

*Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.*

*Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.*

*D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.*

*L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document sur son site :*

*<http://www.hypnose.fr>*



**Laurence MERLE-LAMARRE**

**Université de Bourgogne**

**Diplôme Universitaire : HYPNOTHERAPIE**

**LA DOULEUR CHRONIQUE EN TANT**  
**QUE PARTIE VISIBLE DE L'ICEBERG**  
**DU PSYCHO-TRAUMATISME**

**Dirigé par ANTOINE BIOY**

**Juin 2014**

# SOMMAIRE

<b>I / <u>INTRODUCTION</u></b> .....	3
<b>II / <u>REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX</u></b> .....	5
<b>1 / La DOULEUR</b> .....	5
<b>A / Point de vue cognitif</b> .....	6
<b>B / Point de vue psychosomatique</b> .....	8
<b>C / Point de vue systémique</b> .....	9
<b>D / Point de vue neurosciences</b> .....	10
<b>2 / Le PSYCHO-TRAUMATISME</b> .....	11
<b>3/ L' HYPNOSE</b> .....	15
<b>III / <u>METHODOLOGIE</u></b> .....	18
<b>1 / Le Cadre Clinique</b> .....	18
<b>2 / La Vignette Clinique</b> .....	19
<b>A / Premiers éléments d'Anamnèse</b> .....	20
<b>B / L'Histoire du Trouble</b> .....	20
<b>IV / <u>RESULTATS, DONNEES CLINIQUES ET DISCUSSION</u></b> .....	22
<b>1/ PREMIER ENTRETIEN</b> .....	22
<b>2 / DEUXIEME ENTRETIEN : Introduction de l'Hypnose</b> .....	23
<b>3 / TROISIEME ENTRETIEN : Utilisation de la Suggestion Métaphorique</b> .....	26
<b>4 / QUATRIEME ENTRETIEN « Je vais mieux »</b> .....	28
<b>5 / CINQUIEME ENTRETIEN : « Ma mère se fait du souci pour moi »</b> .....	30
<b>6 / SIXIEME ENTRETIEN : Le Cataclysme</b> .....	31
<b>7 / SEPTIEME ENTRETIEN : Les Bénéfices Secondaires</b> .....	33
<b>V / <u>DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE</u></b> .....	35
<b>VI / <u>CONCLUSION</u></b> .....	40
<b>VII / <u>BIBLIOGRAPHIE</u></b> .....	42
<b><u>RESUME</u></b> .....	44

## **I / INTRODUCTION**

Ancrée dans une perspective intégrative, ma pratique de psychologue clinicienne m'amène à me constituer une palette multi dimensionnelle d'outils thérapeutiques. En effet j'aborde chaque cas clinique au regard de la problématique exposé et de la personne consultante dans sa singularité, et construit le cadre thérapeutique qui me parait le plus adapté à la situation présente. Approches psycho dynamique, systémique, cognitive, psychocorporelle me servent de socle au travail de co-construction que je mets en place au regard de la personne consultante et de la situation qu'elle désire travailler.

La schéma-thérapie de Jeffrey E. Joung m'a séduite au début de mon installation en cabinet libéral car je me sentais libre de travailler plus particulièrement l'émotionnel, le cognitif ou le comportemental selon les cas à traiter.

Par ailleurs, je pratiquais parfois la relaxation chez certains patients pour qui une approche corporelle dans le cadre de gestion des émotions semblait indiquée. La combinaison du travail émotionnel tel que l'entend Joung à savoir un travail de visualisation avec déclenchement des schémas par l'imaginerie pour comprendre leur origine, couplé avec les techniques de relaxation type training autogène de Schultz m'ont fait m'intéresser très rapidement à l'hypnose.

Mais cette approche m'avait déjà séduite lors de mes études en Master 2 à Paris VIII au travers les interventions et les échanges avec Madame Corinne Antoine qui fut mon directeur de Mémoire. Par ailleurs les travaux de Toby Nathan professeur émérite à Paris VIII durant mes études m'ont éclairés sur les diverses croyances, coutumes, sur l'importance de la réintroduction des différences culturelles dans la prise en charge thérapeutiques et la nécessité de travailler avec les valeurs et croyances du consultant. D'où une remise en question permanente du regard que l'on pose, des présupposés à oublier, et de la créativité à mettre à l'œuvre dans notre travail thérapeutique.

Réévaluer mon rapport au monde est un exercice que j'ai souvent expérimenté dans ma vie professionnelle mais aussi personnelle pour traverser des difficultés ou tout simplement me confronter à une résolution de problème.

A titre d'exemple je peux citer mon vécu de comédienne. Si l'apprentissage des textes est bien entendu fondamental, s'accrocher cognitivement au texte devient vite une catastrophe car l'énergie canalisée pour maîtriser cette « suite de mots » empêche de vivre la situation et donc

altère le processus créatif. Tout comédien a fait l'expérience d'une situation où dix pages de textes ont été omis. Se met alors en oeuvre des « adaptations automatiques » pour réintroduire les informations nécessaires. Et il est inutile d'essayer de comprendre comment les comédiens ont pu revenir, repartir, rajouter, modifier pour mieux donner. Ils seront consciemment incapable de donner une explication. Mais le fait est là. Le public comme les comédiens ont vécu une autre expérience et la pièce a fonctionné. Que se passe t'il dans ces moments que l'on nomme « le miracle de la scène » ? Avant tout une hyper-vigilance et une relation particulière avec le public. Se sentir voler. Se sentir flotter. Voici les perceptions qui accompagnent l'interaction public-comédien lorsque le mouvement créatif est à l'œuvre. Donner et recevoir. Inventer pour mieux donner. Imaginer pour créer le partage. La scène est-elle un lieu de transe hypnotique ? Ou d'état de veille généralisée au sens de Roustang ? « *L'intense présence du thérapeute qui est prête à se saisir de n'importe quoi pour réanimer une existence, fait de lui un acteur préposé à la mise en lumière des personnages qui passent sur la scène* » (Roustang, Qu'est-ce que l'hypnose, 2013, p 181). Ce pourrait être un sujet de mémoire.

Mais j'ai pris l'option d'exposer une situation clinique car mon intérêt pour l'hypnose et ma décision d'intégrer un D.U. d'hypnothérapie est en lien avec l'apprentissage d'un outil supplémentaire me permettant de répondre efficacement aux souffrances des personnes venant consulter.

Mon activité en cabinet libéral est très diversifiée. Et je compte utiliser l'hypnose dans des domaines aussi variés que la gestion des émotions, la douleur ( je fais partie d'un réseau d'oncologie et je suis en train de rejoindre un réseau « urgences mains »), les traumatismes psychiques (j'ai une spécialité en psycho-criminologie et victimologie) et les addictions en particulier addiction alimentaire ( formée pour les troubles des conduites alimentaires à l'institut Montsouris et ayant rejoint un réseau « obésité »).

La situation que j'ai choisi d'exposer dans ce mémoire est au carrefour de la douleur chronique et du psycho-traumatisme sur fond de répercussions anxieuses et dépressives. C'est sa complexité qui a retenu toute mon attention. J'aurais pu retenir des situations plus simples avec lesquelles j'ai obtenu rapidement de bons résultats avec l'hypnose mais j'ai préféré m'attarder sur cette situation un peu complexe qui m'invite à mettre en place une stratégie thérapeutique afin de permettre à plusieurs axes de travail de pouvoir se combiner dans un travail créatif.

L'hypnothérapeute devant co-construire avec le patient des chemins d'accès au changement,

j'ai pris le parti de m'attarder sur ce suivi, en cours de prise en charge au moment où je rends ce mémoire, afin de mieux mesurer l'efficacité de l'outil thérapeutique qu'est l'hypnose. Je vais donc présenter le cas de Lise dont le tableau clinique m'a inspiré le titre de ce mémoire « La douleur chronique en tant que partie visible de l'iceberg du psycho-traumatisme ».

## **II / REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET**

### **PROBLEMATIQUE**

#### ***1 / LA DOULEUR***

L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) donne une définition de la douleur proposée par Merkey en 1979 qui mérite une lecture attentive : « *Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion* ». C'est sur cette définition que nous nous appuyons essentiellement car elle a l'avantage de laisser une grande part à la subjectivité en ouvrant sur le caractère multidimensionnel des processus en jeu dans les domaines physiologique, sensoriel, affectif, comportemental, cognitif et socio-culturel. Cette définition de l'IASP s'inscrit dans une approche bio-psycho-sociale où la douleur n'est pas simplement une expérience solitaire à l'interaction du sensoriel, de l'affectif et du cognitif mais inscrite aussi dans une dimension relationnelle et sociale.

La douleur dépend de l'individu qui la vit, de ses représentations, de son histoire, de sa culture. Elle renvoie donc à sa singularité. Il est donc important de garder en tête dans les prises en charge que c'est le patient douloureux qui est au centre et non la douleur. Il est donc primordial d'analyser le fonctionnement relationnel du sujet douloureux et sa façon de communiquer pour mieux appréhender son expérience subjective de la douleur.

Si la douleur aiguë est un signal d'alarme pour le corps et est utile en tant que telle car elle est le témoin d'une lésion ou d'un traumatisme, la douleur chronique n'a pas de sens sur le plan médical car une fois le signal d'alarme de dysfonctionnement donné et après la disparition du trouble causal, il n'y a pas de nécessité que la douleur perdure.

La « *douleur maladie* » se comprend alors comme un dérèglement du système de perception de la douleur.

La douleur aiguë récurrente par ailleurs constitue un domaine d'étude spécifique..

Nous nous intéresserons , dans ce travail, à la douleur chronique associée à une maladie à part entière et non plus à la simple conséquence d'un trouble initial. En effet, l'expérience montre qu'il ne suffit pas de faire disparaître la cause initiale de la douleur pour que cette dernière disparaisse automatiquement. Le rôle de ses conséquences peut devenir plus important que la cause en elle-même. Que ces conséquences soient du registre du physiologique ou du psychologique. Il est donc intéressant de considérer la douleur persistante comme une maladie en soi, « la douleur maladie » qui est une véritable maladie chronique en partie auto-entretenue, génératrice d'épuisement et de retentissements fonctionnels et psychologiques sévères.

### **A / POINT DE VUE COGNITIF**

(Ref. **Moroni C. et Laurent B.**, *Influence de la douleur sur la cognition*, Revue thématique Psychologie Neuropsychiatrique, 2006/4, p. 21-30)

Le déficit fonctionnel rencontré chez les douloureux chroniques ne se limite pas à la dimension somatique sensorielle et motrice mais s'exprime aussi par une plainte cognitive similaire à celle que l'on retrouve dans les états dépressifs et anxieux.

La douleur chronique est associée à plusieurs facteurs de comorbidité dont la dépression, l'anxiété , le stress ou la localisation de la douleur pouvant entraîner des troubles cognitifs. La dépression et l'anxiété ont des répercussions négatives au niveau de la mémoire de travail, de la mémoire à long terme et des capacités de traitement de l'information. Ces répercussions cognitives sont identiques à celles décrites chez le douloureux chronique .

Mac Cracken et al. font l'hypothèse que l'état émotionnel lié à la dépression et à l'anxiété des douloureux chroniques explique plus les difficultés cognitives que la douleur elle-même. Une autre recherche, celle de Roth et al. conduit au résultat que la plainte cognitive des douloureux chroniques est liée à des facteurs comme le syndrome dépressif, la fatigue et le sexe féminin. Selon ces auteurs une prise en charge du syndrome dépressif des douloureux chroniques pourrait atténuer la plainte mnésique.

Trois types de perturbations cognitives sont rapportées chez les douloureux chroniques : un ralentissement de la vitesse de traitement et de la vitesse psychomotrice, un déficit attentionnel et des troubles de mémoire. Ces mêmes symptômes sont décrits dans le syndrome dépressif. D'autres études rajoutent à cette triade un trouble des fonctions exécutives. Un intérêt

particulier est donc porté au déficit attentionnel, aux troubles mnésiques et aux troubles de décision émotionnelle décrits par les patients douloureux chroniques. Il est donc intéressant de présenter des modèles cognitifs explicatifs. Des auteurs comme Ladro et al. ou Grisard et Van der Linden expliquent les troubles mnésiques rencontrés chez les douloureux chroniques comme la conséquence de la capture d'une partie des ressources attentionnelles par la douleur. Pendant une tâche mnésique, la récupération des informations apprises s'effectue à l'aide des processus contrôlés et automatiques. Les premiers sont des opérations mentales mises en place intentionnellement impliquant une volonté et mobilisant des ressources attentionnelles. Les processus automatiques, quant à eux, ne nécessitent aucune intervention de l'attention. Jacoby a décrit le fonctionnement de ces deux processus contrôlés et automatiques grâce à une procédure expérimentale. Ce sont les processus contrôlés qui sont parasités par la capture des ressources attentionnelles par la douleur entraînant une perturbation du fonctionnement mnésique. Les travaux de Apkarian et al. confirment leur hypothèse qu'on retrouverait un déficit de la gestion des états cognitifs émotionnels chez les douloureux chroniques ne présentant pas par ailleurs, de troubles attentionnels, de mémoire ou d'efficacité intellectuelle globale. Pour vérifier leur hypothèse, ils ont utilisé la tâche de pari développé par Bachara et al. au cours de laquelle il est nécessaire de faire des choix adaptés pour refuser de faire un gain immédiat au profit d'un gain plus important mais différé. Les douloureux chroniques éprouvaient une plus grande difficulté que les deux autres groupes (douleurs plus diffuses ou non douloureux) pour apprendre la séquence de choix leur permettant d'acquiescer un plus gros gain différé et ne parvenaient pas non plus à garder une succession de choix constants donnant ainsi l'impression d'effectuer un choix au hasard.

