurones (Salmona, 2008).

C'est donc pour échapper à ce risque cardio-vasculaire et neurologique que le circuit de réponse émotionnelle dysfonctionne et que la mémoire traumatique apparaît. Pour Salmona

(2009), il s'agit d'une « voie de secours exceptionnelle ».

Malgré la poursuite de l'événement traumatogène, l'organisme stoppe l'action de l'amygdale en sécrétant des endorphines et des antagonistes des récepteurs NMDA (substance kétamine-like) (Amant, 2015 ; Salmona, 2008, 2009). Dès lors, il n'y a plus de réponse émotionnelle, ni de ressenti de souffrance psychique et physique.

Le cortex associatif et l'amygdale deviennent indépendants. En effet, les informations traumatiques que le cortex associatif reçoit ne sont plus associées aux informations émotionnelles (Amant, 2015). Ceci entraîne, chez l'individu, des phénomènes de déréalisation, de dépersonnalisation ou de stupeur (Josse, 2015 ; Salmona, 2008, 2009). En outre, les substances kétamine-like entraînent des troubles somatoformes et des phénomènes de distorsions du temps et de l'espace. Il s'agit des symptômes dissociatifs (Josse, 2015 ; Salmona, 2008) pouvant aller jusqu'à l'amnésie.

De plus, l'amygdale étant isolée de l'hippocampe, celui-ci ne reçoit plus d'informations de la mémoire implicite émotionnelle. Celle-ci ne peut donc pas être intégrée en mémoire autobiographique. C'est ainsi qu'une amnésie traumatique peut s'installer (Salmona, 2009). Dès lors, la mémoire émotionnelle ne peut pas être traitée par l'hippocampe et reste en état dans l'amygdale. C'est ce que l'on appelle la mémoire traumatique (Salmona, 2008).

Ainsi, tant que le dysfonctionnement du circuit et la dissociation persiste, la personne ne parviendra pas à avoir accès à l'événement traumatique. L'amnésie partielle ou totale dépend de l'intensité de la dissociation (Salmona, 2017). Toutefois, si la dissociation s'arrête, la mémoire traumatique s'allume. Elle crée alors une réponse émotionnelle intense qui ne pourra pas être comprise par le cortex et l'hippocampe (Salmona, 2009). En effet, ceux-ci reçoivent des messages opposés. Les informations sensorielles annoncent une situation anodine tandis que les informations émotionnelles provenant de l'amygdale avertissent d'une situation de danger extrême (Salmona, 2009). L'individu met alors en place des conduites d'évitement, d'hypervigilance et de dissociation pour éviter que la mémoire traumatique se manifeste. Des phases de dissociation (pouvant aller jusqu'à l'amnésie) et des phases d'activation de la mémoire traumatique peuvent donc s'alterner.

Myers (1940) nomme « personnalité émotionnelle » (PE) la partie qui ne parvient pas à se transformer narrativement et « personnalité apparemment normale » (PAN) la partie mise en lien avec les conduites d'évitement du traumatisme, l'anesthésie et l'amnésie traumatique. Selon Nijenhuis, Van der Hart et al. (2006), lorsque la PE est active, les personnes ne sont

pas capables d'intégrer les informations du quotidien. En revanche, lorsque la PAN est activée, elles ne parviennent pas à intégrer le traumatisme.

Ces phénomènes neurobiologiques semblent bien prouver l'existence de la mémoire traumatique et de l'amnésie traumatique.

3.1.3. Les processus cognitifs défensifs pouvant faire suite au traumatisme

Fohn (2011) considère que l'amnésie résulte de processus cognitifs. Ceux-ci peuvent être considérés comme des stratégies d'évitement que l'individu met en place pour échapper à l'événement traumatique ainsi qu'aux souvenirs du traumatisme. Creamer, Burgess et Pattison (1992) relèvent la dissociation, la répression et la suppression comme mécanismes défensifs.

3.1.3.1. *La dissociation*

Selon Hilgard (1977), la dissociation est un processus mental dans lequel des systèmes d'idées se séparent de la personnalité d'un individu et opèrent de manière indépendante sans que celui-ci n'en ait conscience. Josse (2014) considère la dissociation comme un mécanisme d'adaptation permettant à l'individu de survivre à l'expérience que ses ressources ne permettent pas de gérer.

Lors du traumatisme, des symptômes dissociatifs apparaissent tels que la dépersonnalisation, la déréalisation, l'anesthésie ou la stupeur. Au moment du traumatisme, de nombreuses personnes peuvent vivre l'expérience comme si une partie d'elles-mêmes se détachait de celle qui continue de subir l'événement violent (Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Il existe donc plusieurs formes de dissociation :

- La dépersonnalisation : La victime peut avoir le sentiment que l'événement est vécu par une autre personne qu'elle-même, qu'elle observe la scène ailleurs que de son corps propre (dissociation corporelle) ou avoir l'impression d'être morte.
- La déréalisation : Cela renvoie à la personne un sentiment d'étrangeté et d'irréalité vis-à-vis de l'événement qu'elle subit.
- L'anesthésie physique et/ou émotionnelle : Il est possible que la victime ait l'impression

de ne plus rien ressentir sensoriellement et/ou émotionnellement. Elle est insensible à la douleur qu'elle subit et/ou ne ressent pas d'émotion. Cette anesthésie peut être permanente ou épisodique. Elle peut également être locale c'est-à-dire spécifique à une partie du corps, ou générale.

- La stupeur ou catalepsie : Souvent en lien avec l'anesthésie, il est possible que la personne ressente une incapacité de mouvement ou d'utilisation de sa voix telle une paralysie. Il s'agit d'une dissociation très présente lors du trauma. La personne ne parvient pas à bouger, à se défendre. Souvent, cette incapacité entraîne de la culpabilité chez les victimes.

Pour Ehlers et Clark (2000), ces symptômes dissociatifs empêchent l'intégration de l'expérience traumatique en mémoire autobiographique. De même, Peace et al. (2008) expliquent que la dissociation empêche l'encodage de l'événement traumatique ainsi que sa remémoration. De plus, les souvenirs de l'expérience peuvent être scindés. La dissociation entraîne dès lors des souvenirs parfois peu précis voire des amnésies partielles ou totales. On parle d'amnésie partielle lorsque la personne a conscience de l'événement traumatique qu'elle a subi mais qu'elle n'a pas accès à certains détails de l'événement. Il est également possible qu'elle ait le sentiment de se souvenir de tout alors qu'il lui manque de nombreux souvenirs de l'événement traumatique. Une amnésie totale consiste, quant à elle, à un « oubli » de tous les éléments en lien avec l'événement traumatique. Pour Josse (2014), plutôt que considérer l'amnésie comme résultant de processus dissociatifs, nomme que les amnésies partielles ou totales constituent des phénomènes dissociatifs massifs. Elle ajoute que l'expérience n'étant pas intégrée, l'amnésie traumatique augmente le risque de développer un psychotraumatisme.

Ajoutons que ces phénomènes dissociatifs sont utilisés en Psychothérapie du Trauma Réassociative (PTR) pour désensibiliser l'expérience traumatique. Nous y reviendrons dans la suite de ce travail.

3.1.3.2. *La répression*

Tous les auteurs ne semblent pas se mettre d'accord sur la définition de la répression. De plus, la traduction de ce terme en anglais porte à confusion. En effet, pour les cognitivistes, le terme « repression » traduit ce mécanisme de défense alors que pour les psychanalystes, il signifie plutôt refoulement. Ceux-ci emploient préférentiellement le terme « suppression » pour parler de la répression (Fohn, 2011).

Pour certains auteurs la répression est un processus permettant de supprimer de la conscience des souvenirs autobiographiques (Brewin & Andrews, 1998) et, principalement, des souvenirs autobiographiques négatifs (Geraerts, Merckelbach, Jelicic & Smeets, 2006). Pour les psychanalystes, le mécanisme inconscient ayant cette fonction est nommé refoulement. Le refoulement peut donc être considéré comme un type de répression.

D'autres auteurs, toutefois, insistent sur le caractère conscient du processus, celui-ci permettant de rejeter de la conscience des affects, pensées ou souvenirs désagréables (Van der Kolk & Van der Hart, 1991 ; Laplanche & Pontalis, 1967). La répression est donc distincte du refoulement de par son caractère conscient. Les éléments rejetés de la conscience ne sont pas transposés dans l'inconscient (Laplanche & Pontalis, 1967).

Il est à noter que les auteurs soulignent le caractère temporaire de la répression. En effet, le contenu négatif, chassé de l'esprit de la personne, peut redevenir conscient à tout moment.

3.1.3.3. La suppression

Enfin, la suppression est une tentative, par les individus ayant vécu une expérience traumatique, de supprimer les pensées qui entourent cette expérience et d'éviter d'en parler (Harber & Pennebaker, 1992).

Cependant, pour certains auteurs (Dalgleish, Yiend, Schweizer & Dunn, 2009 ; Wegner, 1994), ce mécanisme engendrerait l'effet inverse de celui escompté. En effet, plus une personne désire chasser de son esprit une pensée, plus cette pensée s'impose à elle et il ne lui est pas possible de l'oublier. En effet, concomitamment au mécanisme conscient d'évitement du contenu désagréable, un mécanisme inconscient de recherche des pensées évitées se mettrait en marche (Wegner & Zanakos, 1994). En outre, ce processus augmenterait les pensées intrusives (Amstadter & Vernon, 2006 ; Geraerts et al., 2006 ; Creamer et al., 1992). Ce phénomène peut notamment expliquer les reviviscences et pensées intrusives chez les victimes d'événements traumatiques.

Des auteurs ajoutent qu'un tel évitement peut avoir des conséquences importantes. En effet, cela peut causer des dépressions, des difficultés sociales ainsi que des troubles somatiques (Srivastava, Tamir, McGonigal, John & Gross, 2009 ; Dalgleish et al., 2009 ; Dalgleish & Yiend, 2006 ; Wenzlaff & Wagner, 2000).

3.1.4. Les causes de l'amnésie traumatique

L'amnésie faisant suite à un traumatisme, qu'elle soit partielle ou générale, présente des causes diverses. L'amnésie a surtout un rôle protecteur et permet de s'adapter au traumatisme subi (Fohn, 2011 ; Dolan, 1996). Selon Erickson, si l'amnésie est présente, c'est que celle-ci a une bonne raison d'exister.

Nous venons de voir que l'amnésie traumatique peut résulter de mécanismes défensifs mis en place, consciemment ou non, par l'individu. De même, Anderson (2009) relève que l'amnésie peut résulter d'une action involontaire du sujet ou, au contraire, faire suite à des mécanismes volontaires ayant pour but de bloquer l'accès à certains souvenirs. Dans l'action volontaire, citons pour exemple les personnes qui ne se permettent pas de parler du traumatisme, s'interdisent d'y penser, fuient dans des activités pour provoquer l'oubli. Ces mécanismes peuvent, en effet, permettre l'amnésie. L'action volontaire peut également avoir pour résultat de ramener davantage à la conscience de l'individu les souvenirs du traumatisme.

