



Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie

Année universitaire 2019-2020

Comment l'hypnose peut aider les patients souffrant de douleurs chroniques à élaborer les vécus de culpabilité ?

Sous la direction de Madame Jennifer LAFONT- CASSAN

Psychologue clinicienne et Hypnothérapeute

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements à l'ensemble de mes patients.

Je tiens à remercier Mme LAFONT-CASSAN pour sa disponibilité et ses conseils, qui m'ont guidé dans la réalisation de ce mémoire.

Un grand merci à tous les intervenants de la formation, qui ont pris le temps de venir partager leurs outils, leurs connaissances et leurs pratiques.

Je souhaite remercier ma collègue Marie-Pierre, qui par son écoute a soutenu mon questionnement tout au long de cette formation.

Je remercie chaleureusement tous mes compagnons de formation, pour nos échanges et le soutien collectif dont le groupe a su faire preuve, au cours de cette année particulière.

PLAN

1 - INTRODUCTION	4
2 - REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX et PROBLEMATIQUE	6
A - Douleurs chroniques	6
B - Sentiment de culpabilité	9
C - Attachement	11
D - Hypnose	15
E - Problématique	17
3- METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	18
4 - DONNEES CLINIQUES	21
5 - DISCUSSION	35
A - Contexte	35
B - Hypnothérapie	36
C - Questions éthiques	41
6 - CONCLUSION	44
7 - BIBLIOGRAPHIE	45

1 - INTRODUCTION

Je suis psychologue dans un centre hospitalier depuis la fin de ma formation universitaire. Au cours de mes enseignements et notamment de mes stages, j'ai eu l'opportunité d'être encadrée par des psychologues qui étaient tous engagés dans des démarches de formation régulière, dans l'optique de poursuivre leurs formations initiales et d'acquérir de nouveaux outils : psychanalyse, photo-langage, PNL, hypnose... Cette attitude de questionnement et d'engagement, couplée avec la qualité de leur travail a fortement impacté ma vision de ce que devrait être la profession de psychologue.

J'ai travaillé de longues années auprès d'un public adulte âgé. Je me suis investie auprès des patients et de leurs familles, auprès des soignants, des professionnels hospitaliers et du grand public. J'ai animé des ateliers, mis en place et assuré des formations. Je me suis engagée dans des sociétés savantes et des réflexions éthiques. Tout ceci représente un important travail, bien au-delà des demandes et attentes de l'institution, mais qui est le reflet de ma conception et de mon investissement dans ma profession. Si la gériatrie continue à me plaire et à beaucoup m'apporter, j'ai ressenti le besoin d'élargir mon horizon, ce qui m'a amené à vouloir faire évoluer mon affectation. C'est pourquoi, depuis quatre ans, je partage ma pratique entre service gériatrique et service de prise en charge de la douleur.

Dans les suites de mon arrivée dans ce nouveau service hospitalier, j'ai pu bénéficier d'une formation interuniversitaire sur la douleur, indispensable à ma pratique. Au cours des entretiens, j'ai été interpellé par la présence d'affects de honte et de culpabilité dans le discours des patients souffrant de douleurs chroniques, en résonance avec une mauvaise estime de soi. Dans le cadre du travail de réflexion demandée, j'ai décidé d'orienter mon mémoire sur cette problématique. Il est ressorti de cette étude, qu'à part quelques rares cas de patientes ayant une bonne estime de soi sans sentiment de honte et de culpabilité, la très grande majorité des patients sollicités avait effectivement une mauvaise estime d'eux-mêmes et de forts sentiments de honte et de culpabilité. Ces sentiments et ressentis sont bien évidemment néfastes à leur bien-être mais ont également un impact négatif sur l'évolution de leurs pathologies et sur leur investissement dans le processus de soins.

Suite à ce constat, mais limité par les moyens financiers des sujets pour une orientation auprès de collègues exerçant en libéral, limité également par l'institution qui exige une prise en charge régulière de nouveaux patients dans un temps de travail limité et confronté aux difficultés d'élaboration des patients, j'ai été amené à chercher de nouvelles voies thérapeutiques.