**La douleur chronique serait donc associée à un déficit cognitif spécifique pouvant se répercuter dans la vie quotidienne essentiellement dans les situations émotionnelles. Ce sont les capacités de décision émotionnelle qui sont affaiblies.**

En résumé, on retrouve trois types de perturbations cognitives chez le douloureux chronique: un déficit attentionnel, un ralentissement de vitesse de traitement et de vitesse psychomotrice et des troubles de la mémoire. Pour ce qui est du déficit attentionnel, il est expliqué par un mécanisme de capture des processus attentionnels par la douleur. La douleur chronique est associée à un déficit spécifique affectant les capacités de choix. Le fonctionnement cognitif des douloureux chroniques est influencé par la dépression, l'anxiété, le stress, la localisation et le traitement médicamenteux.

La mémoire de la douleur est aussi un phénomène à prendre en compte chez les douloureux chroniques. La capacité du patient à enregistrer sa propre douleur au stade aigu a été étudiée lors de nombreux travaux. Cette mémoire de la douleur allie des aspects explicites ( verbalisation) et implicites ( réactions végétatives ou comportementales). Des travaux sur la mémoire explicite d'une « douleur aiguë passée » ont été réalisés en comparant les descriptions verbales et visuelles de la douleur pendant et juste après la situation de douleur aiguë avec celles données dans le rappel différé. La mémoire de faits douloureux aigus a été étudiée par Morley . Les souvenirs douloureux étaient rappelés comme plus aigus et avec plus de conséquences émotionnelles et de handicap que les autres souvenirs sensoriels. Distinction est faite entre les rappels sensoriels et émotionnels. Plus la douleur avait été éprouvante et plus elle était évoquée souvent avec des descripteurs émotionnels au premier plan. Pour d'autres sujets les descripteurs sensoriels prédominaient avec l'impression de ressentir avec précision les caractéristiques douloureuses. Le stockage et le rappel de la douleur semblent donc se faire de façon indépendante dans les secteurs somato-sensoriels et émotionnels. Les fluctuations du rappel douloureux avec le temps ont aussi été étudiées (Eva). Les résultats semblent aller dans le sens de variation pour la quantification nociceptive alors que la description de l'environnement , du contexte et des facteurs affectifs est simplement sujette aux fluctuations de langage. On retrouve des distorsions mnésiques chez les patients qui continuent de souffrir au moment du rappel alors que les patients qui ne souffrent plus au moment du rappel décrivent de la même façon la douleur initiale à plusieurs semaines d'intervalle. Plusieurs facteurs peuvent modifier la mémoire douloureuse comme la personnalité, la culture ou les faits biologiques liés à la douleur.

## **B / POINT DE VUE PSYCHOSOMATIQUE**

Il est intéressant aussi de resituer la douleur chronique dans le champ du psychosomatique. La somatisation , en tant qu'expression d'une souffrance psychique dans un langage de plaintes corporelles est souvent invoquée lorsque le corps médical est face à une douleur dont l'étiologie semble peu claire. Le patient, focalisé sur des plaintes somatiques, reconnaît difficilement la dimension émotionnelle de sa souffrance. Les classifications internationales des maladies qualifient ces tableaux douloureux de troubles somatoformes persistants ou douloureux chroniques.

Pour Freud la douleur chronique s'apparente à un mécanisme de défense devenu inutile et qui perdure sous forme d' « infantilisme » ce qu'il nomme un « mode régulier de caractère ». Selon les théories freudiennes, la douleur chronique pourrait être la conséquence d'un évènement à valeur traumatique à l'origine d'une tension psychique non verbalisable qui cherche à être entendu au sein de la rencontre intersubjective. Elle pourrait être aussi la conséquence d'un traumatisme non dépassé de la douleur aiguë. Les capacités d'élaboration étant dépassé par cet évènement, le sujet revivrait les stigmates de cette expérience qui aurait fait effraction dans son inconscient. Il s'agirait, dans ce cas, de l'impossible élaboration de l'expérience traumatique de la douleur aiguë.

On retrouve cette notion de mécanisme de défense régressif dans le modèle martyen. Marty décrit un déficit structurel au niveau des processus secondaires ayant pour conséquences une prédisposition à la somatisation. Il s'agirait d'un déficit de représentation et de symbolisation accompagné d'un comportement déchargé d'affect et de lien, au profit de l'agir. Ce recours défensif à l'agir tendrait à entretenir le mécanisme et l'économie des symptômes douloureux. Avec Desjour, on retrouverait une désorganisation du Moi et une cessation totale de pensée de l'enfant ce qui augmenterait un risque de somatisation du fait de la fragilité structurelle. Sami Ali, quant à lui, envisage la somatisation comme une réponse à une impasse dans le processus relationnel qui serait sous-tendu par les quatre éléments majeurs que sont le rythme, l'espace, le rêve et l'affect.

### **C / POINT DE VUE SYSTEMIQUE**

Le modèle systémique constructiviste, quant à lui, fait l'hypothèse que la douleur chronique trouve son origine dans un système qu'il soit familial ou biopsychosocial par lequel le sujet atteint de douleur chronique peut valider un « comportement douloureux » (Boureau).

La douleur devient un comportement ayant une fonction au sein du système. La relation humaine est au centre de chaque plainte douloureuse. Dans la douleur chronique, on retrouve une réalité vécue comme insatisfaisante voire carrément hostile. La douleur affecte le rapport aux autres et à soi-même. La focalisation et le surinvestissement narcissique lié au vécu douloureux altéreraient les relations à l'environnement. Les douloureux ont tendance à s'isoler et à se sentir incompris. Ils se vivent à la fois bourreaux et victimes des autres. Le douloureux chronique éprouve des difficultés à entrer en contact émotionnel avec les autres et son environnement car il peine à trouver la juste distance émotionnelle et ceci lié à un déficit dans

le processus empathique. Cette carence empathique avec le monde extérieur se manifeste aussi sur le monde intérieur. On constate chez le douloureux chronique une difficulté d'adaptation face son monde émotionnel. Ce déficit que l'on nommera endocongruence se repère par cette difficulté à ne se présenter ni trop impliqué ni trop désengagé émotionnellement dans son rapport avec lui-même. Il vacille souvent de l'une à l'autre de ses deux attitudes.

Etre endocongruent signifie se trouver à la bonne distance d'avec soi-même c'est-à-dire ni trop ni insuffisamment en position « méta ». Et s'utiliser soi-même dans une juste mesure. L'individu en santé étant, par présupposé, celui qui entretient une juste distance interactive entre autre émotionnelle avec lui-même, son système d'appartenance ( entre autres sa famille) et avec son environnement. L'interaction jugée fonctionnelle serait une interaction empathique avec les autres et l'environnement et endocongruente.

## **D / POINT DE VUE NEUROSCIENCES**

L'imagerie fonctionnelle de la douleur a beaucoup fait progresser la recherche sur l'intégration corticale et les mécanismes de contrôle de la douleur. Il en ressort que le cerveau répond à un réseau neuronal en partie commun à la douleur somatique et à la souffrance psychique confirmant l'importance des phénomènes émotionnels et cognitifs dans la perception douloureuse. L'imagerie fonctionnelle confirme l'unité psyché-soma. Le corps est ainsi représenté au niveau du cortex.

L'imagerie mentale permet de modifier les représentations somatiques. L'intervention de l'hypnose met en jeu des systèmes endogènes de contrôle inhibiteur. . Ces mécanismes inhibiteurs sont en grande partie endorphiniques et engagent le cortex frontocingulaire. La douleur somatique qui est une réponse à une stimulation nociceptive ne peut pas être dissociée de l'imagerie mentale de la douleur avec son versant d'anticipation. L'imagerie cérébrale a montré que le réseau cortical activé lors d'une douleur provoquée pouvait précéder la stimulation nociceptive lorsque celle-ci était attendue. Elle est aussi activée lorsque l'on assiste à une douleur chez autrui déjà éprouvée grâce au versant empathique (neurones miroirs). Les différences en termes d'activation cérébrale entre douleur conséquence d'un stimulus nociceptif et imagerie mentale de la douleur sont très proches surtout dans les aires pariétales S1-S2 où se situent les cartes corporelles permettant l'analyse discriminative

somatique. Au-delà de cette zone d'entrée du message , toutes les réponses émotionnelles ou cognitives sont observées que la douleur soit une douleur somatique perçue , une douleur anticipée ou imaginée ou même une douleur non somatique de nature psychique

## ***2 / LE PSYCHO-TRAUMATISME***

Le psycho-traumatisme est défini par Louis Crocq comme « *un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur* ».

Le DSM IV, quant à lui, en donne la définition suivante « *troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs évènements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques lié à ce ( ces) traumatismes(s).* »

En clinique, le psycho-traumatisme se repère ainsi au travers l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post immédiats puis chroniques apparaissant chez une personne ayant vécu un évènement traumatique menaçant soit sa propre intégrité physique et/ou psychique , soit celle d'un proche.

Ces troubles entraînent une grande souffrance psychologique liée à des réminiscences dues à la mémoire traumatique, avec la mise en place de conduites d'évitement comme le retrait ou la phobie, des conduites d'hypervigilance pour tenter de les contrôler et des troubles dissociatifs pour tenter une auto-guérison comme des conduites à risque ou des conduites addictives (anesthésiantes).

Selon la typologie proposée par Terr ( 1991), on distingue trois types de traumatismes. Ceux de type I quand l'évènement est unique comme c'est le cas dans les accidents, les catastrophes naturelles ou les attentats.

Ceux de type II quand l'évènement est répété, présent constamment ou menaçant de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps comme dans la maltraitance physique et/ou psychique et/ou sexuelle de l'enfance ou dans les violences conjugales. Il est induit par une traumatisme chronique ou abusif.

Le traumatisme de type III a été ajouté à la classification par Solomon et Heide ( 1999). Il

implique des événements multiples, envahissants et violents présents pendant une longue durée de temps et induit par un agent stressant chronique ou abusif. Cette distinction entre type II et type III est assez ténue et nous nous intéresserons ici plus précisément au traumatisme de type II. Hermann (1997) distingue de son côté les traumatismes simples des traumatismes complexes.

Ces troubles psycho-traumatiques sont souvent méconnus, sous-estimés, rarement dépistés et diagnostiqués par les personnels de santé. Ils sont spécifiques et les symptômes principaux qui sont la mémoire traumatique sous forme de réminiscences ainsi que la dissociation sont responsables de toutes les conséquences médicales, somatiques et psychologiques les plus sévères, les plus chroniques et les plus handicapantes.

L'état de stress post traumatique pouvant s'installer de façon chronique et différé lors par exemple d'une réactivation du traumatisme initial, se repère sur les critères de la triade pathognomonique que sont :

→ le syndrome de reviviscence correspondant à la mémoire traumatique : avec des pensées récurrentes sur l'évènement, des ruminations, des souvenirs intrusifs de tout ou partie de l'évènement (sensations, douleurs, bruits, paroles), agissements soudains comme si l'évènement allait se reproduire, flash-back, illusions, rêves répétitifs, cauchemars, vécus intensément avec une forte angoisse et détresse (l'accouchement peut être une situation de réactivation des réminiscences).

→ syndrome d'évitement : évitement phobique de toute situation se rapportant au traumatisme ou pouvant rappeler l'évènement, évitement de la pensée, développement d'un monde imaginaire d'évitement de toute situation douloureuse ou stressante, émoussement des affects, désinvestissement des relations interpersonnelles, perte de l'anticipation positive de l'avenir.

→ syndrome d'hyperactivité neurovégétative : hypervigilance, état d'alerte et de contrôle, sursaut, insomnie, réveils nocturnes, hypersensibilité, irritabilité, colères explosives, troubles de la concentration et de l'attention.

A cette triade peuvent s'ajouter :

→ des symptômes de dissociation : état de conscience altéré, troubles de la mémoire et de la concentration; de l'attention, sentiments d'étrangeté, d'être spectateur de sa vie, dépersonnalisation, compagnon imaginaire.

Dans l'état de stress post traumatique complexe proposé pour décrire les conséquences chez les victimes de violences interpersonnelles répétées sur une longue durée (Trauma de type II), on retrouve :

- altération de la régulation des émotions avec impulsivité marquée et comportements autodestructeurs.
- perturbations de l'attention ou de la conscience pouvant entraîner des épisodes dissociatifs.
- altération de la perception de soi avec des sentiments permanents de honte ou de culpabilité et un sentiment de vide.
- altération de la perception de l'agresseur.
- relations interpersonnelles perturbées, avec incapacité à faire confiance ou à avoir une relation intime avec autrui.
- symptômes de somatisation.
- altérations cognitives avec perte d'espoir.

C'est bien souvent à 'arrivée d'un autre évènement traumatique réactivant le premier que les patients décompensent. La théorie de « l'après coup » de Freud postule qu'un second évènement révélateur du premier démontre l'efficacité traumatique du premier. Ce qui rend traumatique l'évènement c'est la réactivation du (ou des ) traumatisme initial qui n'avait pas été ni élaboré, ni intégré ni symbolisé. Cependant des études plus récentes ( équipe de la Tavistock Clinic de Londres) proposent un modèle qui prend aussi en compte la valeur traumatique du traumatisme actuel qui ne se contente plus de réactiver le poids traumatique des expériences traumatiques anciennes mais qui porte en lui-même sa propre valeur traumatique.