Ferenczi (1932) considère que l'amnésie est due au clivage de l'émotion. Ce mécanisme empêche la personne de se souvenir volontairement du traumatisme. Cela n'empêche toutefois pas les intrusions d'affects négatifs, de sensations corporelles et de problèmes somatiques.

Ainsi, plusieurs explications vis-à-vis de l'amnésie peuvent être envisagées. L'événement peut avoir été bien mémorisé mais les mécanismes défensifs empêchent l'accès aux souvenirs de celui-ci (Brewin & Andrews, 1998 ; Conway, 2006). Il se peut aussi que ce soit l'encodage des informations qui ait fait défaut et, dès lors, empêche que la personne y ait accès aisément (Brewin & Andrews, 1998 ; Mc Nally, cité par Axelrad, 2015b).

Murielle Salmona, quant à elle, distingue quatre types d'amnésie pouvant survenir lorsqu'une personne a été victime d'un traumatisme.

- L'amnésie traumatique lacunaire

Cette amnésie est expliquée par des atteintes neurologiques et des pertes neuronales de plusieurs structures cérébrales. En effet, comme vu précédemment, lorsqu'une personne vit un stress et des émotions particulièrement intenses, elle sécrète davantage de cortisol. Celui-ci, neurotoxique lorsqu'il est produit en excès, est la cause des atteintes neurologiques et de

la perte des neurones. L'hippocampe, le cortex cingulaire et le cortex frontal peuvent subir une perte neuronale allant jusqu'à 30% (Salmona, 2017).

- L'amnésie physiologique

L'amnésie physiologique peut être due à l'ingestion de substances toxiques, à des démences ou à l'âge de la victime (Salmona, nd)

En cas de prise de toxines et de démences, l'hippocampe peut être déconnecté ou altéré. L'hippocampe ayant pour fonction principale de transformer les informations de la mémoire émotionnelle en mémoire autobiographique, ce travail ne peut se faire correctement (Salmona, nd). Dans la suite de ce travail, nous verrons qu'il est possible, via la PTR, de récupérer des informations d'événements s'étant produits alors que la personne était sous l'effet de substances toxiques.

Aussi, pour plusieurs auteurs, une personne ne peut pas avoir accès à des souvenirs autobiographiques ayant eu lieu avant l'âge de 2-3 ans voire de 5-6 ans (Salmona, 2009 ; Rovee-Collier & Hayne, 2000 ; Freud, 1939 ; Fivush et Hudson, 1990). Ceci s'explique par l'immaturation de la mémoire autobiographique et, particulièrement de l'hippocampe. A nouveau, le travail d'intégration de l'événement en mémoire autobiographique ne peut se faire et dès lors, les souvenirs ne sont pas créés. Cette théorie questionne toutefois lorsque des personnes parviennent à récupérer des souvenirs très précis d'un traumatisme ayant eu lieu durant la petite enfance.

L'impossibilité de création de souvenirs autobiographiques n'empêche toutefois pas l'existence d'émotions et sensations en lien avec le traumatisme. La mémoire émotionnelle traumatique est présente, y compris chez le jeune enfant (Salmona, nd).

McNally (cité par Axelrad, 2015b) nomme « amnésie infantile » l'incapacité d'un jeune enfant à se souvenir d'événements autobiographiques. Il présente également une autre théorie, quelque peu différente, quant aux souvenirs des événements traumatiques ayant eu lieu dans l'enfance. Pour lui, un jeune enfant peut ne pas comprendre l'événement qu'il subit et, dès lors ne pas lui attribuer un aspect émotionnel négatif (McNally, 2007). Un événement incompris aurait moins de chance d'être remémoré. Si, à cela, s'ajoute une absence d'indices permettant à la personne de se rappeler de l'événement, celui-ci a toutes les raisons de l'oublier (McNally, 2007). Si plus tard, des indices de rappel permettent à la personne de se souvenir de l'événement, celui-ci, réinterprété, peut alors prendre une valeur traumatique (McNally, cité

par Axelrad, 2015b). Cette théorie semble s'éloigner particulièrement de la considération des traumatismes occasionnés chez l'enfant et de leurs conséquences. Cela semble ne donner aucun crédit à la souffrance de l'enfant au moment des événements et aux répercussions de ces traumatismes sur l'ensemble de sa vie, y compris lorsque le traumatisme a été amnésié.

- L'amnésie psychogène

L'amnésie psychogène est principalement expliquée par le fait que la victime s'empêche de penser à l'événement traumatique, soit de sa propre initiative, soit sous la pression de l'entourage (Salmona, nd).

De sa propre initiative et dans une attitude défensive et de survie, la victime peut mettre en place des stratégies d'évitement, de contrôle et d'hypervigilance pouvant amener à des amnésies totales ou partielles de l'événement traumatique (Salmona, nd). Trois types de stratégies d'évitement peuvent être retenus à savoir cognitif, émotionnel et comportemental. L'évitement cognitif consiste à tenter d'occuper son esprit avec d'autres pensées. En ce qui concerne l'évitement émotionnel, les pensées en lien avec l'événement sont dénuées d'émotion. Enfin, l'évitement comportemental correspond à des tentatives d'éviter tout ce qui peut rappeler le traumatisme (personnes, endroits, activités) (Tapia, Clarys, Isingrini & El-Hage, 2007). Pour ces auteurs, l'évitement peut aboutir à l'amnésie psychogène. Fohn (2011) explique que l'évitement ne permet pas l'intégration de l'expérience en mémoire autobiographique ni que des réactivations automatiques se manifestent. En outre, les émotions ne se régulent pas et il n'y a pas d'intrusions. Progressivement, l'évitement deviendrait automatique. Les souvenirs peuvent toutefois être réactivés de façon involontaire et automatique (Fohn, 2011).

L'entourage peut également dénier l'existence du traumatisme ou faire pression sur la victime pour qu'elle évite d'y penser et d'en parler. La victime peut ainsi arriver à douter de ce qu'elle a subi et présenter ensuite une amnésie quant à son traumatisme (Salmona, nd).

Notons que pour McNally (cité par Axelrad, 2015b), l'amnésie psychogène consiste en une amnésie générale qui n'est pas à attribuer à un événement traumatique.

- L'amnésie traumatique dissociative

Comme amené précédemment, ce type d'amnésie est expliqué par une dissociation protectrice déclenchée par le cerveau lorsqu'une personne vit un stress et des émotions

particulièrement intenses. Le circuit émotionnel et celui de la mémoire dysfonctionnent. La mémoire émotionnelle reste dans l'amygdale et est isolée de l'hippocampe, ce qui ne permet pas l'intégration de l'événement en souvenirs autobiographiques. A cause de la dissociation et du dysfonctionnement, la mémoire traumatique est déconnectée. Cela empêche la personne d'accéder aux aspects de l'événement traumatique et explique l'amnésie partielle ou totale du traumatisme (Salmona, nd).

3.1.5. Le sentiment de la victime avant d'avoir accès à l'événement traumatique

Comme nous avons pu le voir précédemment, malgré l'amnésie du traumatisme, la mémoire émotionnelle reste bel et bien active. Bien que la personne n'ait pas connaissance du traumatisme qu'elle a vécu ou, du moins, d'une partie de celui-ci, des émotions intenses et négatives se manifestent fréquemment. Ainsi, la personne subit des reviviscences des émotions et sensations en lien avec l'événement traumatique sans parvenir toutefois à se souvenir de celui-ci. C'est ce qu'Ehlers et Clark (2000) appellent « émotions sans souvenir ».

Cette période entraîne une immense détresse psychologique (Fohn, 2011). Selon Brassine (2015), les personnes ressentent constamment de la culpabilité. Celle-ci peut concerner n'importe quel aspect de leur vie, jusqu'à être ressentie sur le fait même d'exister. Fivush (2004) considère que le sentiment de soi n'est pas intégré de manière optimale par les personnes ayant développé une amnésie traumatique. De plus, l'amnésie laisse à la personne une impression d'être dénuée de son passé (Salmona, nd).

Il arrive fréquemment que les personnes aient le sentiment que quelque chose de négatif leur soit arrivé (Bass & Davis, 1998). Malgré l'amnésie, les soupçons sont fréquents chez les victimes.

Par exemple, Axelrad (2015a) cite le cas de Cécile T. dont le viol subi à l'âge de cinq ans avait entraîné une amnésie traumatique. Cécile T. avait développé plusieurs troubles avant de prendre conscience de son traumatisme. Parmi ceux-ci, l'auteur (2015) cite notamment les troubles alimentaires et les phobies scolaires.

En cas d'amnésie causée par une substance, il est possible que la personne manifeste des symptômes dissociatifs importants (Brassine, 2015). Ce type de symptômes est d'ailleurs systématiquement présent chez les victimes d'événement traumatique. Lorsque l'amnésie est partielle, les victimes peuvent se montrer perturbées de ne pas avoir accès à tous leurs

souvenirs. Cependant, il est également possible qu'elles se disent satisfaites de ne pas avoir conscience de toute l'atrocité dont elles ont été victimes (Josse, 2014). Ce discours est compréhensible au vu de la fonction de protection de l'amnésie.

Ainsi, bien que l'amnésie ait une fonction de protection, la mémoire émotionnelle fait ressentir à l'individu des émotions intenses et négatives. La victime présente également des symptômes et qu'elle ne peut mettre en lien avec l'événement amnésié.

3.1.6. La levée de l'amnésie

L'amnésie traumatique peut durer de nombreuses années. Elle peut, parfois, ne jamais être levée. Il arrive toutefois que les souvenirs amnésiés reviennent à la conscience de la personne. Ce concept est ainsi appelé « phénomène de souvenirs retrouvés » (Porter & Birt, 2001 ; Brewin & Andrews, 1998).

Les souvenirs de l'événement traumatique peuvent revenir à la conscience de différentes manières et après des laps de temps relativement variables d'un individu à l'autre. Dans le rapport d'enquête IVSEA² (2015), Salmona relève que l'amnésie a duré entre 6 et 20 ans pour presque un tiers des victimes d'agressions sexuelles et entre 21 et 40 ans pour 11% d'entre elles.

Il est possible que les souvenirs réapparaissent involontairement, de manière brutale, suite à l'exposition à des stimuli de rappel (Geraerts et al, 2008). Ceux-ci peuvent concerner des similitudes ou des confrontations avec certains aspects de l'événement traumatique tels que des odeurs, voix, images, lieux, bruits ou personnes mais également des dates anniversaires (Josse, 2014 ; Salmona, 2015). Lorsqu'ils réapparaissent, les souvenirs sont particulièrement détaillés. Ils peuvent être vécus comme de véritables reviviscences, des flashes de l'événement traumatique jusqu'alors oublié. Ceci s'expliquerait par le fait que la mémoire procédurale ne serait pas touchée par l'amnésie, contrairement à la mémoire autobiographique (Middelton, De Marni Cormer & Freyd, 2005). Dès lors, des rappels implicites peuvent avoir lieu. La personne ne parvient donc pas à se souvenir de sa propre initiative mais les éléments peuvent ressurgir grâce à des stimuli situationnels (Ehlers & Clark, 2000). C'est comme cela d'ailleurs que Flavie Flament (2016) a eu conscience des viols qu'elle a subis à treize ans, en retombant sur une photo d'elle à cet âge. Elle venait de vivre 25 ans d'amnésie traumatique.