Ma pratique personnelle d'activités à médiation corporelle telles que la méditation de pleine conscience et le yoga, m'a sensibilisé à l'importance de l'investissement du corps. C'est une dimension fortement mise à mal chez les sujets souffrants de douleurs chroniques, qui ne voient souvent en leur corps que « l'ennemi à abattre », objet de souffrance et responsable de l'ensemble de leurs maux.

Mes échanges lors de conférences et temps de réflexion clinique avec des psychologues pratiquant l'hypnose, mais aussi les réunions pluridisciplinaires au sein du service autour des patients avec mes collègues formés à l'hypno-analgésie, sont venus tout naturellement entrer en résonance avec mes besoins. Mes questionnements ont permis que chacun m'apportent des informations complémentaires et un approfondissement de mon projet, encouragé par nombre d'entre eux.

C'est ainsi que j'ai commencé à suivre l'enseignement universitaire et à pratiquer l'hypnose.

J'ai commencé à pratiquer auprès de patients que je connaissais bien, sans doute pour me rassurer en pouvant plus facilement m'appuyer sur l'alliance déjà établie et mes connaissances sur eux. Puis j'ai élargi ma pratique à mes nouveaux patients. Jusqu'à présent ce ne sont pas les patients qui ont été demandeur de l'utilisation de l'hypnose, la proposition est venue de moi. J'ai rapidement eu des retours positifs et j'ai perçu comme un nouvel investissement, une relance de la dynamique dans mes plus anciens suivis. J'ai également observé une évolution dans ma pratique professionnelle, passant d'une attitude d'observation (peut-être un peu fixée sur la recherche de signes de transe et de signaling) à une autre forme de présence, plus à l'écoute de l'autre. Même l'ambiance dans la salle de consultation n'est pas identique après une séance, comme rechargée d'une certaine énergie, dont a concrètement bénéficié une patiente épuisée.

Ces patients souffrants, figés sur leurs douleurs, avec un lien d'attachement insécuré, renforcé par une faible estime d'eux-mêmes, qui n'osent demander de l'aide ni exprimer leurs ressentis, comment leur venir en aide ? La détente corporelle que procure souvent l'état hypnotique a été un élément clé dans plusieurs situations, permettant au sujet de vivre autrement son corps, ce corps qui une fois mis au repos permet à l'esprit de retrouver ses compétences et de s'exprimer.

C'est pourquoi, j'ai souhaité mettre au travail dans ce mémoire, la question de l'utilisation de l'hypnose dans la relation thérapeutique pour favoriser les sentiments de sécurité du sujet et ainsi les possibilités d'élaboration des affects de culpabilité.

Pour commencer, la théorie sera questionnée sous l'angle de la douleur chronique, des sentiments de culpabilité, puis des liens d'attachement et de l'hypnose. Ensuite la problématique sera interrogée au regard d'entretiens cliniques. Et enfin, les analyses seront confrontées à la théorie dans le but d'amener des éléments de réponse.

2 - REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX et PROBLEMATIQUE

A - DOULEURS CHRONIQUES

La douleur, tout être humain en a fait ou en fera un jour l'expérience. C'est avant tout un signal d'alerte qui se manifeste quand il existe une menace pour l'intégrité de la personne. Eminemment individuelle, dérangeante, difficilement communicable, au point que les soignants sous estiment régulièrement la douleur déclarée par le patient, au point que le sujet souffrant a souvent l'impression de ne pas être entendu. On est tous amené à la vivre pourtant sans jamais pouvoir la partager vraiment. Alors comment définir la douleur ? Qu'est-ce que la douleur chronique ? Et quelle peut être la place du psychologue dans cet univers ?

C'est en 1986 que l'IASP (International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion. »

Cette définition a le mérite de souligner qu'il n'y a pas de corrélation entre la sévérité d'une lésion et l'intensité de la douleur. C'est une expérience subjective d'une perturbation physique. La douleur entraîne une fixation de l'attention, et ainsi une réduction du monde sensoriel et émotionnel du sujet. Elle est amplifiée par l'imagination et la mémoire. Le patient douloureux est plongé dans une expérience perceptive qui devient prioritaire face à la perception ordinaire de la réalité. Ses mouvements volontaires laissent la place à des gestes de protection et d'évitement.