Dans le cadre de la violence intra-familiale, cette notion d'évènement traumatique menaçant l'intégrité d'un proche est importante car les enfants témoins de violence conjugale procèdent à des aménagements psychiques de cette conflictualité violente. D'après le rapport Henrion de Février 2002, les séquelles physiques et psychologiques des enfants sont comparables à celles observées chez leurs mères dans 10% des cas « *la violence dont l'enfant est témoin a les mêmes effets sur lui que s'il en était victime* ». Les problèmes affectifs et comportementaux sont 10 à 17 fois plus fréquents chez les enfants issus d'un foyer violent ( Jaffe, Wolfe, Wilson, 1990) et ils manifestent souvent des symptômes de stress post-traumatiques tels que la peur, l'anxiété, l'irritabilité, une difficulté à se concentrer, des explosions de colère et de l'hyperactivité. Globalement il est reconnu que le jeune enfant confronté à la violence des parents va avoir des difficultés dans le lien d'attachement et dans son développement psycho-affectif ( Vasselier-Novelli, Heim, 2004).

Il existe , selon Berger, différentes sortes de traumatismes répétitifs chez l'enfant dont celui de

l'exposition au spectacle de violence conjugale. Tous ces traumatismes provoquent des angoisses, des troubles et des mécanismes de défense spécifiques, mais ils ont aussi des caractéristiques communes comme l'inscription dans le psychisme de l'enfant sous la forme de sensations corporelles ou d'images à l'état brut, la sidération de la pensée entraînée par tout traumatisme répétitifs, un multi clivage du psychisme de l'enfant confronté à la situation traumatique.

Ces retentissements chez l'enfant témoin avec leurs conséquences sont à la base des mécanismes de défense qu'il va mettre en place et qui vont perdurer durant sa vie.

Certains auteurs Comme Pierrehumbert (2005) proposent des points de jonction entre la métapsychologie freudienne et la théorie de l'attachement plus cognitiviste de Bowlby . Laplanche, en 1993, soulignant l'importance du biologique dans les liens d'attachement qui représentent des comportements complexes s'inscrivant initialement au niveau des fonctions d'autoconservation, montre comment le point de vue psychanalytique apporte un éclairage particulier. Il parle de pulsion d'attachement car, pour lui, la manifestation de la pulsion, c'est l'attachement puisque sa satisfaction poussera à la fixation. Mais cette pulsion ne se réduit pas à un signal biologique destiné à favoriser l'adaptation à l'environnement, ni à un apprentissage cognitif au cours des interactions précoces. En effet cette pulsion est élaboré et « psychisée » par le biais de l'affect. La transmission générationnelle se ferait par le biais d'une rencontre du psychisme de l'enfant avec celui de sa mère et de son environnement. En psychanalyse la fixation caractérise le mode d'attachement de la libido à l'organisation d'un des stades d'évolution selon la théorie de la sexualité infantile de Sigmund Freud, qu'il expose dans ses « Trois essais sur la théorie sexuelle » . On parle à cet effet de fixation orale, fixation sadique-anale et fixation phallique. La fixation atteste le poids du passé et de la difficulté à s'en dégager. La fixation est intrinsèquement liée à la régression dans la causalité des névroses. Ce concept est très présent dans la première topique mais dès 1920, à l'avènement de la seconde topique, il perd de son importance. Il s'applique à la compréhension métapsychologique des névroses, des "névroses narcissiques" (Psychoses pour Freud) et des perversions. Il est essentiellement descriptif mais garde une valeur dynamique dans le cadre de la cure psychanalytique qui comporte une certaine dose de régression s'opérant donc sur les points de fixation qui en sont le centre d'attraction.

### **3 / L' HYPNOSE**

L'hypnose, en tant que mode de fonctionnement psychologique particulier , permet un travail psychologique à un niveau inconscient. Pour Roustang « *l'hypnose se révélerait comme une introduction au pouvoir d'imaginer , c'est-à-dire de transformer la réalité qui s'impose, et au pouvoir de configurer le monde* ».

L'hypnose est avant tout un phénomène naturel d ' « état modifié de conscience » utilisé de façon volontaire par le thérapeute à un moment précis sur le patient afin de lui proposer un accès aux changements. Dans le cadre de l'hypnothérapie, on peut s'appuyer sur la définition de Yapco ( 1992) comme socle du travail thérapeutique : « *l'hypnose est un processus de communication d'influence au sein duquel le clinicien fait surgir et guide les associations intérieures de son client afin d'établir ou de renforcer des associations thérapeutiques dans le contexte d'une relation de collaboration et d'échanges mutuels centrée sur un objectif* ».

Grace à la suggestion et à l'utilisation du pouvoir métaphorique , le clinicien hypno thérapeute va guider son patient vers une modification de son expérience subjective. Il s'agit d'une approche psychocorporelle dans laquelle perceptions et émotions vont être revisitées afin d'accéder à des modifications perceptives, émotionnelles, cognitives ou/et comportementales dans un mouvement de nouveau mode de rapport au monde.

L'hypnose trouve toute sa place dans le cadre de la douleur chronique. En effet elle agit sur l'individu dans sa globalité et non uniquement sur la dimension sensorielle de la douleur. Elle permet de travailler au niveau de plusieurs dimensions telles que ses émotions, sa relation au monde et sur l'image de son corps qui semblent tous impliqués dans la douleur chronique. De plus elle permet au sujet de devenir acteur de son rétablissement grâce à un apprentissage sous forme d'auto-hypnose. La prise en charge peut alors être contrôlée par le sujet lui-même ce qui le réintroduit dans une démarche constructive.

L'imagerie cérébrale a permis de reconstituer les circuits du système nerveux mobilisés par l'hypnose. (Rainville et Price , 2003) et de les mettre en rapport avec les circuits de la douleur. Les études confirment que le circuit cingulaire antérieur est le plus impliqué dans la réponse émotionnelle à la douleur alors que le cortex somatosensoriel intervient plus précisément dans la qualité et l'intensité de la douleur. Rainville, à travers deux études, démontre l'importance de l'expérience subjective de la douleur. ( A. Bioy et D. Michaux et al., Traité d'hypnothérapie, Dunod, 2007, p. 271-304). En état d'hypnose, on observe une modulation de l'activité du cortex cingulaire antérieur, région responsable de la gestion des

émotions. Cette région du cerveau aurait un rôle dans l'aspect affectif de la douleur mais aussi dans le contrôle cognitif et comportemental de la réponse.

De plus des études comme celle de Benhaiem, Attal, Bouhasira (2001) montre que l'hypnose, à un niveau neurophysiologique, permet d'élever le seuil douloureux.

Mais l'hypnose est aussi une relation d'aide dans laquelle l'objectif du thérapeute est de permettre à la personne l'accès à des ressources internes qu'elle méconnaît ou utilise très peu par croyances, représentations ou habitudes. En tant que « *processus de communication d'influence* » l'intérêt de l'hypnose est de permettre à la personne douloureuse de sortir de son « engluement douloureux » dû à la focalisation de ses ressources cognitives sur la douleur pour lui permettre l'accès à un champ des possibles où l'expérience subjective pourra être plus adaptée à la gestion de la problématique. C'est dans l'imaginaire, la créativité que la personne ira trouver des réponses propices au changement. La puissance de l'hypnose réside dans ce qu'elle « *se révélerait comme une introduction au pouvoir d'imaginer, c'est-à-dire de transformer la réalité qui s'impose, parce qu'il est semblable au pouvoir de rêver et au pouvoir de configurer le monde* » (Roustang)

C'est au travers du corps, par le retour aux sensations corporelles, aux émotions qui leur sont associées, que la personne va pouvoir s'observer, modifier son rapport au monde et découvrir les possibilités de changement. Ce nouveau regard que la personne va découvrir sur elle-même lui permettra de sortir d'impasses dans lesquelles ses schémas de construction, ses croyances acquises avaient fini par la laisser sans solution. Tout comme dans une épreuve de résolution de problème cognitif qu'on reprend cent fois et qui aboutit à chaque essai au même résultat que l'on sait faux jusqu'au moment où on utilise d'autres prémisses, juste « *un pas de côté* » dans les données de base qu'on pensait jusqu'alors intouchables par croyance ou non connaissance ou peur de l'inconnu. Il suffit juste de ce petit mouvement de changement de positionnement initial pour pouvoir entrevoir un monde tout différent. Permettre au nouveau né que chacun de nous porte au fond de soi de s'ouvrir à la vie par explorations successives. De se retrouver seul avec soi-même avec toutes ses ressources potentiellement accessibles et simplement les utiliser pour répondre au besoin sans à priori ou préjugés. Tout comme Roustang lorsqu'il traite de la puissance de l'induction hypnotique « *elle a commencé par l'arrêt des mouvements intra-mondains et se montrait alors comme refus de toute anticipation, elle s'est poursuivie par l'attente, l'indétermination, comme anticipation sans objet, et, pour finir, elle est devenue possibilité de transformation ou de réaménagement*

*comme anticipation effective. Elle se ferme dans une vigilance accrue et s'expérimente comme puissance ».*

Grâce à l'état de dissociation spécifique à l'état d'hypnose, l'expérience peut être vécue différemment par des phénomènes d'amplification de certains aspects et d'éloignement par rapport à d'autres ( Lynn, Kirsh, Barabask, Cardena et Patterson, 2000).

Ainsi dans le cadre de la douleur, il est possible, par exemple, de défocaliser son attention de la zone douloureuse pour la porter sur une autre zone exempte de perceptions désagréables. De passer de la conscience critique diminuée à la conscience virtuelle élargie. L'hypnose permet des actions affectives et sensorielles par modulation de la douleur issue de la sphère critique via la sphère virtuelle (L. Mercadié, hypnose et douleurs péri-opératoires et chroniques, 2014).

Dans le cadre du psycho traumatisme, certains indices cliniques et épidémiologiques sont en faveur de l'hypothèse que la dissociation, au moment de l'évènement, est nécessaire pour le développement d'une pathologie traumatique chronique ( P. Villien, A. Bioy et D. Michaux, Traité d'hypnothérapie, Dunod, 2013, P. 341-354). Cette dissociation permet lors de l'évènement la mise à distance d'un trop plein d'émotion et de ressentis. Mais, par la suite, cette dissociation initiale devient responsable du syndrome de répétition comme une tentative réitéré de se réassocier à postériori.

Historiquement, l'hypnose a été employée à la suite de la première guerre mondiale pour cette indication afin d'obtenir une abréaction cathartique. Mais cette option thérapeutique catharsique n'était pas appropriée et emmenait dans une impasse thérapeutique due au trop plein émotionnel et physiologique engendré par ce revécu de l'évènement.

L'hypnose, grâce à son pouvoir dissociatif a permis, dans un second temps, de permettre aux personnes de se dissocier afin de revivre en tant que spectateur les scènes auxquelles elles avaient été confrontées afin d'aller rechercher les ressources absentes lors de l'évènement mais accessibles lors de la reprise du souvenir en hypnose.

C'est dans ce cadre que l'hypnose est très intéressante dans le cadre des psycho-traumatismes de type II où elle va permettre au patient comme l'affirmaient Erickson et Rossi (1981) *« d'avoir la capacité d'organiser des idées, de présenter des informations, de suggérer des perspectives, de susciter la volonté d'expérimenter de nouvelles idées et de nouveaux comportements, d'explorer des possibilités et de braver des limites que les patients se sont eux-mêmes imposés. Le processus de dissociation hypnotique va permettre de découvrir ou*

redécouvrir des ressources et compétences auxquelles ils ne savent pas accéder de façon consciente.

La transe hypnotique, en tant qu'état modifié de conscience, va donc permettre à la personne de se représenter les choses différemment et de faire de nouvelles associations qui lui permettront d'être capable de faire face différemment à ce qu'elle a vécu.

C'est dans la relation corps-esprit que les modifications des perceptions vont s'opérer grâce au pouvoir de la suggestion qui est au centre du processus de communication d'influence qu'est l'hypnose. Le psyché, par le pouvoir de l'imaginaire créatif, va opérer des adaptations dans le ressenti du vécu. De la même façon que la plasticité cérébrale a été démontrée dans le champs des remédiations cognitives dans les troubles de l'attention, les progrès, ces dernières années, en imagerie cérébrale se font le témoin des modifications et réorganisations des circuits neurologiques en fonction des nouvelles réalités induites en hypnose. (Bioy, 2010).

L'imagerie cérébrale a montré que l'hypnose modifie le métabolisme de zones cérébrales spécifiques. Certaines de ces zones jouent un rôle dans la modulation de la douleur. Ainsi, on commence à comprendre les mécanismes intrinsèques et l'impact de l'hypnose dans la modulation de la douleur.

L'hypnose peut donc être appréhendé comme un outil systémique dans la prise en charge de la douleur. Elle va pouvoir agir au niveau de la perception de la réalité du douloureux chronique. Grâce à une mobilisation des ressources du sujet, l'expérience perceptive peut être modifiée au niveau des représentations et des émotions qui y sont liées. Zeig (1997) parle de « *réassociation de la vie intérieure* » permettant une restauration des capacités d'empathie et d'endocongruence.