² IVSEA : Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'âge Adulte.

Il arrive aussi que des étapes de vie faisant ressentir des émotions intenses soient responsables de la réactivation des souvenirs traumatiques. Cela peut concerner des événements difficiles tels qu'une rupture, un décès, un licenciement (Tomasella, cité par Cattan, 2011 ; Salmona, nd) ou des événements présentant un lien symbolique avec le traumatisme tels qu'une relation amoureuse, un nouveau traumatisme ou encore lorsque l'enfant de la victime atteint l'âge qu'elle avait au moment de l'agression (Salmona, nd). Selon Salmona (nd), cette résurgence concerne les amnésies psychogènes.

Dans sa thèse abordant le traumatisme des enfants juifs, Fohn (2011) relève l'importance de la reconnaissance sociale pour permettre aux souvenirs de réapparaître. Cela concerne principalement les situations au cours desquelles les personnes ont été forcées de se taire et lorsque les violences subies n'étaient, jusqu'à présent, pas reconnues.

La levée d'amnésie peut également arriver lorsque la vigilance permanente s'atténue. On retrouve les périodes entourant le sommeil, le sommeil lui-même, la relaxation, la méditation, l'état d'ébriété ou encore le réveil après une anesthésie (Josse, 2014 ; Salmona, 2014). Cela peut être le cas également lorsque la personne se sent mieux ou se trouve davantage en sécurité (Salmona, 2014 ; Fohn, 2011). Il s'agit de moment où la dissociation diminue, ce qui permet de faire ressurgir les souvenirs (Salmona, 2014). A nouveau, la confrontation aux souvenirs jusqu'alors amnésiés peut-être brutale et déconcertante pour les victimes (Salmona, 2017).

Aussi, nous avons vu précédemment que pour des auteurs tels que McNally et Lilienfeld, un traumatisme ayant eu lieu dans l'enfance pouvait être incompris par l'enfant en raison de son jeune âge et, de ce fait, être ensuite oublié. Lorsque, plus tard, l'événement est réinterprété et donc compris par la victime, il est vécu comme une remémoration de l'événement. Pour ces auteurs, le souvenir était déjà présent mais la personne lui attribue une signification nouvelle. Notons, à nouveau, que cette théorie prend peu en considération l'impact du traumatisme chez le jeune enfant.

Enfin, la résurgence des souvenirs peut avoir lieu au sein d'une thérapie (Salmona, 2014 ; McNally, Clancy & Barrett, 2004 ; Brewin & Andrews, 1998) et, notamment lorsque la personne est en hypnose. Josse (2014) explique d'ailleurs cela par le fait que l'hypnose positionne la personne en état modifié de conscience et diminue ainsi son état de vigilance. La véracité des souvenirs retrouvés fait pourtant controverse, principalement lorsque ceux-ci réapparaissent au cours d'une séance thérapeutique. Nous y reviendrons.

3.1.7. Le ressenti/le vécu de la victime suite à la prise de conscience du traumatisme

Dans un premier temps, le retour des souvenirs amnésiés est particulièrement violent pour la victime. Les émotions et sensations associées au traumatisme la heurtent de plein fouet et s'accompagnent d'un effroi considérable (Salmona, 2013, 2017). La personne est dépassée par ces sentiments d'horreur imprévisibles et cela entraîne un sentiment de détresse et une souffrance sans nom (Salmona, 2017 ; Tomasella cité par Cattan, 2011 ; McNally, 2007).

Dès lors, comme cela peut être le cas après un traumatisme et en l'absence d'amnésie traumatique, la victime peut se trouver dans un tel état d'agitation et d'angoisse que celui-ci peut être confondu avec des bouffées délirantes (Salmona, 2017). Très souvent, les reviviscences sont associées à des hallucinations. Ainsi, les victimes ne sont pas toujours crues ou sont considérées comme présentant des symptômes psychotiques. Elles ne reçoivent alors pas toujours l'aide adéquate.

Aussi, les victimes ne sont pas toujours capables de distinguer elles-mêmes les faits réels de l'imaginaire. Elles peuvent ne pas se croire, avoir l'impression qu'elles n'auraient jamais pu oublier leur traumatisme. Le doute quant aux souvenirs est très présent. Certaines personnes restent aussi avec des lacunes importantes dans la remémoration des souvenirs.

Selon McNally (2007), environ un tiers des victimes développeraient un PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) après avoir pris conscience du traumatisme subi. Pour cet auteur, l'apparition du trouble serait en lien avec la compréhension de l'expérience traumatique. Salmona (2017) ajoute que des risques suicidaires peuvent également succéder à la levée d'amnésie.

Toutefois, dans un second temps, la levée de l'amnésie présente des avantages non négligeables. En effet, la personne reprend du contrôle sur son traumatisme et peut progressivement, se réapproprier son histoire en la complétant des éléments manquants (Fohn, 2011). Elle produit un récit de son histoire avec davantage de détails et de cohérence (Fivush, 2004). Cela améliore la compréhension que la personne a d'elle-même et procure une meilleure estime de soi. Elle peut également bénéficier d'un soutien social plus important et commencer un travail autour de ses blessures (McNally et al., 2004). Par la suite, davantage d'émotions positives sont présentes et contribuent au mieux-être de la victime. En général, les personnes ont d'ailleurs tendance à attribuer une valeur positive à la résurgence des souvenirs (McNally et al., 2004).

Ainsi, bien que le retour des souvenirs amnésiés soit une étape difficile pour les victimes d'événement traumatique, cela semble avoir des conséquences positives sur leur bien-être ultérieur.

3.1.8. La prise en charge

3.1.8.1. *Les faux souvenirs*

Comme vu précédemment, l'espace thérapeutique peut être un lieu favorable à la levée d'amnésie. Pourtant, la véracité des souvenirs retrouvés, notamment au cours d'une thérapie fait débat.

En effet, nombre d'auteurs estime que la résurgence fait suite à la suggestion (Loftus, 2003 ; Carroll, 2016, Brenneis (1999) cité par Bohleber, 2007). Les souvenirs sont considérés comme inexacts par ces auteurs qui affirment l'impossibilité de les vérifier (Brenneis, 1999, cité par Bohleber, 2007). Pour Schacter (2003), les faux souvenirs entraînent une vulnérabilité importante qui accroît les reconnaissances erronées d'associés sémantiques. Ceci signifie que la personne identifiera des liens avec ce qu'elle pense être un souvenir qui lui est propre. Comme vu précédemment, l'association, « The False Memory Syndrome Foundation » s'est d'ailleurs créée afin de soutenir les personnes victimes de dénonciation faisant suite à des faux souvenirs ou fausses accusations. Pour cette association, des événements traumatiques ne peuvent pas être oubliés et, dès lors, les souvenirs recouverts en après-coup sont forcément erronés (FMSF, 2006-2017).

D'autres auteurs, en revanche, maintiennent que les faits retrouvés par les personnes, de quelque manière que ce soit, ont réellement eu lieu (Salmona, 2013b ; Brewin & Andrews, 1998). Les souvenirs sont fiables et il a été démontré qu'ils pouvaient être validés par d'autres personnes (Peace et al., 2008 ; Bohleber, 2007 ; Brewins & Andrews, 1998 ; Williams, 1995). Pour Judith Herman, les mensonges d'enfants concernant des abus subis représenteraient une faible proportion. Elle les situe entre 2 et 8 pour cent. En revanche, il arrive régulièrement que l'enfant se rétracte ou dénie, notamment sous la pression. Hopper (2015, cité par Salmona, 2015) s'est également opposé aux propos de « The False Memory Syndrome Foundation » en démontrant par plusieurs études l'inexactitude des résultats publiés par cette association.

La création de cette fondation pose d'ailleurs question. Lorsque l'on s'intéresse au site

« Dondevamos », qui partage les aberrations, incohérences et dissimulations en lien avec des crimes perpétrés sur des victimes, l'émergence du concept de faux souvenirs y est reprise et explicitée. Bien qu'il s'agisse d'un des sites les plus controversés du net, il semble judicieux d'en reprendre quelques propos. La FMSF émerge dans les années 90, à la suite d'accusations d'agressions sexuelles et sataniques sur les enfants. Certains des fondateurs étaient d'ailleurs eux-mêmes accusés de pédophilie. Il y a un rejet massif des accusations de la majorité des victimes, principalement lorsqu'elles concernent des rites sataniques. Depuis la création de la FMSF, les familles rejoignant la fondation ont augmenté en nombre et maintiennent l'existence des faux souvenirs. Le site « Dondevamos » affirme également que la fondation est financée et infiltrée par la CIA. Elle-même protégerait des crimes importants et les personnalités qui les perpétuent.

De même, à la même période, le Syndrome d'Aliénation Parentale (SAP) est mis en avant par Richard Gardner (1983). Cet auteur affirme qu'un des parents, l'aliénant, accuse faussement l'autre parent, l'aliéné, d'agressions sexuelles sur leur enfant. L'enfant lui-même pouvant adhérer à ces propos et porter de fausses accusations contre le parent aliéné. Gardner va plus loin en affirmant qu'il est d'ailleurs possible que l'enfant croie même avoir été victime d'abus de la part de son parent, pourtant innocent. Cet auteur, pourtant, valorisait la pédophilie et n'estimait pas que cela pouvait être traumatisant pour un enfant. La création de son concept n'avait d'autre utilité que celle de protéger les abuseurs (Creus Ureta, 2007 ; Patric, 2016).

Ainsi, un nombre important de victimes, principalement d'agressions sexuelles et de tortures ne sont pas crues. Les témoignages de victimes dont l'affaire a été étouffée ou qui ont été accusées de mentir ou de présenter des faux souvenirs sont nombreux. Le concept de faux souvenirs peut notamment avoir pour utilité de protéger les actes criminels et les auteurs de telles atrocités. Dès lors, ces associations semblent être peu légitimes. En effet, même s'il était possible que des faux souvenirs se créent chez une personne, il est malgré tout important, de rester au côté de la victime et de l'accompagner dans ses croyances et ses souffrances sans remettre en doute son histoire.

3.1.8.2. L'importance de la prise en charge

Souvent, la personne consulte par mal être et lors de retour de souvenirs, le thérapeute se doit d'aider le patient. En effet, le fait de ne pas croire à ce qu'il vit ou a vécu laisse souvent la personne sans l'aide dont elle a besoin. De plus, pour Salmona (2009), c'est principalement par la prise en charge psychothérapeutique que la mémoire traumatique peut être traitée.