La douleur est plurielle, elle est le résultat de facteurs cliniques, biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. La douleur est avant tout une sensation corporelle qui impacte le corps organique, mais aussi le corps psychique. La douleur se positionne à l'intersection des émotions et des sensations, carrefour entre la psyché et le soma.

La douleur est donc ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est. C'est ce qu'en dit la personne qui la ressent, au travers de son rapport à son corps, à son image et aux autres. Le sujet est le seul à avoir un savoir sur son vécu. Traiter la douleur c'est appréhender la personne dans les différentes dimensions de son histoire. La douleur est ressentie individuellement et s'exprime par le comportement et le langage.

Le Breton (2010) a écrit que la douleur marque un individu et déborde sur son rapport au monde et ne peut se concevoir sans retentissement moral. Elle est donc souffrance. Le sujet en souffrance est le seul à connaître l'étendue de sa peine.

La douleur ne se prouve pas elle s'éprouve et sa force d'impact est propre à l'individu qui la ressent. La douleur n'écrase pas que le corps, elle écrase l'individu, elle brise l'écoulement de la vie quotidienne et transforme la relation aux autres ; elle déborde sur l'existence.

La douleur va nécessiter une aide quand le sujet a l'impression de ne plus savoir faire, ou qu'il n'a plus de ressources disponibles, ou bien que la douleur est trop difficile à gérer, car les stratégies antérieures ne sont plus efficaces. La douleur vient impacter un individu particulier, à un moment donné de son histoire, dans un contexte de vie, qui lui est propre. En fonction de toutes ses dimensions, des problèmes émotionnels, relationnels, professionnels... peuvent émerger. Le corps devient alors le messager d'une souffrance. Ce sont parfois ces blessures anciennes qui vont favoriser le développement d'un état douloureux chronique.

En 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) donne cette définition de la douleur chronique : c'est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, et entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.

L'HAS précise que la douleur chronique peut être accompagnée :

- de manifestations psychopathologiques ;
- d'une demande insistante par le patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors que le patient déclare leur inefficacité à soulager ;
- d'une difficulté du patient à s'adapter à la situation.

La douleur est considérée comme chronique lorsqu'elle persiste au-delà de 3 mois, malgré une prise en charge adaptée. Elle a alors perdu sa fonction de système d'alarme qui protège l'organisme et résulte d'un dérèglement du système de perception de la douleur.

Bioy (2019), nous apprend que dès l'apparition d'un syndrome douloureux chronique chez un sujet, vont être mobilisés : la sensorialité (son ressenti perceptif est modifié), la conscience (la personne ne se reconnaît plus) et le sens (« la situation ne semble plus en avoir et consécutivement à cela, tout le champ des valeurs qui permet à quelqu'un de se définir se retrouve bousculé et en berne »).

C'est pourquoi, tout travail dans le champ de la douleur chronique implique de s'appuyer sur le modèle bio-psycho-social, qui permet une perspective multidimensionnelle. En effet, la douleur a plusieurs composantes, auxquelles le psychologue se devra d'être attentif, pour ne pas se limiter à une simple écoute d'une douleur physique, mais bien être réceptif au sens de cette douleur, à la souffrance associée et à comment le sujet la vit et l'agit.

Fort de ces éléments de définition, essayons de voir quelles sont les implications psychologiques de cette douleur au long court, pour le sujet qui la subit.

La douleur est difficilement nommable, d'où l'utilisation de métaphores « coup de poignard, chocs électriques... ». Le langage est souvent en peine pour l'exprimer, mais pour le sujet son ressenti est bien réel. De sorte, que la douleur instaure un décalage dans la communication entre le sujet douloureux et celui qui ne l'est pas. Elle donne l'impression au sujet douloureux qu'il devient incompréhensible pour l'autre, ce qui sera source d'importantes attentes et souffrances. Incompréhension renforcée par la méconnaissance de ce syndrome par le grand public, qui n'est confronté souvent « qu'à la douleur aiguë » et par le caractère invisible de ce handicap. De plus, le vécu d'un temps figé, inhibe toute envie de dire, surtout quand le sujet ne parvient plus à se projeter.