### **III / METHODOLOGIE**

#### ***1 / LE CADRE CLINIQUE***

J'interviens en tant que psychologue clinicienne en cabinet libéral. Les patients sont donc à l'origine de leur demande. Dans la grande majorité des cas, la décision de venir consulter est le fruit d'un cheminement personnel. Parfois ils sont orientés par leur médecin traitant ce qui sera le cas de la patiente dont j'expose la situation. Statistiquement les enfants que je reçois viennent en majorité de la commune où j'exerce. Ce qui n'est pas le cas pour les adultes qui choisissent très souvent leur psychologue à distance de leur lieu d'habitation. Je ne me suis jamais renseignée directement sur les raisons de cet état de fait mais je suppose qu'il s'agit

d'un choix lié à une volonté de discrétion. De ce fait je ne m'imaginai pas proposer un enregistrement vidéo. J'avais donc pris l'option d'un enregistrement audio.

Je me suis arrêté sur cette situation pour son intérêt clinique et non pour mon intérêt de modalité organisationnelle pour mon mémoire. En cours de prise en charge j'ai considéré qu'un enregistrement audio serait un biais trop important dans le cas de cette patiente qui a toujours peur de décevoir et de n'être pas à la hauteur des figures qu'elle considère comme référentes. Et il n'était pas question que je l'enregistre sans son accord. Donc le travail que je présente est le résultat de prises de notes assidues, de retranscriptions immédiates après les séances des moments qui me semblaient importants.

Le cadre du cabinet est tel que je reçois les patients en face à face durant les entretiens et leur propose un fauteuil de relaxation qui se trouve à ma gauche pour les séances d'hypnose vers lequel je me retourne en faisant pivoter mon fauteuil pour être sur leur côté droit.

## ***2 / LA VIGNETTE CLINIQUE***

Lorsque Lise se présente, adressée par son médecin traitant qui semble l'avoir décidé à investiguer le versant psychologique, je vois arriver une grande jeune femme de 38 ans qui se tient avec les épaules un peu rentrées comme une petite fille timide. Elle est habillée d'un manteau fond noir avec des dessins géométriques très colorés et porte un sac aux motifs enfantins. Dès qu'elle commence à parler, je suis surprise par son timbre de voix et ses intonations qui s'apparentent encore à ceux d'une fillette.

L'entretien sera parsemé de pleurs en lien avec une douleur omniprésente depuis des années (elle en parle plus aisément sous le terme de « *gêne* » car elle l'a fait varier entre 4 et 6 sur une échelle de 10, 10 étant l'intensité maximale qu'elle a connu comme perception douloureuse dans cette « zone ». Je parle de « zone » car à aucun moment elle ne peut nommer la localisation. J'en déduis qu'il s'agit du méat urinaire puisqu'elle la lie avec le fait d'uriner mais malgré mes demandes de précisions, elle reste toujours dans des propos du style « *cette gêne dans mon corps par là* » en indiquant par un geste très flou et fugace l'emplacement approximatif. Lors du deuxième entretien je vais lui proposer de m'indiquer l'endroit de la douleur sur un dessin que je vais faire des voies urinaires et gynécologiques afin qu'elle puisse non pas nommer puisque cela lui paraît impossible mais poser son doigt sur ce qui semble être l'urètre.

Je vais investiguer afin d'avoir les éléments d'anamnèse nécessaires à la prise en charge.

## **A / PREMIERS ELEMENTS D'ANAMNESE**

Lise est mariée et a une petite fille de 4 ans et demi qu'elle dit avoir eu par FIV après 3 inséminations qui ont échouées. Elle évoque un spermogramme déficient et une problématique génétique du mari ayant entraîné de plus une grossesse très surveillée qui a été angoissante.

Elle est professeur des écoles, comme sa mère, se déclare vivre assez « *repliée sur son mari et sa fille* » sans vraiment de vie sociale en dehors de son métier. Elle le justifie par le fait qu'elle n'ose pas vraiment sortir de peur d'avoir toujours des douleurs dues à des mixions répétées. Elle focalise toute son attention sur le fait d'avoir envie de « *faire pipi* ». Elle redoute de souffrir en urinant et « *le mal à l'aise* » de « *l'après du pipi* ». Elle se dit épuisée par cette focalisation de pensées.

Elle est la deuxième d'une famille de deux filles. Sa sœur a quatre ans de plus qu'elle. Ses parents sont partis vivre à 800 km et la sœur les a rejoint. Elle se considère comme seule, loin de sa famille. Elle se dit très liée à sa mère qu'elle décrit comme vive, active, toujours présente, très gentille et « *dévorée* » par ses enfants. Son père étant « *tout le contraire, anxieux, hypochondriaque, ne faisant pas grand-chose, de mauvaise foi* ».

Elle déclare d'emblée que ses parents se sont séparés durant son année de CM1 (9-10 ans), son père étant parti pour une autre femme. Sa mère l'aurait « *repris* » pour le bien des enfants malgré le jugement négatif de l'ensemble de la famille. Elle dit qu'elle aurait préféré qu'ils divorcent. Elle a beaucoup de mal à accepter que sa mère ait pu faire le choix de reprendre la vie commune avec lui sauf à l'envisager comme un choix pour ses enfants voire à l'heure actuelle pour ses petits enfants.

Au fur à mesure des entretiens sa colère envers son père va devenir de plus en plus explicite. Elle se met à parler de violence, de « *dureté* » envers sa mère voire d'humiliation.

Sa sœur est décrite comme « *plus cool et plus enjouée* » et est maman de deux enfants.

Ce qui revient plusieurs fois dans le discours c'est que Lise a vécu le départ de ses parents dans le midi comme un véritable abandon.

## **B / L'HISTOIRE DU TROUBLE**

Lise date son premier épisode douloureux à l'âge de 22 ans (1998) alors qu'elle était étudiante. Elle le nomme « *mon grave souci urinaire* ». Il survient au détour d'une cystite, pathologie assez commune mais qu'elle associe immédiatement à une conséquence de la vie intime qu'elle partage depuis un an avec son compagnon qui est sa première expérience

sexuelle. La douleur de la cystite prend très rapidement des proportions importantes car la guérison tarde un peu et surtout elle ne sent pas « *comprise* » par sa mère. A cette époque elle a quitté le domicile parental pour vivre dans une cité universitaire. A l'annonce de la cystite, la mère « *ne réagit pas* », dit que « *ce n'est rien* » et lui annonce en même temps qu'elle va déménager avec son mari à l'autre bout de la France.

Lise est totalement choquée et désemparée par cette décision. Elle a l'impression que sa mère l'abandonne et ne se préoccupe plus du tout d'elle.

Elle a tout le temps peur d' « *attraper une cystite* ». Elle refuse alors les relations sexuelles avec pénétration car elle se focalise sur la relation causale « pénétration / infection urinaire ». C'est le début de l'escalade de la médicalisation. Traitements de la cystite puis deux cystoscopies qu'elle définit de traumatisantes. Cautérisation du fond de la vessie en 2003. Sa vie affective s'en trouve affectée. Son compagnon la quitte au bout de quelques temps. Elle retombe amoureuse en 2001 mais ça ne dure pas car son ami n'accepte pas la situation. Cependant, dans son discours, ses mésaventures amoureuses prennent très peu de place au regard du drame qu'elle vit du fait de l'éloignement de sa mère.

En 2003, elle rencontre celui qui va devenir son mari à qui elle expose en tant que prémisses à une hypothétique liaison son refus d'actes sexuels avec pénétration. Il accepte la situation. Ils se marient et décident d'avoir un enfant. Le mari étant décrit comme ayant un problème de fertilité avec un spermogramme très faible et porteur, de plus, d'un problème génétique, la procréation est envisagée avec le plus grand naturel par l'intermédiaire d'inséminations suivie d'une FIV. Dans ce contexte, je m'attends à apprendre que sa petite fille est née par césarienne mais, à ma plus grande surprise, elle naît par les voies naturelles et Lise est très surprise que je pose la question car ça ne l'a jamais effleuré.

Je remarquerais par la suite, dans son discours, que le passage « du dedans au dehors » n'est pas un problème si celui « du dehors en dedans » n'est pas envisageable. En effet elle utilise souvent des expressions telles que « *faire sortir* », « *laisser passer* », « *envie de faire partir* ». Ces images sont très utilisées lorsqu'elle décrit quelque chose de l'ordre du soulagement.

Par contre l'arrivée au monde de sa petite fille est vécue comme une catastrophe. Elle a tenté d'allaiter sa fille (alors que sa mère ne l'avait pas allaité) par « obligation morale » car on lui avait dit que c'était bien pour le bébé mais elle l'a vécu comme quelque chose de « *terrifiant* ». Elle ne supportait pas « *cette bouche qui têtait* », ce « *pincement pas naturel* » avec la peur omniprésente d'avoir mal.

J'apprendrais au bout de quelques séances qu'elle a fait une dépression du post partum qui

n'aurait pas été traitée. .

Sa grossesse a été vécue aussi de façon très angoissante mais paradoxalement plus du fait de l'éloignement géographique d'avec sa mère et « *des modifications monstrueuses* » de son corps que par les risques inhérents au problème génétique du père. Mais y-a-t'il eu un problème chez le père ou s'agit-il d'une justification à la FIV ? Je me pose actuellement la question.

## **IV / RESULTATS, DONNEES CLINIQUES ET DISCUSSION**

### ***I / PREMIER ENTRETIEN :***

Lise arrive , conseillée par son médecin traitant , qui semble démuni devant une situation qui perdure depuis des années pour laquelle les divers examens médicaux pratiqués ne donnent aucune réponse. Lises traversant un épisode difficile, il lui a prescrit un anxiolytique de puis une semaine lorsque je la vois pour la première fois. Les mots qu'elle emploie pour me décrire la situation sont flous, non précis, s'apparente plus à un débordement de mal être qu'à une douleur précise et descriptive. « *Je suis tellement mal dans mon corps* », « *jeune, j'ai eu un grave souci urinaire* ». Elle déclare que cette situation dure depuis 16 ans avec des périodes plus ou difficiles. Si elle a décidé de venir consulter une psychologue, c'est que son médecin lui a fortement conseillé mais elle ne voit pas ce que cela va pouvoir lui apporter « *puisque'on n'a pas découvert d'où vient ma gêne* ». Une gêne, qui depuis deux mois est redevenue douleur suite à « *début de cystite en novembre* ». Elle dit avoir peur que ça recommence. Elle se dit épuisée, totalement focalisée sur la douleur. « *J'ai peur de faire pipi car je me demande toujours si je vais avoir mal après* ».

Elle me raconte sa première infection urinaire à la fac en quelques mots mais par contre se met à pleurer et insiste sur tout le ressenti d'abandon qu'elle a ressenti de la part de ses parents. « *mes parents ne m'ont pas soutenu* », « *ils m'ont dit que je n'avais rien* », « *ils ne me croyaient pas quand je leur disais que j'avais mal* ».

Lorsqu'elle aborde sa sexualité à partir de cette période d'infection , elle parle de ressenti de relations subies qui a motivé le départ de son compagnon. Elle déclare qu'avant l'infection elle n'avait pas de problème au niveau de ses relations sexuelles tout en étant pas vraiment à l'aise.

Elle évoque la cystoscopie comme « *quelque chose d'épouvantable pouvant s'associer à un viol* ». Elle qualifie les médecins de « *non soutenant* ». Elle se sentait perdue, ne comprenant

plus rien : « *j'avais mal et personne ne disait rien* ».

Elle évoque la naissance de sa fille en focalisant son discours sur l'angoisse de l'allaitement .

Elle ajoute de façon très fugace qu'elle n'a jamais évoqué à ses parents les problèmes de fertilité du mari et la procréation assistée.

Elle décrit ses parents en insistant sur la gentillesse de cette mère toujours présente pour ses enfants, vive, active et en comparant le père qui serait tout le contraire anxieux, hypochondriaque, de mauvaise foi, ne faisant pas grand chose mais ayant la main sur le cœur.

Elle évoque la séparation de ses parents quand elle était au CM1.

Elle dit avoir choisi la même profession que sa mère.

Elle se décrit comme ayant un degré d'exigence élevé, ne supportant pas qu'on la juge mal.

Elle déclare que « *tout ce qui hors routine, me perturbe* » et qu'elle a tendance à avoir des comportements de vérifications en rapport avec le sentiment d'insécurité. Ainsi elle a tendance à vérifier si la porte est bien fermées ainsi que les volets quand elle s'en va de chez elle.

Elle se dit épuisée par la situation avec des conséquences qui commencent à retentir dans son travail avec des difficultés de concentration. « *Je n'en peux plus de ma vie* ».

Hypothèse en fin de séance : Douleur chronique sur fond de psycho-traumatisme. Du fait du discours et de la localisation de la douleur, j'imagine le psycho traumatisme d'ordre sexuel ( attouchement, viol, inceste..).

## ***2 / DEUXIEME ENTRETIEN : Introduction de l'hypnose***

En rentrant elle me salue comme la première fois en me donnant le titre de Docteur alors que je lui avais bien expliqué lors de la prise de rendez-vous ainsi que lors du premier entretien que je n'étais pas médecin. Je lui rappelle donc mon titre, ma fonction et ma formation mais juste de façon très informative afin de lui rappeler que nous aurons accès à un autre mode de « guérison » car je sens que ce qualificatif qu'elle me donne est un moyen de se rassurer sur la « réalité pathogénique » de sa problématique.