Ainsi, la prise en charge suite ou lors de la levée d'amnésie peut notamment aider les victimes à éprouver du soulagement, à mettre du sens à leur histoire et à mieux se comprendre (Salmona, 2008). Selon cette auteure, il convient de réexplorer, avec la victime, les violences subies et de comprendre les liens entre celles-ci et les symptômes. De cette manière, le patient pourra, progressivement reconstruire chronologiquement l'histoire de son traumatisme et trouver du sens à ses symptômes et à son fonctionnement. Ceci pourra, dans un second temps, permettre de créer des représentations et intégrer l'événement traumatique en mémoire autobiographique. Pour ce faire, il est essentiel de créer un lien de confiance dans un cadre sécurisant. Il s'agit, en effet, d'un aspect qui a manqué à la victime lors du trauma. Pour Ferenczi (1909), la prise en charge permet à l'individu une prise de conscience et l'autorise à sortir des symptômes.

Dès lors, les souvenirs amnésiés ont un impact non négligeable sur la vie des personnes. Pour certains, il est essentiel de donner du temps à la personne dans la récupération des souvenirs car si elle présente une amnésie complète, c'est qu'elle a encore besoin de se protéger (Amant, 2015). Pour d'autres, il convient de les aider à retrouver les souvenirs pour pouvoir les traiter. Ceci doit toutefois se faire progressivement et en respectant le rythme de la personne. Il ne faut pas forcer le retour du souvenir mais accompagner la levée de l'amnésie pas à pas.

L'hypnose, notamment, permet la résurgence des souvenirs et accompagne le patient lors de ce retour. Toutefois, c'est également ce type de prise en charge qui est particulièrement visé par la controverse concernant l'induction de faux souvenirs. Il est vrai, l'hypnose utilise continuellement des « faux souvenirs ». Ceci n'empêche toutefois pas le patient d'en avoir conscience et de distinguer le réel de l'imaginaire. Il convient, dès lors, de présenter plus en détails la méthode PTR et ce, notamment autour du concept d'amnésie traumatique.

3.2. L'hypnose conversationnelle stratégique - PTR

3.2.1. Objectifs

La PTR a pour but de désensibiliser les traumatismes psychologiques. Aussi, par la désensibilisation du trauma, la PTR favorise la diminution voire la suppression des symptômes.

Elle a pour objectif d'aider la victime à changer notamment ses cognitions de culpabilité et de

honte. En effet, toutes deux sont particulièrement présentes à la suite d'un traumatisme et interfèrent dans la vie entière de la victime. Le fait que la personne parvienne à se débarrasser de ces cognitions peut être considéré comme un indice de guérison du traumatisme.

Elle permet à la personne d'acquérir un contrôle sur ses sensations et ses émotions et à utiliser les protections dissociatives ayant notamment eu lieu lors du trauma.

3.2.2. Principes

L'hypnose conversationnelle stratégique PTR repose sur différents principes.

- Elle résulte de l'utilisation de l'imagination de l'individu et de sa mémoire. En effet, la personne modifie, dans son imaginaire, ses expériences traumatiques afin de les désensibiliser.
- La PTR considère que le cerveau est « bête ». Ce principe signifie que lors de l'hypnose, ce que la personne va modifier de ses expériences traumatiques dans son imaginaire, tout en ayant conscience que cela n'a pas eu lieu, le cerveau le vivra comme si cela s'était produit. Le cerveau ne distingue pas le réel et l'imaginaire.
- La personne reste consciente de ce qui est nommé et a lieu lors de l'hypnose.
- L'individu et l'hypnothérapeute sont égaux. Il n'est pas question d'envisager une position forte ou savante dans la relation. En effet, la PTR se base sur le principe que le thérapeute fait de l'hypnose avec le patient et non pas pour ou sur celui-ci. Il s'agit d'un travail de collaboration où le thérapeute guide le patient qui travaille activement lors de sa prise en charge.
- Elle se passe sans douleur pour la personne en état de conscience modifié. En effet, la PTR évite les reviviscences douloureuses. Les reviviscences sont, dans le quotidien de la personne, source de souffrance perpétuelle et doivent donc être empêchées lors de l'hypnose. Il importe de garder un cadre sécurisant et confortable ou d'y revenir si celui-ci commence à faire défaut.
- La Psychothérapie du Trauma Réassociative considère que des phénomènes hypnotiques apparaissent lors de l'événement traumatique en tant que défenses

dissociatives.

- Il est important d'insister sur le fait qu'en aucun cas, le thérapeute use de la suggestion ou de la confusion. En effet, un des principes fondamentaux de l'hypnose conversationnelle stratégique PTR est de laisser le patient actif dans son processus de guérison et lui permettre d'essayer et de refuser ce qui peut être proposé au cours de l'hypnose.

3.2.3. Méthodes

Préalablement, il convient que l'hypnothérapeute explique au patient ce qu'est exactement l'hypnose. La plupart des personnes ont des idées préconçues de ce phénomène. Elles se basent notamment sur ce qui est présenté lors des grands shows démonstratifs de l'« hypnose ». Il convient notamment de leur expliquer la différence entre la PTR et ce genre d'hypnose. L'hypnothérapeute offre des explications au patient de ce dont il a connaissance, notamment tout ce qui a trait au traumatisme et aux symptômes. Ce partage est favorable à l'apaisement de la personne, à la relation égalitaire et à l'alliance thérapeutique.

L'hypnose conversationnelle stratégique positionne le patient en état modifié de conscience au cours duquel il converse avec le praticien (Brassine, 2015). Par la discussion, la personne peut décrire ce qu'elle vit, ses émotions et émettre des propositions. Il s'agit donc d'une hypnose active. A aucun moment le patient n'est passif durant le processus.

L'état modifié de conscience, quant à lui, correspond au vécu possible de la victime lors d'un événement traumatique et serait à la base de l'état de stress post-traumatique. Le retour à cet état permettrait, dès lors, de le localiser et de le désensibiliser (Cheek, cité par Brassine, 2015). L'état de conscience modifié permet au patient de récupérer une maîtrise de son système nerveux autonome et de ses symptômes.

Ainsi, lors du traumatisme, la personne peut vivre des phénomènes dissociatifs. Il s'agit de défenses, ayant pour but de protéger l'individu de ce qu'il est en train de vivre. Parmi celles-ci, on retrouve le plus couramment l'anesthésie (physique et émotionnelle), la catalepsie, la dissociation et la dépersonnalisation, telles que nous avons pu les décrire précédemment. Ces phénomènes sont des défenses hypnotiques qui, ensuite, font partie des symptômes de l'état de stress post-traumatique. Ces protections peuvent être utilisées en hypnose en tant que compétences et pour désensibiliser le trauma. La personne peut ainsi se réapproprier ces

protections dissociatives en les expérimentant lors de l'hypnose.

Durant la Psychothérapie du Trauma Réassociative, le thérapeute est directif. Il invite le patient à se centrer sur ses sensations corporelles et émotions, à les ressentir et à les intensifier. Il propose diverses modifications métaphoriques et expériences à la personne. Il convient, en effet, de modifier n'importe quoi, ce processus permettant la désensibilisation. Prenons pour exemple une personne qui, lors d'un accident de voiture, renverse et tue un passant. Ce souvenir traumatique peut être modifié sous hypnose de différentes manières. Par exemple, le patient peut revivre l'accident et ne plus renverser le patient ou le renverser mais lui apporter les soins nécessaires à sa guérison, etc.

Afin de réaliser le parallèle avec la notion de faux souvenirs, notons que l'hypnose crée constamment des faux souvenirs. Des événements, des cognitions, des aspects de vie entière sont modifiés, recréés avec le patient. Toutefois, celui-ci reste conscient de ce qu'il a réellement vécu et du travail qui s'est réalisé en hypnose. La création de faux souvenirs n'est donc pas possible dans ce cadre. Le but est bien de désensibiliser le traumatisme en se basant sur l'idée que le cerveau, lui, ne distingue pas le réel et l'imaginaire.

Le patient est également invité à refuser les propositions lorsqu'elles ne conviennent pas ou sont douloureuses et à en proposer d'autres. Il s'agit d'un aspect important de la collaboration et cela doit être annoncé au patient dès le début de la psychothérapie. Le praticien doit s'adapter au patient et non l'inverse. Ce dernier garde ainsi le contrôle et une responsabilité face au travail qu'il entreprend. Il maîtrise donc ses sensations et émotions et reprend le contrôle sur celles-ci (Brassine, 2015).

La PTR considère que le traumatisme doit être désensibilisé de la partie la moins douloureuse à la plus douloureuse. Cette désensibilisation se fait au moyen des ressources du patient et de ses protections dissociatives. Les éléments du traumatisme sont progressivement modifiés et incorporés. Le thérapeute, de son côté, encourage régulièrement le patient dans son travail.

Il est à noter que la PTR met le patient au travail et nécessite de sa part beaucoup d'énergie. Le patient sort souvent de l'hypnose épuisé et vidé. Ce type de prise en charge est considéré comme une thérapie brève. Un événement traumatique peut être désensibilisé en quelques séances. Toutefois, selon les situations, la prise en charge peut, bien sûr, durer plusieurs années.

Aussi, il arrive qu'au cours de la thérapie, de nouveaux symptômes apparaissent ou que les

symptômes actuels s'accroissent. Ceci, bien que pouvant initialement paraître inquiétant pour le patient, peut s'expliquer aisément. Le symptôme est l'expression du traumatisme et est relié à des affects importants. Lorsque, au cours de la thérapie, patient et thérapeute s'approchent des émotions, les symptômes peuvent avoir tendance à augmenter afin de protéger la personne de ses ressentis. Une augmentation des symptômes ou une apparition de symptômes nouveaux est donc systématiquement en lien avec une émotion importante liée à un ou des aspects du traumatisme.

3.3. L'amnésie traumatique et l'hypnose conversationnelle stratégique – PTR

3.3.1. L'utilisation de la méthode en lien avec l'amnésie traumatique

L'amnésie dissociative est considérée comme une protection hypnotique face aux émotions intenses et au manque de sens vécus par la personne lors de l'événement traumatique. L'amnésie est une défense contre la douleur du souvenir. Brassine amène que les levées d'amnésie sont fréquentes lors du travail en hypnose et peuvent concerner tant de petites amnésies, des amnésies partielles que des amnésies plus importantes ou amnésies totales. Ces dernières ont davantage lieu lorsque le traumatisme a débuté dans l'enfance. Cela semble rejoindre les auteurs précités (Salmona, 2013a ; Peace, Porter & Brinke, 2008 ; Kraft, 2004 ; Porter & Birt, 2001)

La Psychothérapie du Trauma Réassociative est favorable aux levées d'amnésie. Il est question de favoriser la levée de l'amnésie en douceur tout en offrant un cadre sécurisant et protecteur à la personne (Brassine, 2015). Les levées d'amnésie dans un état de conscience modifié se font, dans la mesure du possible, sans douleur et permettent de désensibiliser les symptômes.