Pour Bioy et collaborateurs (2020) en douleur chronique, la composante émotionnelle est parfois plus importante que la composante sensorielle. La chronicisation d'un syndrome douloureux s'accompagne souvent de stress, insomnies, perte des activités et de multiples réaménagements dans plusieurs secteurs de la vie du sujet. Le cortège de pertes (fonctionnelles, professionnelles...) associée à la douleur chronique est pourvoyeur de dépression. L'humeur triste est une zone refuge, le somatique prédomine et le vécu dépressif en est une conséquence. L'impact psychologique, traduisant une tentative d'adaptation au handicap en modifiant les comportements, est constitué d'une atteinte émotionnelle et narcissique affectant aussi bien l'humeur du sujet que ses relations et peut revêtir un sens plus ou moins conscient pour le sujet et impliquer des remaniements intrapsychiques. La dépression peut parfois émerger avant le syndrome douloureux, il s'agit souvent de cas où les pertes et la culpabilité sont au premier plan. La douleur est alors à considérer comme un mécanisme de défense contre une angoisse ou une désorganisation psychique.

Allons un peu plus loin et essayons de comprendre un peu mieux ce qui se passe pour le sujet. Pour cela nous allons nous appuyer sur l'article de Reynier (2010). Il explique que la douleur exerce une attraction sur le sujet le forçant à se concentrer en permanence sur ce qui l'affecte. Etant intense et rebelle, la douleur chronique force le sujet à se confronter au réel de son corps : il est faillible et mortel. Sa confiance dans le monde va alors vaciller. Les objets de son environnement, contaminés par la douleur, ne sont plus perçus avec la certitude antérieure et favorisent le doute. Un doute qui à son tour contamine la globalité de la perception et s'introduit dans la conscience, en rendant le corps incertain. La douleur menace et abîme le corps jusqu'à ce que ce dernier soit perçu comme un ennemi par le sujet ; il met alors à distance ses perceptions, bonnes ou mauvaises.

Le corps qui est un support identitaire et une interface entre soi et l'environnement, se trouve mis à mal par la douleur, empêchant le sujet douloureux de trouver ses repères nécessaires à la poursuite de son évolution. En étant malgré lui happé par la douleur à l'intérieur, le sujet se voit retiré, tenu à distance d'un monde et des autres qui lui apparaissent de plus en plus lointains lorsqu'il tente de les appréhender. La douleur le fait se sentir étranger à lui-même, aux choses et à autrui, avec qui il a le sentiment d'avoir moins de choses en commun. Ce qui a pour conséquence d'installer le doute et de favoriser une altération du sentiment de confiance chez le sujet. La confiance en soi étant impacté cela va venir contaminer négativement l'estime de soi, qui à son tour va être génératrice de sentiments négatifs sur de nombreuses dimensions : image, valeur personnelle, compétences...

Cette fragilisation de l'estime de soi sera également visible au travers des sentiments de culpabilité et de honte exprimés par le sujet. Que ces sentiments soient réactionnels au long parcours jalonné d'incompréhensions et de maladresses auxquels ils ont été confrontés avant d'être reconnus dans leur statut de sujet souffrant de douleurs chroniques et/ou qu'ils soient en lien avec les facteurs d'apparition de la pathologie, avec un traumatisme antérieur ou bien avec leur histoire personnelle.

B - SENTIMENT DE CULPABILITE

En accord avec ce que nous avons pu observer lors d'entretiens psychologiques avec les patients souffrants de douleurs chroniques, Bioy et ses collaborateurs (2020), confirme que l'on retrouve dans le discours des patients douloureux du vocabulaire témoignant d'une souffrance psychique et sociale, se rapportant à la honte et à la culpabilité.

Nous pourrions envisager, à notre niveau, la culpabilité comme étant ce désagréable sentiment d'être responsable lors d'un événement indésirable. Mais alors pourquoi ce sentiment est-il si présent dans ce contexte ?

Le caractère aléatoire des douleurs confronte les sujets à leur impuissance à contrôler leur corps et fait naître un sentiment d'insécurité et une perte de confiance, avec le sentiment de culpabilité de ne plus être comme avant. Mais également, le fait de ne pas répondre au traitement, de ne pas être un bon patient suscite un sentiment de culpabilité qui vient malmener une confiance en soi déjà abimée.