Nous commençons l'entretien sur la demande de ma part de la description plus précise de sa gêne car jusqu'à présent elle m'en parle de façon très flou « *cette gêne , là par là* ». J'essaie de la faire verbaliser pour qu'elle puisse mettre des mots dessus mais elle reste dans une description très enfantine. Comme si on ne parlait pas de cet « *endroit* ». J'entends dans le discours une totale confusion de localisation entre les voies urinaires et les voies

gynécologiques alors qu'il s'agit d'une personne instruite et qui a, qui plus est, été plongée dans le monde médical depuis des années par rapport à cette problématique. Je finis par faire un dessin des voies urinaires et gynécologiques afin qu'elle me donne des précisions verbales de la localisation. Mais je n'arriverais qu'à obtenir le pointage du doigt sur « *la zone* » qui semble se situer au niveau du méat urinaire.

Elle me dit que c'est omniprésent et si elle n'y pensait plus, ce serait « *trop bizarre* » et cela lui fait peur car c'est impossible. Elle lâche alors qu'elle a peur du vide et qu'elle a toujours besoin d'être en action. « *parfois j'ai l'impression de ne pas prendre le temps, plus c'est vite fait, mieux c'est* ». Elle déclare avoir des difficultés de concentration. Elle a peur d'oublier. Sa douleur, par contre elle ne l'oublie pas, elle est omniprésente. Il n'y a qu'au travail qu'elle parvient parfois à se rendre compte qu'elle n'y a pas pensé pendant cinq minutes. Mais lorsqu'elle est chez elle, c'est non stop. D'ailleurs elle déclare se réfugier dans le sommeil car sinon elle revit non stop les douleurs de l'infection initiale et la peur que ça recommence puisque qu'elle sent toujours quelque chose de « *pas naturel* », « *pas normal* » même si par période cela a pu être plus de la gêne que de la douleur importante.

Elle déclare organiser et planifier sa vie en fonction de son problème. Par exemple, si elle doit faire de la distance en voiture, elle se renseigne sur les possibilités de trouver des toilettes sur la route. Elle doit toujours être à moins d'une heure de WC car, à force d'y penser, elle ressent toujours l'envie d'uriner.

Au détour de cette description organisationnelle, elle rajoute qu'elle essaie de ne pas être trop heureuse car sinon elle s'effondrerait encore plus si elle perdait le bonheur. Elle a la croyance qu'elle devrait le payer comme si elle n'y avait pas le droit. Elle a peur des variations d'humeurs et préfèrent rester dans quelque chose qu'elle connaît comme ce mal être car elle sait le contrôler. Elle a besoin de comprendre les choses pour pouvoir agir sur elles.

C'est dans ce contexte que je décide de la surprendre en lui proposant d'aborder sa problématique par un chemin qu'elle n'a pas encore exploré. Je mets en avant le fait qu'à priori la médecine n'a pas encore permis de comprendre ce qui se passe dans son corps mais que nous allons ensemble trouver une solution pour la soulager si ce n'est éliminer la cause. Que je ne suis pas là pour agir sur l'origine organique ou fonctionnelle mais que je peux lui proposer une méthode pour qu'elle puisse contrôler ses perceptions et les moduler de telle façon qu'elle puisse maîtriser sa vie. J'insiste bien entendu sur les notions de contrôle et de maîtrise car je pense que c'est la seule façon que je peux lui présenter l'hypnose à ce moment

là pour qu'elle adhère à l'expérience.

Je lui explique alors ce qu'est le travail sous hypnose qui va lui permettre d'accéder à un autre monde que celui dans lequel elle est habituée à se débattre. Qu'en permettant à la partie consciente de se reposer un peu car c'est elle qui entraîne son épuisement et cette sensation d'impasse dans laquelle elle se sent, nous allons permettre à toute une autre partie d'elle-même de trouver des solutions pour résoudre son problème.

Elle semble d'abord très sceptique car elle n'a jamais envisager qu'on puisse agir sur son problème sans en comprendre l'origine et sans agir sur l'élément causal. Toutefois elle accepte en modulant son accord d'un « *j'ai peur de vous décevoir mais si vous pensez que ça peut faire quelque chose* ».

Je relève ce mot « *décevoir* » qui est omniprésent lorsqu'elle parle de sa mère. Elle disait, par exemple que, dans sa jeunesse, elle préférait subir la colère de son père que la déception de sa mère. Ce sentiment permanent de ne pas être à la hauteur.

Je décide de lui faire une séance lui permettant d'accéder à un bien être et me permettant d'explorer la réalité de son besoin permanent d'uriner. Bien que dans son vocabulaire et dans ses expressions utilisées, j'ai cru repérer un canal cinesthésique préférentiel (*laisser partir, gonflement, serrement, pincement, lourdeur.....* lorsqu'elle évoque sa douleur), je mets en place une induction permettant une focalisation des différents sens pour que je puisse ensuite confirmer mon hypothèse. Je balaie donc le canal visuel, puis l'auditif, l'odorat, le goût et le cinesthésique (échelle V.A.K.O.G.) dès l'induction et dans l'approfondissement. J'insiste sur la focalisation sur les perceptions du corps aux points de contacts avec le fauteuil et via la respiration. Le travail sur la respiration me permet d'introduire la dichotomie « *inspirer tout ce dont le corps a besoin ainsi que la sensation de bien être V expirer tout ce dont le corps veut se débarrasser* ». Je m'inspire de la métaphore de la cascade qui nettoie extérieurement puis intérieurement le corps. Avant de parvenir à cette cascade, ayant entendu sa peur du vide, je lui propose un chemin d'accès à travers une forêt, sa forêt, en lui faisant de nombreuses propositions descriptives visuelles, auditives, olfactives, gustatives et kinesthésiques des quatre saisons afin qu'elle puisse s'approprier celle qui fait sens pour elle. Cette cascade lui permet de puiser les ressources nécessaires pour retrouver de l'énergie. C'est en rapport avec son constat d'épuisement qu'elle décrivait. J'insiste sur la légèreté de l'eau et sur les chemins extérieurs que prend l'eau chaude qui s'écoule en décrivant chaque partie du corps avec le long des jambes et entre les jambes. Il s'agit bien entendu d'une métaphore de l'urine qui s'écoule. Je contrôle au fur et à mesure ses réactions surtout lorsque j'atteins cette zone

du bas du corps et de l'entre deux jambes pour ne pas l'emmener dans quelque chose de trop violent par rapport à son angoisse. Mais ressentant au contraire chez elle un apaisement je fais le voyage complet de cette eau purifiante. A la fin de la séance je lui demande de profiter le temps nécessaire pour elle ( en rapport avec le fait qu'elle disait qu'elle faisait tout vite) du bien être ressenti dans cet endroit qui est le sien et je lui fais la suggestion d' un ancrage via un mot ou/et un geste qu'elle pourra reproduire dans la réalité lorsqu'elle aura besoin de se ressourcer en lui faisant imaginer un fil invisible qui lierait ce mot ou ce geste avec cet endroit afin de pouvoir y retourner à souhait. Je lui propose ensuite de prendre une ou deux grandes respirations afin de permettre à son corps de retrouver sa vigilance.

Nous faisons ensuite volontairement un très court débriefing car il s'agit d'une personne inscrite dans un fonctionnement cognitif assez verrouillé et je ne veux pas qu'elle perde le bénéfice de la séance.

Elle semble un peu déroutée au sortir de la transe hypnotique. Elle dit se sentir détendue, ressentir moins la douleur. Elle décrit s'être focalisé un moment sur la gêne et l'avoir senti s'écouler hors d'elle le long de sa jambe. Elle dit être rentrée au début dans une forêt sombre peuplée de loups qui s'est transformé par la suite en forêt d'automne jusqu'à atteindre une cascade verdoyante. Elle déclare que ce qui lui a fait le plus de bien c'est la légèreté de la vapeur d'eau. Elle dit qu'elle était heureuse d'aller dans la cascade alors que dans la réalité elle n'irait jamais. Elle repart alors dans son discours des risques inhérents aux baignades avec les problèmes d'infections urinaires et je m'arrange pour mettre fin à la séance afin d'éviter le réenfermement dans ses pensées intrusives. Je lui propose toutefois de s'exercer à reproduire la situation en auto-hypnose en lui expliquant la procédure par focalisation V. A. K.

En se levant , elle me dit qu'au cours de la séance elle aurait eu un peu peur car elle se demandait si elle pourrait aller uriner au milieu d'une séance si elle en éprouvait le besoin. Je la rassure sur cet aspect. Lorsqu'elle part j'observe si elle fait un détour par les toilettes mais ce n'est pas le cas.

### ***3 / TROISIEME ENTRETIEN : Utilisation de la suggestion métaphorique***

Ce qui ressort de ce début d'entretien est que Lise s'est sentie beaucoup mieux les quelques jours qui ont suivi la séance d'hypnose. Les douleurs s'étaient estompées. Par contre à partir du week-end, elle a essayé de reproduire le bien être par auto-hypnose mais elle n'y parvenait pas car « *je n'arrivais pas à me voir* » d'où l'émergence d'un sentiment d'échec. Les pensées intrusives se sont alors renforcées et elle déclare que son mari ne l'a pas aidé en lui disant « *il*

*est impossible de ne plus y penser mais essaie de penser à autre choses* ». Elle resynthétise la situation par un « *ras le bol* ».

Je lui propose de me parler de sa « gêne » avec les mots qui lui viennent spontanément à l'esprit. Elle évoque des sensations de « *gonflement* », « *serrement* », « *picotements* » et dit qu'elle aurait envie d'un « *liquide qui passe et qui l'apaise* », « *pour adoucir* ».

Je garde à l'esprit pour la suite du travail en hypnose qu'elle évoque des sensations et « *qu'elle n'arrivait pas à se voir* » (même si dans la séance d'hypnose elle m'avait décrit des images des lieux) pour adapter au mieux mes séances en fonctions de son canal sensoriel prioritaire.

Elle embraye sur la grossesse qualifiée de violence pour son corps. Elle déclare qu'elle a été angoissée en fin de grossesse à cause du cordon ombilical. Elle a accouché sous péridurale mais elle a eu une épisiotomie et le bébé est arrivé au monde par forceps. « *j'ai eu des saignements pendant un mois et j'avais très mal à ce niveau là* ». De la même façon qu'elle ne nommait pas la zone des vois urinaires, elle ne nomme pas les voies génitales.

Elle dit que sa « gêne » a encore augmenté à partir de ce moment là. Elle enchaîne sur le fait d'avoir été choquée par l'allaitement « *je n'avais vraiment pas envie de l'avoir à mon sein avec cette bouche qui tête, qui pince, qui serre* », « *ce n'est pas naturel* ».

A travers cette description on retrouve les éléments de gonflement et de serrement.

Avant de terminer la séance, je lui propose un petit apprentissage pour l'aider à se débarrasser des pensées intrusives qui étaient amenées en début de séance.

Sans lui parler d'hypnose cette fois, je la fais cependant se focaliser sur sa respiration et j'introduis une métaphore qui m'est venue à l'esprit avec un autre patient pour ce même problème de pensées intrusives et qui a donné de bons résultats chez lui : « La métaphore des tours génoises ». Je lui explique la raison pour laquelle les tours génoises des terres et celles du bord de mer n'avaient pas la même forme. Celles des terres étaient carrées et celles des rivages ronds pour une raison stratégique. En effet si elles avaient été carrées, les boulets de canons provenant des navires ennemis seraient rentrés en contact direct dans un mur perpendiculaire provoquant un choc frontal tel que nulle autre solution que l'effraction du mur n'aurait été possible. Par contre l'arrondi des tours du rivage permettaient aux boulets de dévier, la direction de la résultante de la force n'étant plus perpendiculaire au point d'impact. Je lui propose donc d'imaginer que les idées intrusives qui l'assaillent sont des boulets de canon et que son cerveau est une tour ronde. A chaque impact la pensée est déviée à droite ou à gauche mais « *ne pénètre plus à l'intérieur* » de sa tête.

Bien que je lui présente ce travail plutôt comme un outil de maîtrise cognitive car l'intellectualisation semble être un mécanisme de défense très puissant chez cette patiente qui craint la perte de contrôle, la focalisation sur la respiration que j'ai utilisé semble avoir donné accès à une légère transe hypnotique favorable à la mise en place du travail inconscient.

#### ***4 / QUATRIEME ENTRETIEN : « Je vais mieux »***

Aujourd'hui Lise me dit en rentrant « *ma directrice m'a laissé partir plus tôt. Elle est très gentille, elle remplace ma maman* ».

Lise dit qu'elle va mieux dans l'ensemble. Elle reste très vigilante mais utilise aussi bien la cascade comme safe place que la tour pour les pensées intrusives. La douleur reste de l'ordre du désagréable mais seulement 1 ou 2 sur son échelle. Elle dit se sentir mieux lorsqu'elle est sur son lieu professionnel car il y a alors un cadre sur lequel elle peut prendre appui alors qu'à la maison, les week-end sont vécus comme éprouvants. Elle aimerait être seule mais sa fille l'accapare beaucoup. Son mari est décrit comme très gentil et aidant « *mais il va finir par en avoir marre* » même s'il a toujours été informé « *qu'elle n'était pas à l'aise avec ça* ».