En interrogeant la manière dont l'oubli survient à la suite d'événements traumatiques, Brassine partage des témoignages de victimes de trauma répétitifs qui font part d'un oubli immédiat des atrocités vécues dès que celles-ci prennent fin et ce, jusqu'à ce qu'elles recommencent. Les victimes peuvent également partager leurs tentatives d'évitement telles que le refuge dans les études.

Plusieurs portes d'entrée sont susceptibles de déboucher sur un travail de levée d'amnésie en PTR.

- Certaines personnes retrouvent des souvenirs traumatiques préalablement à la prise en charge. Elles viennent ensuite en séances pour désensibiliser le trauma. Elles peuvent également poursuivre le travail de levée d'amnésie durant l'hypnose. En effet, il arrive régulièrement que les premiers souvenirs d'un traumatisme retrouvés ne soient que la partie émergente de l'iceberg.
- Une autre porte d'entrée à la Psychothérapie du Trauma Réassociative concerne les symptômes. Les personnes peuvent ressentir un mal-être, une culpabilité, etc. sans en connaître l'origine ou avoir un doute quant à ce qui a pu se passer dans leur vie. D'autres personnes souffrent de problèmes psychosomatiques. Les maladies psychosomatiques telles que la fibromyalgie peuvent être à la base de traumatismes importants chez l'individu. Des douleurs physiques peuvent être des marques du traumatisme sans que la personne ne parvienne à les mettre en lien avec celui-ci. La douleur permet notamment une mise à distance de l'émotionnel. Dès lors, bien souvent, lorsque la douleur diminue sous hypnose, les émotions resurgissent et les souvenirs qui y sont associés sont également susceptibles de se manifester. Les douleurs psychosomatiques peuvent être considérées comme un mécanisme hypnotique.
- Enfin, il est également possible qu'une personne ayant vécu un événement traumatique sous substances chimiques parviennent à retrouver les faits lors de séances de PTR. A ce sujet, Brassine explique dans son article (2015) comment une personne peut retrouver les souvenirs malgré l'usage de stupéfiants. Ainsi, l'état modifié de conscience engendré par l'hypnose correspond à l'état vécu par la personne alors qu'elle se trouvait sous l'effet des drogues. La substance a entraîné, chez la personne, diverses peurs et sensations (engourdissement, vue troublée, paralysie, anesthésie, etc.). L'hypnose va permettre à la personne de se centrer sur ces expériences vécues au moment de l'agression ainsi que d'utiliser les protections dissociatives explicitées précédemment. C'est par ce biais que les remémorations peuvent avoir lieu et permettre ensuite une désensibilisation du trauma.

L'hypnothérapeute explique et répète systématiquement à la personne que l'oubli est présent pour une bonne raison. Cette raison concerne bien entendu la protection du patient.

Lors du travail en hypnose, les souvenirs amnésiés ne reviennent pas complètement immédiatement. Bien souvent, la personne visualise des détails du traumatisme mais pas

celui-ci dans sa globalité. L'amnésie étant une protection face au trauma, la personne n'est pas forcément prête à retrouver immédiatement l'ensemble du traumatisme et ceci est géré par son inconscient. En effet, l'individu récupère les détails traumatiques suivant la menace qu'ils constituent. Que la personne récupère ses souvenirs via la PTR ou via d'autres stimuli de rappels, les souvenirs les moins dangereux sont généralement retrouvés en premier jusqu'à l'apparition des souvenirs les plus menaçants. Cet aspect est particulièrement respecté en PTR.

Durant l'hypnose, le thérapeute encourage le maintien de l'amnésie sur les aspects qui doivent encore être actuellement oubliés. Le thérapeute souligne également à la personne qu'il arrive régulièrement que l'amnésie s'étende à des aspects, des détails qui ne devaient pas nécessairement être oubliés. Il avance alors penser que l'oubli n'est plus nécessaire pour la personne. Aussi, il permet au patient d'oublier à nouveau un souvenir qui serait réapparu trop rapidement. Toutes ces méthodes favorisent l'émergence des souvenirs.

Dans les levées d'amnésie, le principe de zéro douleur, propre à la PTR, est parfois difficile à respecter. En effet, les patients, en transe profonde, sont ramenés au traumatisme et se mettent à revivre des aspects du traumatisme. Il est essentiel de cumuler les protections dissociatives et d'utiliser les souvenirs positifs afin de créer une bulle protectrice autour de la personne. Cela lui permettra d'accueillir avec le moins de douleur possible, la résurgence des souvenirs.

Dès qu'un souvenir ou des aspects d'un souvenir apparaissent, il est question d'opérer à des modifications et de les désensibiliser. Parfois, plusieurs séances sont nécessaires pour désensibiliser un souvenir. En effet, différents aspects du souvenir peuvent avoir besoin d'être travaillés. Lorsqu'une personne a vécu des agressions répétées durant une longue partie de sa vie, il est parfois nécessaire de revisiter sous hypnose l'intégralité de ce qu'elle a subi pour opérer aux modifications, transformations et créations nécessaires à la désensibilisation. Cela nécessite donc un long travail.

Durant le travail, la personne se questionne souvent sur la véracité de ce qui réapparaît. Elle peut avoir l'impression qu'il s'agit d'un faux souvenir et qu'elle invente. Il est nécessaire et important d'utiliser cette impression car celle-ci protège le patient.

Lorsque l'entièreté du traumatisme n'est pas découvert et que la personne en possède des fragments, elle peut commencer à avoir des cognitions erronées quant au traumatisme subi. Il est important d'y être vigilant et de le nommer. Prenons l'exemple réel d'une dame ayant le

sentiment d'avoir été abusée lors de son enfance. Lorsqu'elle entame le travail d'hypnose, elle ne possède que cette impression d'abus. Cette dame a également eu une enfance peu facile, aux prises avec un père inadéquat qui pouvait user de violences psychologiques et physiques. La levée d'amnésie s'opère lentement en hypnose et la patiente commence à obtenir des informations quant à certains aspects de son traumatisme. Les agressions sexuelles se confirment et elle obtient des détails de celles-ci. L'identité de son agresseur reste toutefois, dans un premier temps, encore inaccessible. Celle-ci commence à penser qu'il pourrait s'agir de son père et cette pensée persiste un temps. Au décours des séances, elle découvrira ensuite l'identité de son agresseur, qui était en réalité un voisin. Ses cognitions n'ont pas empêché d'obtenir les informations réelles du traumatisme lorsque son inconscient le lui a permis. Le thérapeute se doit toutefois d'inviter le patient à rester prudent quant aux conclusions hâtives qu'il pourrait s'imaginer et envisager avec le patient les explications qui pourraient le pousser à de telles conclusions.

Une fois la levée d'amnésie aboutie, la personne a souvent le sentiment d'avoir toujours été au courant de ce qu'elle avait vécu et ne questionne plus la véracité de ses propos. Elle parvient aisément à différencier le réel de l'imaginaire.

Le thérapeute peut considérer que la levée d'amnésie est aboutie lorsqu'il n'y a plus de symptômes chez le patient.

Lors de notre rencontre, Gérald Brassine illustre, par un exemple, le travail qu'il a pu effectuer avec une jeune fille qui avait oublié un événement traumatique de sa vie. Seuls certains éléments de son histoire seront exposés ci-dessous.

Une jeune fille de 26 ans est en couple avec un homme qu'elle décrit comme idéal. Alors qu'elle avait déjà effectué un travail d'hypnose PTR, elle souhaite de nouvelles séances car son compagnon souhaite s'engager. Depuis lors, elle doute et n'est plus sûre de rien. Au cours d'une séance d'hypnose, un souvenir qui était amnésié lui revient. Elle se revoit à 3 ans, nue devant trois personnes. Certains aspects de ce souvenir manquent et cela est renforcé par le thérapeute qui l'encourage à garder caché ce qui doit encore être oublié. Elle amène que la petite fille qu'elle était a cru, suite à l'agression, qu'elle était enceinte. Dès lors, depuis toutes ces années, cette croyance est restée inconsciemment en elle et n'a jamais pu être traitée. En hypnose, elle permettra notamment l'aboutissement de sa gestation imaginaire, vivra l'accouchement de l'enfant et lui donnera un nom. La jeune fille explique que, sans ce travail, elle n'aurait jamais pu concevoir un autre enfant et aurait continué à fuir toutes les possibilités d'engagement qui s'offraient à elle.

Aussi, dans son article concernant les agressions avec usage de stupéfiants, Brassine (2015) présente trois situations au cours desquelles la PTR a permis une levée d'amnésie et un changement de cognitions chez la victime. Voici l'un de ses exemples :

« Danielle, 32 ans. Elle a depuis des années un caractère d'une grande violence. Elle vient à ma consultation parce que cette violence s'exprime sur son enfant. Elle est depuis toujours pleine d'angoisses et pense qu'elle a raté ses études (etc.) en raison d'un viol qui aurait été perpétré quand elle avait 14 ans. La seule chose dont elle se souvienne c'est que c'était son anniversaire, qu'elle était à la fête qui se déroulait chez son amie. Elle n'a jamais compris comment il se faisait qu'elle s'était réveillée chez elle. Elle a appris par son amie que trois garçons, présents à la fête d' anniversaire, se sont vantés de l'avoir violée.

Travail avec Danielle : Induction d' hypnose conversationnelle et entraînement à quelques phénomènes hypnotiques. Puis, visite "dissociée" de la chambre et du lit sur lequel les trois jeunes violeurs la maintiennent. Elle ne les voit pas, (ce qui correspond à l' expérience des personnes droguées, elles ont les yeux fermés) mais les entend, ils rient et semblent s' amuser beaucoup, elle reconnaît leur voix et peut les identifier sans hésitation. Elle plonge, à mon invitation, dans les sensations engendrées par la drogue qui pourrait être du Rohypnol (?). Elle commence à augmenter ces sensations pour mieux les sentir et ensuite, grâce à cette augmentation réussie, à les diminuer. Elle constate, elle aussi, l' impuissance physique à pouvoir lutter. Mais toute la scène retrouvée lui suffit pour transformer la cognition, et réaliser que : "cela m' est bel et bien arrivé, je ne suis pas folle !". Dans la foulée elle comprend bien des choses sur sa vie et le cortège de symptômes découlant de cette agression. Elle sortira de cette hypnose avec un sentiment nouveau de pardon pour elle-même, pour ses excès émotionnels (syndrome de la victime dite " identifiée à l' agresseur") depuis des années. Danielle perdra quasi immédiatement la grande majorité de ses symptômes (en particulier les angoisses et la violence sur son fils et autres personnes pourtant aimées). Son estime d'elle-même a été restaurée dans la foulée. Des réalisations concrètes dans sa vie professionnelle, entre autres, sont venues confirmer ces changements émotionnels drastiques. »

3.3.2. Le vécu d'une victime

3.3.2.1. *Introduction*

Dans le cours de ce travail, il a été possible de rencontrer une personne ayant vécu une amnésie traumatique et qui a pu réaliser un travail en hypnose conversationnelle stratégique. Des éléments de son témoignage peuvent être mis en lien avec ce qui a été énoncé précédemment.