En renonçant à la vie sociale les relations s'appauvrissent et évoluent souvent vers une mise à distance, majorant le sentiment de culpabilité du sujet douloureux. Si au cours de la construction du sujet il y a eu des traumatismes, on va les retrouver dans la relation de soin, autour des notions d'impuissance, de honte, de culpabilité et de déception.

Revenons à quelques éléments de définitions. La honte et la culpabilité se différencient dans le rapport qu'elles entretiennent avec les instances psychiques.

La honte est le résultat d'une tension entre le Moi et l'Idéal du moi, dû à l'échec du moi au regard de son projet narcissique ; ici le moi n'est pas fautif mais indigne. C'est le regard de l'autre qui crée le sentiment de honte. On se perçoit à travers son regard et on est obligé d'affronter ce qu'on y voit avec lucidité. Le silence du sujet renforce son sentiment de honte, en parler c'est déjà s'engager vers la résolution. En parler à une personne bienveillante n'est pas à craindre, car elle va au contraire aider le sujet à se construire. Créer l'environnement propice à la libération de la parole va être une des gageures du psychologue.

La culpabilité résulte d'une tension entre le Moi et le Surmoi suite à une transgression effective ou fantasmé d'un interdit. Elle est issue de l'expérience d'avoir perdu un objet d'amour, de l'avoir abîmé. On peut dire de la culpabilité qu'elle représente l'un des moteurs et l'un des enjeux de la vie psychique, dès son origine. La culpabilité peut être confiée et sa mise en récit revêt une fonction libératrice. La culpabilité peut être expiée.

La honte et la culpabilité sont deux affects qui, comme toutes les émotions, peuvent se vivre plus ou moins intensément. Elles peuvent nous affecter à des degrés divers, suivant le contexte, l'environnement et les personnes présentes lors de leur surgissement. Elles sont une sorte de régulateur social, qui permet à chacun de déterminer au mieux comment se comporter au milieu des autres. Ainsi, selon si nous sommes entourés de personnes bienveillantes ou non, l'impact et les conséquences ne seront pas les mêmes.

Ciccone et Ferrant (2015) eux définissent différents types de culpabilité.

La culpabilité « *signal d'alarme* », qui indique au moi une situation de danger, externe ou interne, une menace qui rappelle une conflictualité antérieure, déjà connue, et qui a été génératrice d'un sentiment pleinement éprouvé de culpabilité. La culpabilité signal d'alarme permet au moi de se préparer, de se protéger, d'agir pour modifier la situation et éviter un débordement par l'affect de culpabilité.

La culpabilité pleinement « *éprouvée* », qui envahit plus ou moins le moi, le débordant éventuellement. La culpabilité actuelle, éprouvée, est liée à des situations traumatiques.

Toutes les tentatives de modification, d'ajustement, de changement ... au niveau des traitements et de l'hygiène de vie, fréquentes chez les sujets douloureux, sont à voir comme un mouvement, une tentative de reprise de contrôle, un premier traitement de la culpabilité. La culpabilité est le témoin d'un mouvement d'appropriation.

Si l'on respecte ce mouvement, si l'on tolère cette culpabilité et ce travail d'élaboration suffisante de la culpabilité, on permettra alors au sujet de prendre en compte, petit à petit, de son histoire ce dont il est innocent. Puis de faire la part raisonnable, de ce qui lui revient et de ce qui ne lui revient pas.

Qu'en est-il de ces sentiments chez les sujets souffrants de douleurs chroniques ?

Chez ces patients de multiples éléments sont pourvoyeurs de sentiment de culpabilité : les atteintes physiques et le handicap, l'incertitude vis-à-vis de ses capacités et de son avenir avec perte du sentiment de contrôle, ne pas répondre aux attentes des médecins et de leurs proches, la mise à distance du réseau relationnel avec un certain isolement, le caractère invisible du handicap renforcé par de l'incompréhension...

Ce sont là des axes de travail pour le thérapeute, à développer avec ces patients, à travers un cadre suffisamment sécurisant pour permettre la libération de la parole et l'énoncé de ces affects. En effet, le psychologue travaille à travers ce qu'il est amené à écouter et à entendre.