Je tente d'embrayer sur sa vie sexuelle car je garde à l'esprit mon hypothèse d'expérience d'agression sexuelle. Elle dit avoir trouvé une sexualité qui lui convient et avec laquelle elle éprouve du plaisir mais ne va pas plus loin sauf à faire remarquer que le mari comprend mais finira peut-être par se lasser. Elle déclare avoir été réglée à 17 ans. Je lui fais remarquer que c'est un peu tardif mais elle ne semble pas en être consciente. J'ai de plus en plus l'idée qu'elle est restée bloquée à un stade infantin suite à un psycho traumatisme. Mais quand j'essaie d'aborder de possibles expériences abusives, elle semble ne se souvenir de rien qui l'ai marqué. Elle déclare qu'il n'y avait pas de tabou à la maison par rapport à la sexualité et l'image du corps. Elle a pris la pilule à 18 ans pour des problèmes d'acné et c'est sa mère qui lui a proposé. Elle parlait librement des relations sexuelles avec sa sœur.

Puis elle dit avoir eu sa mère au téléphone et lui a évoqué son état actuel et son obsession constante d'infections urinaires. Depuis l'infection initiale où elle n'avait pas été entendue, elle n'avait plus reparlé à sa mère de sa problématique douloureuse ni de la mise en place d'une procréation assistée. Cette dernière doit venir la voir prochainement. Lise déclare « *elle se fait du souci pour moi, elle me soutient* ». Elle dit qu'elle va reprendre le dialogue avec elle. Elle embraye alors sur la description du couple parental durant les années qui ont précédées le départ du père du foyer familial pendant un an lorsqu'elle avait environ 9 ou 10 ans.

Du papa décrit précédemment comme sévère, elle fait état d'un papa violent physiquement et verbalement avec sa mère qu'il trompait ouvertement. Elle dit ne pas se souvenir dans les détails d'une scène violente mais d'avoir été baignée dans les cris et les disputes constantes. Son départ a d'ailleurs été motivé par son rapprochement avec une autre femme. Elle dit que son père ne faisait absolument rien à la maison, ne s'est jamais occupé de ses filles. Il humiliait constamment sa mère. Il était aussi très dure et exigeant avec ses enfants mais elle dit qu'elle ne le craignait pas et qu'elle se moquait totalement de ce qu'il pouvait penser. Sa seule préoccupation étant de soutenir sa mère. Au départ du père, elle a donc mis toute son énergie à aider sa mère qui n'était pas bien. Surtout ne pas la contrarier, ne pas la mettre en colère et ne pas la décevoir. Faire tout ce qui était en son pouvoir pour la satisfaire. Elle utilise pour elle des superlatifs « *trop gentille, trop efficace, tellement proche des ses filles...* ». Elle semble l'idéaliser totalement.

Mais elle n'arrive pas à comprendre comment elle a pu se remettre par la suite avec son père alors qu'elle avait le soutien de tous les amis et de la famille qui jugeaient tous très durement le père. En fait, elle lui en veut d'avoir fait ce choix. « *Elle n'aurait pas dû* ». D'autant plus que si le père semble s'être calmé par la suite sur la violence physique, il continuerait d'être très violent verbalement et méprisant. « *Invivable* ».

J'apporte une modulation possible à mon hypothèse initiale de psycho-trauma d'origine sexuelle en psycho-trauma consécutif à la position de témoin de violence conjugale répétées. L'image négative que Lise a de son père s'est construite autour de la violence et des relations adultérines du père pouvant entraîner une représentation violente et très négative de la sexualité masculine. L'abandon du père est aussi prégnante avec la nouvelle place que Lise avait prise auprès de sa mère comme si elle avait voulu remplacer ce père en protégeant sa mère avec ce pouvoir protecteur attribué au père ordinairement. Place qui lui a été reprise au retour du père. Puis réactivation du trauma avec le départ des parents la laissant seule face à son désarroi. La mère ayant préféré le père.

Je propose une séance d'hypnose basée sur la métaphore du curage du cours d'eau qui est entravé dans son débit par quelque chose qui a fait barrage et qu'elle doit rétablir pour « *permettre au liquide de s'écouler pour apaiser la violence du courant* ». Cette image fait référence à la douleur dont Lise a décrit l'apaisement par cette image « *de liquide qui s'écoule et qui apaise* » mais a aussi valeur métaphorique au regard de la violence vécue durant

l'enfance. Pour décrire l'obstacle faisant barrage au cours d'eau, j'utilise les termes qu'elle a utilisé pour décrire sa douleur « *violence, ce niveau-là, gêne, poids, gonflement, serrement, l'après, quelque chose de stagnant, quelque chose de pas naturel* ». Je la fais donc observer *l'obstacle qui entrave l'écoulement du cours naturel de l'eau. Le débit, à ce niveau-là, devient plus violent, tumultueux. L'entassement de branches ou de feuilles ou de cailloux, ou de rochers ou...de tout autre choses entraîne un rétrécissement, un resserrement des berges. La rivière gonfle, a des difficultés à traverser cette obstacle. L'obstacle gêne au cours paisible de l'eau faisant découvrir un après-barrage bouillonnant qui résonne comme des pleurs dans ce paysage aquatique.....* Et je lui propose d'explorer l'environnement pour trouver quelque chose qui puisse lui permettre de *nettoyer, curer, désobstruer ....afin de laisser passer cette eau, mais aussi renforcer les berges afin de remettre les choses dans leur courant naturel et paisible*. Ainsi en poursuivant ensuite ce cours d'eau tranquille, elle pourra rejoindre, si elle le souhaite, la cascade chaude et vaporeuse découverte à la dernière séance et qu'elle avait trouvé si agréable.

Au sortir de la transe, elle dit avoir vu une rivière claire dont elle voyait le fond. Que c'était deux grosses pierres qui gênaient. Qu'elle les a poussées d'abord avec les mains et ensuite qu'elle a utilisé un gros bâton pour les faire rouler et les « *caler* » derrière un gros tronc d'arbre pour qu'elles ne redescendent plus car elle avait peur que ça retombe. Elle a opté pour les caler derrière ce gros tronc d'arbre sinon elle aurait dû aller les porter loin et que ça aurait pris du temps. Elle a gardé le bâton avec elle et a rejoint la cascade réconfortante endroit où elle s'est installée pour rester.

### ***5 / CINQUIEME ENTRETIEN : « Ma mère se fait du souci pour moi »***

Aujourd'hui Lise réarticule tout son discours sur les pensées intrusives de « *Ras le Bol de la gêne* ». Et pourtant toujours 2 sur l'échelle.

Mais elle en a beaucoup parlé à sa mère qui est en vacances chez elle en ce moment et qui « *se fait du souci pour elle* ». Elle lui a expliqué comment le fait d'aller aux toilettes lui « *coupe les jambes* » par peur de « *l'après* ». Elle revient sur le fait qu'elle n'a jamais pu supporter à l'époque de sa cystite initiale que sa mère dise qu'elle n'avait rien car « *j'ai eu l'impression de me faire disputer* ».

Elle parle de la période où son père était parti et de son retour qui est pointé comme quelque chose d'incompréhensible. Elle ne parle de son père que dans les termes d'invivable et non

apprécié à ce titre par l'ensemble de la famille. Elle ne comprend vraiment pas pourquoi sa mère a accepté le retour du père alors qu'elle était soutenue par tous les membres de sa famille. Elle est persuadée que sa mère l'a fait pour ses filles et maintenant continue à le faire pour ses petits enfants car en effet c'est elle qui gardent les enfants de sa sœur. « *Elle essaie de contenter tout le monde* ».

Elle est persuadée que sa mère n'est toujours pas heureuse aujourd'hui mais elle est « *le moteur de la famille* ».

Elle rajoute cependant que ça ne se voit pas toujours au premier abord car elle s'est endurcie avec les années. Mais c'est quelqu'un avec qui on ne peut pas se disputer car « *je n'ai pas envie de la décevoir* ». Lise déclare avoir beaucoup de mal à recevoir son père qu'elle définit comme « *invivable* ». Avec lui « *l'atmosphère est toujours tendue* », « *il prend toute la place en ne faisant pas grand chose* », « *aucun discours n'est possible avec lui* ».

Elle lui en veut beaucoup de rendre sa mère triste et sa sœur lui en voudrait encore plus. Sa sœur aurait suivi géographiquement les parents pour soulager sa mère. Lise aimerait elle aussi «partir vivre près de sa mère mais cela est difficile avec le travail de son mari.

« *Si je pouvais redonner une meilleure vie à maman, je le ferais* ».

Je termine la séance par une séance d'hypnose qui va avoir un double objectif :

➔ anticiper les potentielles répercussions que risque d'avoir le départ de sa mère dans quelques jours par la réactivation de l'angoisse d'abandon vécue au moment du double évènement douleur cystite / déménagement des parents. Pour cela, en fin d'induction, je propose le conte métaphorique de la maman ours ( Mickael D. Yapko ) afin de transformer de façon positive le ressenti de la séparation et de l'autonomie.

➔ consolider le mouvement de diminution de la douleur dans lequel Lise se trouve depuis trois séances par la « réactivation de souvenirs libres de douleur ». Je m'inspire de la suggestion de M. Erik Wright. Les souvenirs libres de douleur sont en lien avec « *la légèreté, l'insouciance, le rire et la joie* ». Lise se voit « *sortir avec des amies, aller à la piscine, jouer et ne penser qu'à des choses simples* ». Je lui propose de ressentir fortement toutes les sensations qui y sont rattachées. Puis de revivre un épisode douloureux et de le remplacer par son souvenir agréable. Je lui demande de s'exercer à la maison tous les jours à cet exercice.

## **6 / SIXIEME ENTRETIEN : le cataclysme**

Lise arrive à cette séance en pleurs. J'ai l'impression d'un raz de marée qui déferle dans le cabinet. Ses premiers mots sont « *J'ai très mal* » et « *Ma mère est repartie cette semaine* ».

Elle semble aussi très perturbée par la question que lui a posé sa mère à savoir si elle assumait sa fille. Le débordement émotionnel est tel qu'elle a du mal à s'exprimer.

Je saisis cet état qui semble court-circuiter totalement sa pensée pour l'emmener directement vers le décrochage cognitif.

Avant l'induction hypnotique, je la fais verbaliser sur les idées immédiates émergentes en lien avec cette douleur. Elle évoque « *la tristesse, un quelque chose de pas normal, l'envie de faire partir, la peur que ça revienne, l'attente, le mal-être, le ras le bol, un quelque chose de pas naturel* ».

Après une induction basée sur la focalisation corporelle, je lui propose un portrait chinois de sa douleur pour pouvoir travailler avec ses représentations. Je lui demande de focaliser toute son attention sur l'endroit douloureux. Elle ne localise toujours pas. « *Je ne sais pas où exactement* » mais elle me donne comme informations « *la couleur rouge* », « *la forme cylindrique, comme un vagin* », « *un son métallique* » et « *la sensation de grattage ou de rape* ».

Me revient en tête le discours tenu par rapport à la naissance de sa fille avec le choc de l'allaitement « *la bouche qui tâte comme un pincement pas naturel* ».

Je lui demande ensuite de se concentrer sur un endroit de son corps qui correspondrait au soulagement. Elle choisit l'avant bras droit auquel elle associe la légèreté et la chaleur. « *la couleur bleue* », « *la forme allongée et longue* », « *le bruit sourd comme un tambour* » et « *la sensation d'endormissement* ».

Avec tous ces éléments j'approfondis la transe. Je saupoudre très régulièrement de « *laissez faire les choses comme elles se présentent car l'être humain opte pour ce qui est bon pour lui* ». Et j'entame un processus de transformations métaphoriques pour faire passer d'une image correspondant à la douleur à une image correspondant au soulagement. Je pense que c'est la première fois que je rentre totalement moi-même en transe hypnotique avec cette patiente et je suis incapable de retranscrire tout ce qui m'est venue en tête pendant cette séance d'où l'intérêt effectivement du film ou de l'enregistrement dont je me rends compte que je me suis privée. Tout ce que je sais c'est que la séance a duré 40 minutes que j'ai été surprise tout de même par certains flashes qui se sont fixés dans ma conscience comme « *ce petit bonnet en laine avec un cordon de soie que l'on attache avec précaution sur la tête des nourrissons pour les protéger du froid et de toute effraction extérieure comme une double enveloppe protectrice* ». J'ai utilisé cette métaphore afin d' « *envelopper le son métallique pour l'assourdir, pour le contenir dans des sonorités apaisantes* ». Ce bonnet devenait

« quelque chose de très feutrée qui étouffaient les bruits grinçants et les empêchait de résonner ». Un bonnet de bébé qu'on met « sur quelque chose qu'on ne veut pas entendre, pour pouvoir dormir ».

J'ai proposé de remplacer le cylindre par la forme allongée ou bien de « l'expulser, de la faire glisser vers l'extérieur ». Je l'ai sollicité pour le faire sous forme de jeu, un jeu imaginaire auquel « les petites filles aiment jouer avec leur insouciance de petite fille ». Et peu importait « la recette, les ingrédients de ce jeu » « tout simplement cheminer à votre rythme, sereinement, tranquillement vers quelque chose d'apaisant, se sécurisant... ».

Au sortir de la transe où j'ai pourtant observé Lise qui présentait tous les signes de dissociation, elle me déclare cependant qu'elle a la sensation de ne pas y être arrivé et « qu'elle a peur de me décevoir ». Je mets fin rapidement à la séance pour ne pas qu'elle rebascule trop rapidement dans le cognitif et me disant que le travail de réassurance sécurisant a opéré car elle utilise à mon égard les mêmes propos qu'elle avait évoqué pour sa mère idéalisée. Le travail d'accession à l'autonomisation se fera par la suite.

## ***7 / SEPTIEME ENTRETIEN : les bénéfices secondaires***

Il se passe presque un mois entre les deux séances. Lise a, par 2 reprises, reculé les rendez-vous pour des problèmes de mari puis de grand-mère.