Valérie, mère de deux enfants, est aujourd'hui âgée de 51 ans. Il y a quelques années, elle a récupéré des éléments de son histoire traumatique qui avait été entièrement amnésiée.

Valérie vient d'une famille très conventionnelle et est la plus jeune enfant d'une fratrie de quatre. A l'âge de trois ans, Valérie a commencé à être gardée par une babysitter. Ses parents l'ont ensuite confiée à cette jeune fille certains week-ends puis trois semaines consécutives. Durant cette période, Valérie a d'abord subi des abus sexuels de la part du frère de sa gardienne. Elle a ensuite été intégrée dans un réseau de pédophilie où elle a vécu des tortures physiques, psychologiques et sexuelles. Celles-ci se sont arrêtées suite au déménagement de sa famille.

3.3.2.2. *Le ressenti de la victime avant d'avoir conscience de son amnésie*

Suite à son traumatisme, le comportement de Valérie a soudainement changé et elle est devenue une fillette craintive, renfermée et isolée. Valérie raconte s'être toujours sentie à côté du monde. Elle décrit comme si une vitre transparente la séparait des autres. L'enfance et l'adolescence ont été les périodes les plus difficiles de sa vie. Incapable d'entrer en contact avec autrui, Valérie était particulièrement rejetée, notamment de sa fratrie.

Valérie explique que très vite, elle a trouvé refuge dans un placard, où elle passait la plupart de son temps. Il s'agissait d'un endroit où elle se sentait en sécurité et où elle pouvait laisser sa créativité s'épanouir. Valérie craignait tout du monde extérieur, excepté le noir. Dès lors, elle a surtout vécu de nuit.

En outre, Valérie a développé des symptômes au niveau alimentaire. Ses nuits ont également été teintées d'angoisse. Bien que particulièrement intelligente, elle ne parvenait pas à s'investir et trouver des intérêts dans les apprentissages. En revanche, elle pouvait trouver son compte

dans des défis à relever.

D'un point de vue sentimental, Valérie n'est pas parvenue à se protéger d'hommes néfastes et le père de ses enfants s'est avéré être un homme empli de souffrances et de violences.

Devenue restauratrice et sculptrice, Valérie confie que ses symptômes apparaissaient également dans ses œuvres. Valérie prenait un temps incroyable à sculpter des visages d'enfants, qu'elle détruisait systématiquement sans s'en apercevoir. Elle était, de plus, incapable d'attribuer un prix aux œuvres qu'elle avait créées afin de pouvoir les vendre.

Ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, malgré l'amnésie traumatique, des symptômes se développent et des émotions intenses et négatives sont présentes. Toutefois, il n'est pas possible pour la personne de les mettre en lien avec le vécu traumatique. Celui-ci a été amnésié et Valérie, peut-être notamment pour continuer à oublier, a trouvé, toute sa vie, un refuge dans l'art.

3.3.2.3. *La levée d'amnésie*

La levée d'amnésie de Valérie a été progressive. Elle raconte que ses nuits ont été davantage agitées et source d'angoisse. A son réveil, Valérie se levait avec des certitudes quant à ses agressions. Les phases entourant le sommeil sont, en effet, des périodes au cours desquelles l'état de vigilance diminue et qui permettent des levées d'amnésie.

Lorsque Valérie tente d'expliquer ce qui, selon elle, a provoqué le retour des événements, Valérie amène que ses enfants étaient en âge de quitter le domicile familial et ont commencé à vivre leur vie. Ce changement dans sa vie lui a notamment permis une centration sur elle-même. Lorsqu'elle parle de l'amnésie, Valérie décrit comme si elle avait mis un couvercle sur son traumatisme et qu'elle avait pu, à ce moment, l'enlever. On retrouve ici la notion de la protection et le fait que cet oubli avait toutes les raisons de persister. En effet, elle était, à ce stade, apte à prendre soin d'elle-même et à accueillir ces souvenirs traumatiques.

Valérie n'a, initialement, pas eu accès aux souvenirs mais plutôt à des certitudes. De plus, tous les éléments ne lui sont pas revenus immédiatement. Elle a, dès lors, très rapidement décidé d'entamer une Psychothérapie du Trauma Réassociative.

3.3.2.4. *La prise en charge*

Valérie partage que sa thérapie au moyen de l'hypnose conversationnelle stratégique PTR est un long travail qu'elle a entamé depuis quelques années maintenant. Auparavant, elle s'était essayée à d'autres types de prise en charge dont notamment une psychanalyse et de l'hypnose dans laquelle elle était davantage passive. Elle confie que ces types de thérapies ne convenaient pas à sa problématique étant donné qu'elle n'arrivait pas à percevoir les raisons et l'étendue de son mal être.

Au moyen de la PTR, Valérie a pu retrouver, petit à petit, davantage de précisions dans ses souvenirs et désensibiliser progressivement les aspects de son traumatisme.

Lorsqu'elle est interrogée sur la possibilité de faux souvenirs, Valérie explique penser que la PTR ne peut en induire. En effet, selon elle, le patient est tellement actif et dans le droit de refuser ce qui lui est proposé par le thérapeute que rien ne peut venir de l'extérieur. Elle ajoute qu'elle aurait pu envisager que l'hypnose qu'elle avait entamée précédemment puisse induire des faux souvenirs car elle se sentait trop passive dans le processus. Valérie se dit certaine de ce qui lui est arrivée et n'en a jamais douté.

Valérie explique que ses souvenirs lui sont revenus progressivement, du moins douloureux au plus douloureux, tant en ce qui concerne ses certitudes qui venaient à elle que lorsque la levée d'amnésie avait lieu sous hypnose. Ceci confirme, de la sorte, l'aspect théorique que nous avons pu mettre précédemment en avant. Notons que l'évaluation de la charge traumatique d'un événement reste subjectif pour la victime. Les souvenirs d'un aspect des événements traumatiques sont directement désensibilisés et permettent une diminution des symptômes qui y sont liés. Il est cependant parfois nécessaire de travailler plusieurs séances sur un seul aspect d'un des traumatismes subis.

La résurgence des souvenirs a permis à Valérie de davantage comprendre son mode de fonctionnement et certains de ses comportements qui étaient, en réalité, des symptômes. Parmi ceux-ci, citons quelques exemples qu'elle a pu partager.

- Valérie met en évidence avoir toujours détesté manger et, particulièrement de la viande rouge. Les troubles alimentaires ont été présents durant toute sa vie. Durant l'événement traumatique, Valérie avait, en effet, été confrontée à des personnes humaines et des animaux morts.

- Valérie comprend également pourquoi, dans sa vie sentimentale, elle s'est tournée vers un homme particulièrement négatif. Celui-ci était, en réalité, très ressemblant au frère de sa baby-sitter. Ce dernier a exercé sur Valérie, une violence psychologique importante. En plus des abus sexuels et tortures diverses, il mettait Valérie sur un piédestal et en faisait une « victime privilégiée » qui avait à être reconnaissante de ce qu'il faisait pour elle. Valérie a pu, grâce à la PTR, identifier le processus de répétition en jeu dans sa vie sentimentale et s'en extraire.
- Notamment pour son travail, Valérie sculpte des visages d'enfants. Toutefois, auparavant ce travail lui prenait de nombreuses heures. En effet, Valérie pouvait s'apercevoir, après-coup, que lors de moments de déconnexion, elle détruisait ces visages sitôt qu'elle les créait. Valérie a pu mettre en lien ce symptôme avec les morts de nombreux enfants auxquelles elle a assisté. Désormais, Valérie peut identifier les moments plus difficiles lors de ses sculptures et arrêter la destruction de ses œuvres. Elle identifie gagner un temps précieux dans son travail. Pour citer un exemple de désensibilisation de la mort de ces enfants, Valérie raconte avoir notamment pu, sous hypnose, créer un paradis dans lequel elle a pu envoyer, au fur et à mesure, chacun des enfants.
- Aussi, toujours en lien avec sa profession, Valérie décrit qu'elle a une grande difficulté, et ce, depuis longtemps, à donner des prix à ses œuvres. Valérie se souvient désormais avoir été achetée par différents agresseurs. Elle explique, dès lors, qu'attribuer un prix à ses sculptures est comme si elle se donnait un prix à elle-même. Cet aspect, bien qu'amélioré grâce à la PTR, notamment via l'augmentation de l'estime d'elle-même, reste encore difficile actuellement.

Aussi, Valérie comprend désormais pourquoi elle est devenue soudainement une fillette craintive et met du sens à son isolement, au sentiment qu'elle avait d'être étrangère et incomprise du monde et à l'impossibilité d'investir une scolarité.

Dans un premier temps, Valérie souligne les difficultés de la prise en charge. En effet, il s'agit d'un long travail qui lui demande une énergie importante au quotidien. En outre, durant la thérapie, des bégaiements sont apparus violemment et restent présents. Valérie identifie ce symptôme comme lié à des aspects émotionnels du traumatisme encore sensibles et qui doivent être travaillés. En effet, dès qu'une désensibilisation s'opère, Valérie peut discuter des éléments qui étaient traumatiques ou difficiles sans bégayer. Sitôt qu'il existe une charge émotionnelle importante, le bégaiement fait son apparition afin de remettre de la distance avec

l'émotion. Enfin, Valérie souligne également qu'il est difficile de vivre quotidiennement avec la connaissance d'un tel traumatisme.

Dans un second temps, Valérie met en avant les aspects positifs de la prise en charge. En effet, celle-ci lui a permis de donner du sens à l'ensemble de sa vie et de mieux se comprendre. La diminution d'un nombre important de symptômes qu'elle présentait depuis de nombreuses années lui offre un certain apaisement. Le ressenti de culpabilité et de honte a également pu être travaillé.

En outre, Valérie a pu en parler à des personnes de son entourage par la suite qui l'ont crue et l'ont soutenue dans son vécu. Cela lui a permis de trouver une certaine reconnaissance et un sentiment d'appartenance, besoins particulièrement importants chez les victimes d'événements traumatiques.

Ainsi, bien que le retour des souvenirs soit particulièrement difficile, notamment au vu de la connaissance du traumatisme subi, la prise en charge directe au moyen de la PTR présente des avantages non négligeables. La victime identifie la diminution de ses symptômes et l'amélioration que la levée d'amnésie, associée à la prise en charge peut avoir sur son quotidien.