Lorsque je la vois arriver, c'est une autre femme dans sa tenue. Elle est bien droite, semble sûre d'elle, ne porte plus « le manteau » de petite fille mais un vêtement beaucoup plus classique. Elle s'assoit posément. Je lui demande comment elle se sent et elle me dit que ça va beaucoup mieux et qu'elle n'a plus vraiment mal actuellement. Je suis naturellement très heureuse pour elle mais elle me ramène vers sa réalité :

Soit, elle ne souffre pas mais c'est parce qu'elle a repris le contrôle de son parcours médical. Elle a demandé à son médecin traitant de lui prescrire un anti-dépresseur et de plus elle a pris des rendez-vous avec d'autres spécialistes ( proctologue, gynécologue) pour explorer d'autres versants. Elle me dit qu'elle ne remet aucunement mon travail en question mais qu'elle n'est pas réceptive à l'hypnose qui n'est pas une approche qui lui convient.

Dans un premier temps elle me renvoie quelque chose d'assez violent dans mon idéal de thérapeute. Mais je comprends d'autant plus son ressenti de scepticisme que le mode de fonctionnement dans lequel elle s'est construite est le contrôle et la maîtrise par un surinvestissement de la sphère cognitive.

Et puis après cette introduction construite et massive, j'apprends que son mari la trouve

beaucoup mieux depuis ces dernières semaines mais qu' « *il se trompe* » . Et c'est parce qu'elle ressent son mal être intérieur qu'elle s'est fait prescrire un antidépresseur par son généraliste qu'elle a commencé il y a quatre jours.

Je réalise alors qu'il se produit chez elle un bouleversement et qu'un processus de changement est en train d'opérer. Mon ressenti de transformation que j'ai constaté à l'arrivée n'est pas purement subjectif puisque son mari l'observe aussi. De plus elle déclare souffrir beaucoup moins. Enfin, le séroplex prescrit ne peut pas avoir fait de l'effet au bout du quatrième jour. Tous ces éléments vont dans le sens de la mise en place d'un conflit intrapsychique qui jusqu'à présent s'était manifesté au travers du corps et de la douleur physique.

J'entends au travers de ces éléments que « ne plus avoir mal » signifierait, entre autre, pouvoir se réengager dans une activité sexuelle avec « *ce mari qui se trompe* » et qu'elle lâcherait ainsi les bénéfices secondaires du syndrome douloureux.

Après avoir fait le point sur la raison qui l'a fait s'engager dans une prise en charge psychologique de la douleur et en lui faisant prendre conscience que l'objectif est globalement atteint, je rentre dans sa logique cognitive en la rassurant sur ses choix d'explorer de nouveaux versants médicaux pour être bien sûre de n'avoir rien oublié dans les recherches causales organiques ou fonctionnelles. Puis je la rassure en lui disant que l'on peut travailler différemment ensemble si elle le désire , que l'hypnose n'est pas le seul outil bien que je pense qu'il est particulièrement adapté pour aller explorer des aspects non élaborés de son histoire infantile que je pense être à l'origine de sa manifestation douloureuse.

Je lui expose très succinctement mon hypothèse de réactivation de traumatisme psychique sans rentrer dans les détails de mon interprétation car elle n'est absolument pas prête à entendre certaines choses mais simplement pour lui donner envie de poursuivre de la façon dont elle le désire la prise en charge.

Au fur et à mesure de l'entretien, elle me déclare réappliquer à la maison la technique du point neutre émotionnel essentiellement avec les couleurs et les textures. Je me rends donc compte que bien qu'elle tienne un discours sceptique sur l'hypnothérapie , elle pratique tout de même l'autohypnose. Et elle rajoute qu'elle a du mal à se détendre en fait car elle pense à plein de choses. Je rebondis sur cette difficulté de se détendre pour lui proposer un simple « Ne rien faire » de Brosseau qu'elle accepte avec finalement aucune difficulté. J'associe à ce « rien faire » des images correspondant au bien être que j'ai pu récolté au fur et à mesure des séances avec une suggestion d'ancrage.

Au sortir de la transe, elle a un discours très paradoxal. Elle dit ne pas y être arrivé, ne pas

arriver à lâcher prise, à décrocher mais en même temps décrit la sensation que « *la tête s'est mise à tourner comme aspirée dans un syphon* » : « *c'est très compliqué, j'ai l'impression que c'est la guerre dans ma tête, que c'est le chaos* ».

Un autre rendez-vous est pris car elle désire continuer mais « *pour l'instant je ne veux que des séances pour parler* ».

Je vais respecter son rythme car les choses bougent trop rapidement en hypnose par rapport à ses capacités d'assimilation. Mais au sortir de la séance j'ai l'intime conviction qu'elle ira jusqu'au bout du travail thérapeutique car elle ressent que « *la douleur n'est que la partie visible de l'iceberg du psycho-traumatisme* ».

## **V / DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE**

Le comportement régressif que Lise a mis en place dès le premier entretien est un piège à éviter car l'objectif de la prise en charge était de la ramener au centre de sa propre vie pour qu'elle se la réapproprie en tant qu'acteur.

La mise en place de l'alliance thérapeutique favorisant la communication intersubjective est un moyen d'atteindre cet objectif. « *Une douleur soulagée est le fruit d'une participation active au sein d'une relation* » (Queneau et coll., 2001).

Chez les douloureux chroniques, l'écoute et le respect de la plainte sont au centre de la relation subjective à mettre en place car ces patients ont souvent des histoires personnelles avec une succession de rejets et d'abandons où les « échecs » des spécialistes qu'ils consultent entrent en résonance. Lors de la prise en charge, leur discours se focalise très souvent sur les affects et le vécu quotidien. « *La douleur est plus qu'un symptôme, elle est à la fois un comportement et un langage où la composante émotionnelle peut prendre le pas sur la sensation douloureuse* » (Queneau et coll. 2001). Trouver l'explication objective de la douleur, n'est pas un objectif en soi. Mais mieux comprendre le mal-être et entendre autrement la douleur permet de diminuer l'angoisse et l'inquiétant sentiment d'étrangeté qui lui est lié par l'absence d'objectivation médicale. J'ai dû quitter le « pourquoi la douleur » pour le « comment Lise souffre-t-elle » afin de pouvoir construire avec elle le mieux-être. L'appel à la reconnaissance du patient douloureux demande au thérapeute une mise au niveau de l'autre et de sa subjectivité. Grâce à l'alliance thérapeutique, à l'étayage et au travail sur le

« comment le patient souffre », le thérapeute peut créer le lien interpersonnel propice à l'accès à la souffrance et à son apaisement

Lorsque Lise est venue me consulter, sa demande était exclusivement axée sur la douleur et sur ce qu'elle engendrait.. Cette douleur se traduisait par une plainte et une focalisation cognitive sur les ressentis corporels de la zone douloureuse . Toute l'énergie psychique de Lise était tendue vers cet espace à la fois impossible à nommer et paradoxalement très signifiée par un geste circulaire au dessus mais à distance du corps « *cette zone là* ». Son discours et son comportement dépassaient la simple description douloureuse mais manifestaient l'expression de la souffrance qui renvoie elle-même à l'émotion et donc à la subjectivité.

Cette souffrance semblait davantage en lien avec l'anticipation de la douleur génératrice d'angoisse . Lise était de plus très stressée. Toutes ses ressources cognitives étaient mises au service de ce ressenti douloureux.

Le parcours médical de Lise témoignait de sa demande d'une explication causale organique ou fonctionnelle, seule représentation qu'elle était prête à accepter.

Or, d'emblée, elle faisait le lien temporel entre la cystite initiale et le sentiment d'abandon de sa mère qui ne l' « *avait pas soutenue* ». ni « *comprise* » ni « *entendue* » dans sa détresse du moment.

Aborder le vécu de la douleur et des représentations que Lise s'en faisait était donc nécessaire pour la mise en place d'une thérapie plus adaptée.

J'ai donc pris l'option de traiter la douleur au regard d'un vécu de traumatisme psychique que j'entendais derrière son discours même si Lise était plutôt dans la demande d'une résolution « *parcellaire* » de sa souffrance au travers du percept « *douleur* ».

Les mots employés, la localisation, la violence évoquée du ressenti me faisait penser à un problème d'abus ou d'agression sexuels. Toutefois l'investigation dans ce domaine n'a mené à aucun souvenir ce qui n'exclut pas un mécanisme de refoulement ou de déni.

Le déni est d'autant plus probable que lorsque Lise décrit les conflits conjugaux du couple parental, elle exprime quelque chose de très violent et de très lourd mais « *ne se souvient plus vraiment à part les cris et le ressenti de violence* ».

Mon hypothèse d'abus sexuel en tant que victime directe ou victime indirecte comme témoin d'abus reste à ce jour une interprétation qui se présente assez fortement à moi. Cependant il peut s'agir également du traumatisme d'un enfant témoin de violences conjugales répétées et ayant vécu dans un environnement d'humiliation et d'insécurité. Ce vécu pouvant aboutir à

une représentation négative et agressive de l'image du père et donc de l'homme au regard de la place de la sexualité au sein d'un couple.

Le soulagement éprouvé lors du départ du père lorsqu'elle avait 9 - 10 ans puis son investissement en tant que soutien de la mère à un âge où la protection aurait dû lui être apportée par un adulte référent, la parentification de cette fillette puis son incompréhension lorsqu'elle s'est sentie rejetée par sa mère qui, malgré tout son amour et son soutien, accepte le retour du père « *invivable et violent* » sont autant d'éléments qui ont pu inscrire ces évènements dans le cadre d'un psycho-traumatisme.

Son premier partenaire sexuel est très vite assimilé au danger et à la douleur et elle ne se dégage pas du lien qu'elle fait entre le stade génital de sa vie sexuelle et la pathologie infectieuse douloureuse.

Face à cet épisode de cystite douloureuse correspondant au début de sa vie sexuelle avec partenaire, Lise n'obtient pas le soutien de sa mère réactivant ainsi le choc du retour du père au domicile conjugal. La douleur chronique va avoir fonction de reviviscence de la scène traumatique.

Compte tenu de son histoire infantile et de sa structure psychique, les répercussions de cet évènement réactive le choc émotionnel qui s'inscrit en tant que psycho-traumatisme. La non prise en compte de l'épreuve qu'elle traverse tout comme celle de son éprouvé par rapport au père violent et abandonnique, l'incompréhension du choix de sa mère qui se tourne vers son mari violent plutôt que vers elle qui l'a soutenu durant cette année de CM1 et la crainte redoutée du retour du père sont autant d'éléments qui ont pu aboutir à cette souffrance psychique sur fond de douleur chronique.

Freud déclarait que dans les situations traumatisantes « *l'intensité des réactions émotionnelles contradictoires dépasse les capacités d'intégration de la personnalité : il ne peut être donné un sens par le sujet et l'expérience demeure comme un corps étranger dans le psychisme* ».

Ce corps étranger qu'elle veut faire « *passer ....partir.....comme de l'eau qui coule....* », le corps actant par cette douleur l'indicible de la situation primaire.

Lise perçoit la douleur mais reste en grande difficulté pour l'identifier. Elle date le début de cette douleur à une quinzaine d'années avec des variations dans l'intensité et la façon dont elle le vit mais ne considère la problématique que par le prisme d'une cause organique ou fonctionnelle. Elle est submergée par ce ressenti douloureux mais reste surtout dans l'incompréhension et la peur omniprésente de l'incapacité de la juguler.

La peur de l'après, de l'après miction se transforme en phobie du fait de son sentiment

d'impuissance. Cette douleur chronique qu'elle décrit ou plutôt la souffrance qu'elle engendre la mobilise au travers du percept somatique douloureux, mais aussi par ses impacts émotionnels et comportementaux au travers des angoisses et des phobies qu'ils engendrent ainsi que par le mouvement dépressif associé. Elle se retrouve ainsi confrontée à une comorbidité. La sphère cognitive est également submergée par la focalisation de l'intégralité de ses pensées en direction de cette douleur engendrant en retour un désinvestissement attentionnel et une difficulté à se concentrer dans les autres domaines. Il s'opère une distorsion cognitive qui se traduit par une attention sélective sur les stimuli internes de la zone ciblée. Lise devient réduite à sa douleur qui est la partie visible de l'iceberg de son traumatisme psychique.

Le cas de Lise nous renvoie à une clinique de la complexité (Barreed, Bioy 2013).

Pour aborder sa problématique, je lui propose l'hypnothérapie qui, je sais, va la déstabiliser dans son mode de fonctionnement où l'intellectualisation est un mécanisme de défense très opérant. Jusqu'à présent elle ne s'est tournée que vers des approches médicales avec un besoin de compréhension causale. D'ailleurs son insistance pour me donner le titre de Docteur malgré le fait que je la reprends à chaque fois sur ce qualificatif démontre cette volonté de ne pas quitter un domaine n'abordant que le somatique.

Je la sens dubitative et un peu réticente. Je la rejoins donc dans sa réalité psychique en validant les autres démarches médicales vers lesquelles elle pense devoir se tourner encore. L'alliance thérapeutique ainsi établie par la reconnaissance de sa douleur et le respect de ses croyances permet de la décider à tenter une approche « décalée » par rapport à ce dont elle s'attendait en venant consulter sur conseil de son médecin traitant.