Aussi, la PTR permet d'éviter que le PTSD s'accroisse étant donné que l'hypnose permet une désensibilisation presque immédiate du souvenir qui est retrouvé. La nuance reste toutefois importante étant donné qu'il est possible qu'une séance d'hypnose ne suffise pas à désensibiliser un traumatisme et qu'il faille travailler longtemps sur certaines scènes traumatiques.

Conclusion- Discussion

Pour conclure, l'amnésie traumatique peut être considérée comme l'incapacité à se souvenir d'une expérience traumatique vécue. L'amnésie peut être partielle ou totale c'est-à-dire qu'elle peut concerner un aspect du traumatisme ou son entièreté.

Ce travail a pu mettre en avant les controverses autour du concept d'amnésie traumatique. En effet, certains défendent l'existence du phénomène alors que d'autres le démentent. Ces différentes lectures amènent également les auteurs à avancer des causes différentes au phénomène. En outre, lorsque les souvenirs sont retrouvés, ceux-ci ne sont pas toujours considérés comme vrais. Dès lors, une recherche approfondie concernant l'amnésie traumatique et le vécu des victimes a été réalisée et permet de mettre en évidence différents éléments.

Tout d'abord, l'amnésie traumatique peut être considérée comme étant fréquente. Les études démontrent l'existence d'un nombre impressionnant de personnes ayant oublié des aspects ou l'entièreté d'événements traumatiques. Les témoignages des victimes et thérapeutes ayant été réalisés au cours de ce travail en attestent également. Il semble alors difficilement envisageable de nier l'existence d'un tel phénomène.

Aussi, lorsque l'on s'intéresse aux causes exposées, différents types d'amnésie peuvent être relevés et témoignent de l'existence de l'amnésie traumatique. Nous retrouvons l'amnésie lacunaire, l'amnésie physiologique, l'amnésie psychogène et l'amnésie dissociative.

L'amnésie lacunaire et l'amnésie dissociative sont directement liées aux processus neurobiologiques en jeu lors d'un traumatisme. En effet, face à l'événement traumatique, le système nerveux autonome disjoncté dans un but de protection pour la victime. L'augmentation de la production d'hormones peut entraîner des dommages sur certaines structures cérébrales et causer des amnésies (amnésie lacunaire). Aussi, la disjonction a lieu au profit d'une mémoire émotionnelle dite mémoire traumatique. Celle-ci est à l'œuvre à l'instant même de l'événement traumatique et après qu'il ait lieu. Cette mémoire n'est pas intégrée dans la mémoire autobiographique et envahit l'espace psychique en faisant revivre le traumatisme à l'identique. C'est également parce que la mémoire traumatique est en jeu que la personne vit et revit des phénomènes dissociatifs tels que la dépersonnalisation, la déréalisation, l'anesthésie physique et émotionnelle et la catalepsie, ceux-ci pouvant entraîner l'amnésie traumatique (amnésie dissociative). Ils peuvent également, en thérapie, devenir une

force pour la victime et permettre la levée d'amnésie.

En plus de la dissociation, l'amnésie peut également résulter de processus tels que la répression ou la suppression qui ont aussi une fonction de protection. Ces processus peuvent notamment se retrouver dans les amnésies qualifiées de psychogènes.

Quel que soit le type d'amnésie traumatique, il a été mis en évidence que la mémoire traumatique reste présente. Cela peut aisément rejoindre les difficultés relevées chez les victimes avant qu'elles n'aient conscience de leur amnésie traumatique. En effet, les victimes développent des symptômes et ressentent des émotions négatives intenses sans toutefois parvenir à les lier au traumatisme et à les comprendre. En outre, parmi les difficultés, les symptômes dissociatifs restent également présents. Ces résultats confirment la présence de la mémoire émotionnelle traumatique en cas d'amnésie.

En ce qui concerne la levée de l'amnésie, celle-ci peut avoir lieu dans différents contextes tels que suite à des stimuli de rappels, au cours d'une thérapie ou lorsque le niveau de vigilance de l'individu diminue. Le retour des souvenirs est vécu particulièrement violemment chez les victimes qui présentent alors une agitation et une détresse importantes et peuvent douter d'elles-mêmes. Nous pourrions nous interroger quant à la nécessité d'un retour de souvenirs. Pourtant, dans un second temps, l'amélioration générale de la victime est positive. La personne peut reprendre du contrôle, mieux comprendre ses symptômes et être prise en charge. Celle-ci permet, en effet, d'aider la victime à intégrer le traumatisme.

Cependant, la polémique autour des faux souvenirs fait rage. Ceci semble alors entraîner des conséquences négatives pour les victimes. En effet, la personne peut douter d'elle-même ou craindre de ne pas être crue. Elle peut également éviter d'entamer une thérapie, souvent considérée comme le lieu privilégié de la création de faux souvenirs. Ces aspects empêchent la victime de recevoir l'aide adéquate. Pourtant, encore aujourd'hui, l'existence de faux souvenirs ne peut pas être réellement prouvée. En outre, comment la théorie des faux souvenirs pourrait-elle expliquer le mal-être, les ressentis et les symptômes préalables de la victime ?

En ce qui concerne la prise en charge de la victime, la PTR a été présentée en tant qu'outil pouvant être utilisé en cas de traumatisme et permettant notamment d'accompagner la personne lors d'une levée d'amnésie.

L'hypnose conversationnelle stratégique – PTR est donc une « méthode intégrative de

désensibilisation par imagerie des traumatismes psychologiques ». Comme ce travail a pu le présenter, le patient, en état modifié de conscience, dialogue avec l'hypnothérapeute et est actif dans son processus de guérison. Le but étant de désensibiliser le traumatisme.

La PTR peut être utile tant pour accompagner le patient autour de la levée d'amnésie. En effet, nous avons pu voir que la PTR est propice au retour des souvenirs de la manière la plus douce possible. Elle respecte le rythme du patient quant au retour des souvenirs et lui offre un cadre sécurisant et protecteur.

En outre, ce cadre protecteur est construit avec le patient. Les phénomènes dissociatifs jouent un grand rôle à ce niveau. La PTR utilise donc les symptômes des patients, symptômes dissociatifs ayant été présents également lors du traumatisme. Ceux-ci sont utilisés comme des forces pour le patient, lui permettant de se protéger lors de l'hypnose dans la résurgence de souvenirs comme ils ont pu le protéger au moment du traumatisme. La personne apprend alors à contrôler ces phénomènes et à les utiliser.

La création de faux souvenirs est également utilisée dans le processus de désensibilisation du traumatisme. Bien que modifiant le traumatisme par de nouveaux souvenirs, la personne reste consciente de ce qui lui est réellement arrivé. Toutefois, cela n'aura plus une charge négative puisque le cerveau aura pu le vivre différemment lors de l'état modifié de conscience.

Ainsi la Psychothérapie du Trauma Réassociative consiste en une méthode permettant d'accompagner les personnes dans la prise en charge du traumatisme et, notamment en cas d'amnésie.

Si l'on en croit les rumeurs, le patient en état de conscience modifié est sujet à la suggestion et pourrait croire en une histoire qui n'est pas sienne. Pourtant, la PTR continue de faire ses preuves et aide, quotidiennement de nombreuses victimes qui, avant la prise en charge, ne parvenaient pas à mettre du sens à leurs vécu, ressentis et symptômes.

Il convient ainsi de dépasser les débats pour continuer à encadrer au mieux les victimes. Dès lors, il s'agit surtout de considérer la victime dans sa souffrance et envisager les conséquences que de tels doutes autour de l'amnésie traumatique pourraient avoir sur elle. En effet, la victime a besoin surtout d'être reconnue, considérée dans sa souffrance et prise en charge afin de commencer à marcher vers la guérison.

Bibliographie

A

Amant, C. (2015). *Introduction : Trauma simple et trauma complexe. Partie I - Enjeux conceptuels en psychotraumatologie*. Institut Belge de Victimologie, Bruxelles.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th ed. Text revision): DSM-IV-TR*. Washington: APA

Amstadter, A.B., & Vernon, L.L. (2006). Suppression of neutral and trauma targets: Implications for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4). 517-526.

Anderson, M.C. (2009). Incidental forgetting. Motivated forgetting. In A. Baddeley, M.W. Eysenck & M.C. Anderson. *Memory* (pp. 191-244). Psychology Press : Hove and New York.

Axelrad B. (2015a). La mémoire manipulée- souvenirs refoulés, faux souvenirs et délai de prescription. *Science & Pseudo-Sciences, 312*.

Axelrad B. (2015b). Interview de R. McNally. Quelle est la validité scientifique du refoulement ? *Science & Pseudo-Sciences, 312*.

Axelrad B. (2015c). Interview de S.O. Lilienfeld. Sur quels critères les thérapeutes de la « mémoire retrouvée » basent-ils leur pratique ? *Science & Pseudo-Sciences, 312*.

B

Bass, E. & Davis, L. (1988). *The courage to heal. A guide for women survivors of child sexual abuse*. United States: Collins Living.

Blank, A.S. (1985) The unconscious flashback to the war in Viet Nam veterans: Clinical mystery, legal defense, and community problem. In S.M. Sonnenberg, A.S. Blank & J.A. Talbott (éds). *The trauma of war: Stress and recovery in Viet Nam veterans* (pp.293-308). Washington DC : American Psychiatric Press.

Bohleber, W. (2007) Remémoration, traumatisme et mémoire collective. Le combat pour la remémoration en psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*, 71. 803-830.

Brassine, G. (2015). Viols et agressions sexuelles avec usage de stupéfiants : Traitement PTR (Psychothérapie du Trauma Réassociative). *Hypnose et Thérapies Brève*, 35.

Brewin C.R. & Andrews B. (1998). Recovered memories of trauma: Phenomenology and cognitive mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 18(8), 949-970.

Brière, J. & Conte, J. (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress* 6(1). 21-30.

C

Cattan, N. (2011). *L'avis du psychanalyste Saverio Tomasella. Traumatismes : il faut se souvenir pour renaître*. En ligne <http://www.corsematin.com/article/sante/traumatismes-il-faut-se-souvenir-pour-renaitre>

Carroll, R.T. (2016). *Repressed memory therapy (trauma search therapy)*. Les Sceptiques du Québec. En ligne <http://www.sceptiques.qc.ca/dictionnaire/repress.html>

Conway, M. A. (2006). Memory and desire: Reading Freud. *The Psychologist*, 19(9). 548-550.

Conway, M.A., & Pleydell-Pearce, C.W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288.

Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3). 452-459.

Creus Ureta, M.L. (2007). Gardner et la pédophilie. En ligne <http://sisyphe.org/spip.php?article2790>

Crocq, L. (2007). Stress et trauma. In L. Crocq (Ed), *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Bruxelles : Elsevier Masson.

D

Dalgleish, T., & Yiend, J. (2006). The effects of suppressing a negative autobiographical memory on concurrent intrusions and subsequent autobiographical recall in dysphoria. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(3). 467-473.