Pour obtenir cette alliance je dois m'ajuster à cette juste distance émotionnelle nécessaire chez cette patiente douloureuse chronique pour qui le contact émotionnel bascule du trop proche au trop distant. Elle oscillera pendant la prise en charge entre un comportement de demande de réassurance voire de « maternage » puis de discours permettant la mise à distance affective comme mécanisme de protection lorsqu'elle rebascule dans des phases d'hyper-contrôle nécessaire pour enrayer son sentiment d'impuissance.

Le travail de réassurance que je mets en place avec Lise sera le socle de la co-construction du travail thérapeutique car je pressens chez elle un type d'attachement anxieux-ambivalent qui se dévoile au travers du surinvestissement émotionnel et de son incapacité à réagir de façon constructive aux sentiments relatifs à la perte. Sa difficulté exprimée à concevoir le rapprochement peau à peau, bouche à sein avec sa fille « *ce n'est pas naturel.....je ne peux*

*pas concevoir cette bouche qui tète à mon sein.... c'est l'horreur.....je suis choquée par l'allaitement....* » met à mal le lien car c'est le plaisir du contact qui soutient le comportement d'attachement.

Les représentations de l'attachement chez Lise semblent parfois un peu dissonantes entre le niveau sémantique ( mère idéale) et le niveau épisodique ( mère qui fait le choix d'imposer la violence du père en favorisant son retour contre l'avis de ses filles et de l'ensemble de la famille témoin des exactions du père et de son comportement violent inadapté).

Même si mon approche de la problématique de Lise s'opère au regard de sa demande de soulager la douleur, je travaille en parallèle le psycho-traumatisme. Mais je le travaille sous l'angle de l'angoisse d'abandon qui y est associée sans plaquer d'hypothèse rigide sur son origine.

Les bénéfices secondaires de cette douleur sont avant tout l'évitement des relations sexuelles et je garde en tête le syndrome d'évitement présent dans les troubles psycho-traumatiques qui se manifeste comme l'évitement phobique de toute situation se rapportant au traumatisme ou pouvant le rappeler. Que cet évènement soit réel ou fantasmé ou reconstruit à partir d'éléments dont la personne a été la victime ou le témoin de façon répétitive, baignant ainsi dans un climat d'insécurité constant à un âge où l'enfant n'est pas en mesure d'appréhender tous les contenus cognitifs mais qui « éponge » tous les contenus émotionnels.

L'intérêt de l'hypnothérapie est donc de pouvoir agir par métaphores sans aborder de face une problématique que la personne ignore ou dénie ou ne veut tout simplement pas évoquer.

Ce qui est le cas de Lise tout au moins au stade actuel de la prise en charge.

Si mon expérience antérieure à ma pratique de l'hypnose me ramène encore trop souvent vers un besoin d'interprétations, je les maintiens « *juste en dessous comme ressources personnelles potentielles* » pour pouvoir accompagner ma patiente vers l'objectif qu'elle est venue chercher à savoir la résolution de son percept douloureux en l'élargissant de façon implicite à la résolution de sa souffrance que je pense être à l'origine de la douleur chronique. Pour Roustang , « *l'hypnothérapie se contente de faire entrer dans le sens qui existe déjà , de faire éprouver ce sens et cette orientation dans la mesure où on s'y trouve plongé* ».

Et Lise saura utiliser ce qu'elle ressentira comme important pour elle dans une perspective de changement.

Et c'est en cela que l'éthique de l'hypnose ne me pose pas de questionnement particulier puisqu'elle est utilisée dans un cadre de psychothérapie et qu'en tant que psychologue

clinicienne, je m'inscris dans un cadre déontologique où seul l'intérêt de la personne et le respect de son intégrité est au centre de la démarche.

Lors du dernier rendez-vous, j'entends et respecte son « *pour l'instant je ne veux que des séances pour parler* » car « *c'est très compliqué, j'ai l'impression que c'est la guerre dans ma tête, que c'est le chaos* ».

Si la problématique de la douleur est pratiquement résolue, elle sait qu'il y a autre chose à résoudre. Ce sera à elle de savoir si elle veut le faire et, si oui, quand elle sera prête à le faire. Son « *pour l'instant* » laisse penser qu'elle a entrevu la partie immergée de l'iceberg mais que pour l'instant celui-ci flotte et qu'elle peut donc se laisser porter le temps qu'il faudra.

## **VI / CONCLUSION**

La situation de Lise en tant que point d'intersection d'un carrefour de plusieurs axes psychopathologiques m'a permis et va, je l'espère pour Lise, continuer à me permettre de me confronter à une pratique de l'hypnose créative et enrichissante.

L'hypnose a ouvert une porte pour permettre à Lise de se faufiler à son gré et à son rythme dans son monde intérieur afin de faire davantage que simplement soulager le symptôme douloureux.

L'accueil de ses affects et le respect de leur violence parfois présente vont, sans doute je l'espère, permettre de poursuivre le travail thérapeutique engagé. Mais cela devra se faire à son rythme, tranquillement, sans heurts.

La relation thérapeutique deviendra la scène sur laquelle pourra se jouer la régression nécessaire à la résolution de la problématique du psycho-traumatisme.

Winnicott déclarait que l' « *on atteint le point où il est possible de dévoiler le vrai self quand la confiance en l'autre atteint ce niveau où il est possible de lui déléguer la fonction de self de garde* ». J'espère que Lise m'accordera la confiance nécessaire pour lui permettre de changer son orientation à la réalité afin de se libérer de sa souffrance.

Pour Jay Haley, c'est lors des changements de phase du cycle de vie que nous sommes les plus fragiles, ce qui a pu être observé chez Lise.

Le passage à la vie d'adulte avec l'éveil à la sexualité génitalisée puis la naissance de sa fille sont, dans son discours, deux événements emprunts de douleur et de souffrance.

Les émotions ressenties alors ont été entretenues et se sont mis à mener le cours de l'existence de Lise.

La fixation traumatique semble dater de cette « *année de CMI* » qu'elle évoque dès le premier rendez-vous et dont elle garde physiquement et comportementalement l'emprunte.

Si le travail de régression se fait dans la suite de la prise en charge, l'hypnose le permettra d'autant plus grâce à l'activation des ressources auxquelles elle pourra accéder lors de la transe thérapeutique. Activation des ressources mais aussi modification des ressources grâce à un nouveau rapport au monde instillé par le phénomène dissociatif de la transe.

Je ne me permettrai pas d'aller au-delà de sa demande initiale si Lise n'en éprouve pas le souhait mais les signaux perçus lors de la dernière séance laissent à penser que quelque chose d'autre que le simple besoin de régler le phénomène somatique douloureux en lui donnant un sens organique ou fonctionnelle s'est mis en œuvre chez Lise, ce qui apparaît comme les prémisses d'une possible résolution psychique de sa souffrance. La dissociation et les suggestions métaphoriques lui ont permis d'entrevoir sa problématique sous un angle nouveau porteur d'ouverture et de remaniement ce qui n'était pas le cas auparavant, enclavée dans l'impasse de son syndrome douloureux.

Cette étude m'a plus que confortée dans mon objectif initial lors de ma décision de me former à l'hypnose qui était d'avoir un outil thérapeutique supplémentaire. Je sais dorénavant que l'hypnose fera partie intégrante de ma pratique car elle permet d'aller au-delà de la simple résolution d'un symptôme en permettant à la personne de se repositionner face à elle-même et son fonctionnement psychique acquis. Elle ouvre à des mondes nouveaux qu'elle laisse entrevoir et permet d'aller utiliser des ressources inexploitées.

Plutôt qu'un lâcher prise n'a-t-on pas affaire à une reprise en main de son potentiel interne ? L'inconscient au service du conscient.

Je terminerais par une phrase du Dalai-Lama « *Rien n'est figé, ni l'individualisme ni la violence ne sont une fatalité. Nous avons en nous le pouvoir de faire changer les choses et d'être heureux ensemble* » qui résonne avec la vision de Roustang lorsqu'il sort du domaine réservé de la thérapie pour s'intéresser à « *une manière d'être au monde, une façon de se poser dans l'existence, une modalité de fonctionnement* ». Rajoutant que « *si l'hypnose bénéficie d'un regain d'intérêt, elle le doit peut-être à un épuisement de l'individualisme occidental* ».

L'hypnothérapie permet ce partage au travers du dialogue de deux inconscients en rétablissant le pouvoir d'imaginer, c'est-à-dire de transformer la réalité qui souvent s'impose à nous au travers de schémas qui sont de fausses croyances acquises et de retrouver le pouvoir de reconfigurer le monde.

## **VII / BIBLIOGRAPHIE**

### **LIVRES :**

- Berger M.** , *Voulons-nous des enfants barbares: prévenir et traiter la violence extrême*, Dunod, 2008, p. 18-21
- Bioy A. et Celestin-Lhopiteau et al**, *Hypnothérapie et hypnose médicale*, Dunod, 2014
- Bioy A. et al**, *L'aide-mémoire d'hypnose*, Dunod, 2010-2013
- Bioy A. et Michaux D. et al**, *Traité d'hypnothérapie*, Dunod, 2007-2013
- Bowlby J.**, *Attachement et perte*, PUF, 1978
- Chamberland C.**, *Violence parentale et violence conjugale: des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées*, Presse de l'université de Québec, 2003
- Chertok L.**, *L'hypnose*, Payot, 2002
- Corydon Hammond D. et al**, *Métaphores et suggestions hypnotiques*, Satas, 2004
- Cyrulnick B.**, *Ces enfants qui tiennent le coup*, Martin média., 1998
- Dayan M. et al.**, *Trauma et devenir psychique*, PUF, 1999
- Garland C.** , *Comprendre le traumatisme, une approche psychanalytique*, Editions du Hublot, 2001).
- Freud S.**, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard
- Haley J.**, *Un thérapeute hors du commun: Milton H. Erikson*, Desclée de Brouwer, 2007
- Ionescu S. et Blanchet A.**, *Psychopathologie clinique, psychopathologie et psychothérapie: cours de Master psychologie*, PUF, 2007
- Pierrehumbert B.**, *L'attachement, de la théorie à la clinique*, Eres, 2005
- Roustang F.**, *Qu'est-ce que l'hypnose?*, Ed. de minuit, 2013
- Servant D.**, *La relaxation: nouvelles approches, nouvelles pratiques*, Masson, 2011
- Tarquinio C. et Montel S.**, *Les psycho traumatismes*, Dunod, 2014
- Young J. et al.**, *La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité*, De boeck, 2008

### **REVUES :**

- Cavro E.**, *Douleurs et Intersubjectivité*, Le journal des psychologues, 2007/3, n° 246, p. 30-34
- Daligand L.**, *Les enfants du désordre : Violences conjugales*, Le journal des psychologues,

n°255, mars 2008

**Jury P.**, *Violence intrafamiliale ordinaire, une clinique systémique de l'individu*, Thérapie familiale, 2003/3, vol.24, p.275-287

**Moroni C. et Laurent B.**, *Influence de la douleur sur la cognition*, Revue thématique Psychologie Neuropsychiatrique, 2006/4, p. 21-30

**Rentsch D. et al.**, *Douleurs chroniques et dépression: un aller-retour?*, Revue médicale suisse, 2009/5 :1364-1369

**Rey Hanson H.**, *Les violences conjugales: pour une clinique du réel*, Journal international de victimologie, n°11, 2008

**Smaga D. et al.**, *L'hypnose et les troubles anxieux*, Revue médicale suisse, 2010/6 : 330-333

### **RAPPORTS, MEMOIRES et COLLOQUES**

**Nusbaum F.**, *La douleur chronique, un problème de santé publique: l'hypnose comme modèle de restauration de l'endocongruence*, Thèse de doctorat en psychologie Université Lyon II, 2008

### **LIENS INTERNET**

**<http://www.memoiretraumatique.org/psycho-traumatismes/generalites.html>**, association mémoire traumatique: retentissement des violences sur les victimes, 2009

**<http://www.hypnose.fr/articles-et-theses/article-definition-hypnoses-thioly/>**

**<http://www.hypnose.fr/articles-et-theses/>**

**RESUME : LA DOULEUR CHRONIQUE EN TANT QUE PARTIE VISIBLE DE  
L'ICEBERG DU PSYCHO-TRAUMATISME**

Lorsque la douleur chronique se fait le voyant clignotant d'un psycho-traumatisme non élaboré, l'hypnothérapie prend tous ses quartiers de noblesse car elle va permettre à cette patiente, grâce, entre autre, au phénomène dissociatif et aux suggestions métaphoriques, de se saisir des éléments qui lui sont utiles pour avancer à son rythme dans un travail de modification de son rapport au monde induisant le changement favorable à la résolution de sa souffrance psychique. L'angoisse d'abandon sera au centre de la prise en charge du psycho-traumatisme sur fond de vécu infantile de violence intra-familiale.

La douleur chronique va être le symptôme sur lequel la patiente se focalise et qui va motiver sa demande de prise en charge psychothérapeutique. Elle réduit ainsi sa souffrance psychique à une douleur somatique plus acceptable au regard de son intégrité psychique.

La mise en place d'une alliance thérapeutique va permettre, dans un premier temps, un travail de réassurance nécessaire chez cette patiente présentant un lien d'attachement non sécure. L'hypnose, en tant que mode de relation potentiellement régressif, va pouvoir susciter des nouvelles représentations imaginaires permettant un réaménagement d'une juste distance émotionnelle favorable au retour d'un équilibre psychique.

**Mots clés:** Douleur chronique, Psycho-traumatisme, Hypnose, Distance émotionnelle