Dalgleish, T., Yiend, J., Schweizer, S., & Dunn, B.D. (2009). Ironic effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion, 9*(5). 744-749.

Derouesné C. & Lacomblez L. (2007). Sémiologie des troubles de la mémoire. *Psychiatrie, 10*. 37-115.

www.dondevamos.canalblog.com

Dolan Y. (1996). *Guérir l'abus sexuel et revivre. Techniques centrées sur la solution et hypnose éricksonnienne pour le traitement des adultes*. Bruxelles : Satas.

E

Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4). 319-345.

F

False Memory Syndrome Foundation (FMS) (2006-2017). En ligne <http://www.fmsfonline.org>

Ferenczi, S. (1909). Ferenczi, S. (1909). Des psychonévroses. In S. Ferenczi (Ed.), *Œuvres complètes*. Tome I : 1908-1912 (1968 ed., pp. 57-72). Paris : Payot.

Ferenczi, S. (1932). La répétition littérale indéfiniment répétée – et pas de remémoration. In S. Ferenczi (éd. 1985), *Journal clinique*. Paris: Payot.

Fivush, R. (2004). The silenced self: Constructing self from memories spoken and unspoken. In D.R. Beike, J.M. Lampinen & D.A. Behrend (Eds.). *The self and memory* (pp. 75-93). New York, Hove: Psychology Press.

Fivush, R. & Hudson. J.A. (1990). *Knowing and Remembering in Young Children*. New York : Cambridge University Press.

Flament, F. (2016). *La consolation*. Paris : Editions JC Lattès.

Fohn A. (2011). Traumatismes, souvenirs et après-coup : L'expérience des enfants juifs cachés en Belgique. Thèse de doctorat en Sciences Psychologiques, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

Fohn, A. (2013). Le lien entre émotions et mémoire à partir de l'expérience traumatique. In O. Luminet (Ed.) (2013). *Nouvelles approches en psychologie des émotions*. Bruxelles : De Boeck.

Freud, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (1986 ed.). Paris: Gallimard.

Freud S. (1914). On the history of the psychoanalytic movement. Reprinted (1953- 1974) in Strachey (trans. and ed). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 14. London : Hogarth Press.

Freud (1920, 2010). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Petite bibliothèque Payot.

G

Geraerts, E., McNally, R.J., Jelicic, M., Merckelbach, H., & Raymaekers, L. (2008). Linking thought suppression and recovered memories of childhood sexual abuse. *Memory*, 16 (1), 22-28.

Geraerts, E., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Smeets, E. (2006). Long term consequences of suppression of intrusive anxious thoughts and repressive coping. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10).1451- 1460.

Grey, N., & Holmes, E. (2008). Hotspots in trauma memories in the treatment of post-traumatic stress disorder: A replication. *Memory*, 16(7). 788-796.

H

Harber, K.D. & Pennebaker, J.W. (1992). Overcoming traumatic memories. In M.A. Conway, D.C. Rubin, H. Spinnler & W.A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 359-387). Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers.

Herman J. (1997). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.

Hilgard, E.R. (1977). The problem of divided consciousness: A neodissociation interpretation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 296. 48-59.

Holmes, D. (1990). The evidence for repression: an examination of sixty years of research. In J., Singer (éd). *Repression and Dissociation: Implications for Personality. Theory, psychopathology and health* (pp. 85-102). Chicago, IL: University of Chicago Press.

I

Institut Milton H. Erikson de Belgique Imheb (2017). Hypnose conversationnelle stratégique-PTR. En ligne <https://www.imheb.be>

J

Janet P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps. Leçons au Collège de France*. Paris : L'Harmattan

Josse E. (2014). Les réactions dissociatives péri-traumatiques. En ligne www.resilience-psy.com

Josse E. (2015). *Approche historique du traumatisme psychique : Partie I - Enjeux conceptuels en psychotraumatologie*. Institut Belge de Victimologie, Bruxelles.

K

Kraft R.N. (2004). Emotional memory in survivors of the Holocaust: A qualitative study of oral testimony. In D. Reisberg & P. Hertel (Eds.). *Memory and Emotion* (pp. 347-388). Oxford-New York: Oxford University Press.

L

Lancy C., & Loftus E.F. (2005). Les souvenirs traumatiques ne sont pas forcément précis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50. 823-828.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse* (2007 éd.). Paris : PUF.

Lebigot, F. (2006). *Le traumatisme psychique*. Bruxelles : YAPAKA.

Ledoux, J. (1994). Emotion, mémoire et cerveau, *Pour la Science*, 202. 50-57.

Loftus, E.F. (1998). *Le syndrome des faux souvenirs*. Paris : Editions Exergue.

Loftus, E.F. (2003). Make-believe memories. *American Psychologist*, 58. 867-873.

M

McNally, R.J. (2007). Dispelling Confusion About Traumatic Dissociative Amnesia. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(9),1083-1087.

McNally, R.J., Clancy, S.A., & Barrett, H.M. (2004). Forgetting trauma? In D. Reisberg & P. Hertel. *Memory and emotion* (pp. 129-154). Oxford University Press: Oxford.

McNally, R.J. & Hochmann, J. (2003). Dégonfler les mythes sur les traumatismes et la mémoire. *Canadian Journal Psychiatry*, 50(13).

Michel J. (2011). Peut-on parler d'une politique de l'oubli ? En ligne http://anciensiteusagespublicsdupasse.ehess.fr/fileadmin/PDFarticles/Michel_Johann_.Politiques_de_l_oubli.pdf

Middelton, W., De Marni Cromer, L., & Freyd, J. (2005). Remembering the past, anticipating the future. *American psychiatry*, 13(3), 223- 233.

Modell A. (1990) *Other times, other realities: Towards a theory of psychoanalytic treatment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Myers C.S. (1940). *Shell shock in France, 1914-1918*. Cambridge : Cambridge University Press.

N

Nijenhuis E., Van der Hart O., Steele K., De Soir E & Matthess H. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et trauma. *Stress et Trauma* 6(3).

P

Patric J. (2016). Le « Syndrome d'Aliénation Parentale », un négationnisme validé par les tribunaux français. En ligne : http://www.huffingtonpost.fr/patric-jean/incestre-syndrome-alienation-parentale-negationnisme-tribunaux-francais_b_10257316.html

Peace K.A., Porter S. & Brinke L. (2008). Are memories for sexually traumatic events "special"? A within-subjects investigation of trauma and memory in a clinical sample. *Memory*, 16 (1). 10-21.

Pope, H.G. jr., & Hudson, J.I. (1995). Can memories of childhood sexual abuse be repressed? *Psychological Medicine* 25. 121-126.

Pope, H.G. jr., Hudson, J.I., Bodkin, J.A., & Olivia, P. (1998). Questionable validity of 'dissociative amnesia' in trauma victims. Evidence from prospective studies. *The British Journal of Psychiatry*, 172. 210-215.

Porter S. & Birt, A.R. (2001). Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 15. 101- 117.

R

Roisin, J., (2014). *Droits des victimes et victimologie. Partie II – Aspects psychologiques*. Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

Rovee-Collier, C., & Hayne, H. (2000). Memory in infancy and early childhood. In E. Tulving & F.I. Craik (Eds.). *The Oxford handbook of memory* (pp. 267-282). Oxford, New York: Oxford University Press.

Rubin, D.C., Berntsen, D., & Bohni, M.K. (2008). A memory-based model of Posttraumatic Stress Disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115 (4), 985-1011.

S

Salmona L. (2015). *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Dénis de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes*. Association Mémoire Traumatique et Victimologie (éd).

Salmona M. (2008). La mémoire traumatique. En ligne <http://www.memoiretraumatique.org>

Salmona M. (2009). La mémoire traumatique. Paris : Dunod. En ligne <http://www.memoiretraumatique.org>

Salmona M. (2013a). L'impact psychotraumatique des violences sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre. *La revue de santé scolaire et universitaire* 19(4). 21-25.

Salmona M. (2013b). Violée à 5ans, elle s'en souvient à 37 : avec la terreur, le cerveau peut disjoncter. L'OBS, Le Plus. En ligne <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1090363-violee-a-5-ans-elle-s-en-souvient-a-37-en-cas-de-terreur-le-cerveau-peut-disjoncter.html>

Salmona, M. (2014). Pourquoi les victimes de viol présentent-elles souvent une amnésie ? In *Allo Docteurs, victime de viol : quelle prise en charge ?*. France : France 5.

Salmona, M. (2015a). *Violences Sexuelles. Les 40 questions-réponses incontournables*. Paris : Dunod.

Salmona M. (2016). Ardisson dévoile le nom du violeur de Flavie Flamant : la loi la condamne au silence. L'OBS, Le Plus. En ligne <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1568769-ardisson-devoile-le-nom-du-violeur-de-flavie-flament-la-loi-la-condamne-au-silence.html>

Salmona M. (2017). Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre. In C. Tarquinio (dir). *Pratique de la psychothérapie EMDR*, Dunod, 19. 207-218.

Salmona M. (nd). Troubles cognitifs – Mémoire traumatique et victimologie. En ligne <http://www.memoiretraumatique.org/>

Schacter, D.L. (1996). *Searching for Memory - the brain, the mind, and the past*. New York : Basic Books

Schacter, D.L. (2003). *Science de la mémoire. Oublier et se souvenir*. Paris : Odile Jacob.

Sheflin, A.W & Brown, D. (1996). Repressed memory of dissociative amnesia: what the science says. *Journal of Psychiatry & Law, Summer*. 143-188.

Solomon E.P. & Heide K.M. (1999). Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43. 202-210.

Spiegel D.J. (1995). Memory, trauma and psychotherapy: a cognitive science view. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4. 93-122.

Spiegel D., Frischholz E.J. & Spira J. (1993). Functional disorders of memory. In J.M. Oldham, M.B. Riba & A. Tasman (eds). *Review of Psychiatry*, Vol., 12, (pp.747-782). Washington DC: American Psychiatric Press.

Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K. M., John, O. P., & Gross, J. J. (2009). The social costs of emotional suppression: A prospective study of the transition to college. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(4). 883-897.

I

Tapia G., Clarys D., Isingrini M. & El-Hage W. (2007) Mémoire et émotion dans le Trouble de stress post-traumatique (TSPT). *Canadian Psychology*, 48(2). 106-119. DOI: 10.1037/cp2007012

Terr L.C. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview". *American Journal of Psychiatry*, 148. 10-20.

V

Van der Hart O. et Steele K. (1997) Time distortions in dissociative identity disorder. *Janetian concepts and treatment Dissociation*, 6. 162-180.

Van der Kolk B.A. et Van der Hart O. (1991) The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48. 425-454.

W

Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1). 34-52.

Wegner, D.M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62. 615-640.

Wenzlaff, R.M., & Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51. 59-91.

Williams L.M. (1995). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6). 1167-1176.

Y

Yehuda R. & Ledoux J. (2007). Response Variation following Trauma : A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD. *Neuron* 56.19-32.