Ainsi, l'entretien psychologique par une mise en mots peut réactiver la pensée du patient, lui permettant alors de dépasser le cadre d'une simple description. Le psychologue invite le sujet à investir un espace de parole, dans une tentative d'élaboration et de mise en sens de sa souffrance.

Faire le constat de la présence ou non de ces sentiments chez le sujet souffrant de douleurs chroniques est un premier pas dans la compréhension de l'autre, mais ce n'est pas suffisant. Si nous voulons être à même de pouvoir élaborer des hypothèses sur son organisation et son fonctionnement psychique, il va nous falloir venir questionner quels peuvent être les processus sous-jacents. Notre rencontre avec la patiente choisie pour notre travail de réflexion, a créée l'opportunité de venir interroger la notion de modèle d'attachement du sujet. En effet, très rapidement au cours des entretiens sont apparus des liens forts et distants, conflictuels, ... mais aussi un sentiment d'insécurité. Cette théorie devrait pouvoir nous éclairer sur les émotions, comportements et actions du sujet, et donc sur ses possibles réactions et son adhésion ou non aux propositions thérapeutiques.

C - ATTACHEMENT

Revenons d'abord à la théorie de l'attachement. Mistycki et Guedeney (2007), nous rappelle que la satisfaction du besoin de proximité inné du bébé et la réassurance émotionnelle qu'elle procure sont à l'origine de la construction du lien d'attachement du bébé avec la personne adulte qui prend soin de lui et le protège, qu'on nomme figure d'attachement. Le phénomène de base de sécurité est une notion fondamentale de la théorie de l'attachement. Lorsqu'il se sent en sécurité, le bébé se sert de sa figure d'attachement, souvent la mère, comme une base de sécurité à partir de laquelle il découvre le monde environnant.

L'enfant doit se sentir en sécurité pour partir à la découverte et explorer tranquillement son environnement. Une disponibilité émotionnelle et physique harmonieuse de la part de la figure d'attachement est essentielle pour que le bébé puisse développer un attachement sécurisé.

Le lien d'attachement est un lien spécifique, unique, durable et irremplaçable, chargé d'émotions, entre deux êtres humains. Selon la théorie de l'attachement, ce lien nous pousse à rechercher et à trouver auprès de certaines figures, un sentiment de sécurité et de réconfort quand nous ressentons de la détresse ou que nous sommes en situation de tension ou d'impuissance. L'attachement est un système inné qui s'active soit parce que l'environnement est perçu comme hostile, soit parce que l'individu ressent un déséquilibre interne (douleur, faim, fatigue, maladie...). Ce système se caractérise par un ensemble de comportements ou d'actions, qui visent à atteindre un objectif particulier : permettre au sujet de retrouver une proximité avec ses figures d'attachement, de même qu'un équilibre général physique et émotionnel, pour lui permettre de revenir à un sentiment de sécurité interne.

Le style d'attachement représente une variable individuelle interagissant avec la régulation émotionnelle et le coping. Un style d'attachement insécure est à considérer comme un facteur de risque entraînant un mode d'ajustement au stress moins efficace. Au contraire, un attachement sécurisé est une ressource interne pour le sujet, qui lui permet d'évaluer positivement les situations et d'y faire face de manière constructive. L'attachement sécurisé semble représenter un facteur de protection pour un développement optimal et pour un bien-être psychologique.

Barbey-Mintz (2011) développe ces propos, en précisant que disponibilité, réactions prévisibles de la part d'adultes cohérents et fiables, qualité des réponses et adéquation aux besoins de l'enfant, continuité et séparations limitées dans le temps sont les principales conditions de la construction d'un sentiment de sécurité du lien, qui met l'enfant en confiance et lui permet de développer, en toute tranquillité, ses nouvelles compétences cognitives et ses capacités de régulation émotionnelle.

Ainsi l'enfant qui a expérimenté un lien d'attachement sécurisé développe le sentiment qu'il a toujours quelqu'un pour répondre quand ça ne va pas, que l'on peut avoir confiance dans la disponibilité des figures d'attachement, dans les capacités de l'environnement à répondre de façon adéquate aux besoins de réconfort. L'enfant sécurisé construit également une image de lui-même digne d'amour et d'intérêt, puisqu'il a trouvé du réconfort quand il en a eu besoin. Cette image va venir colorer son estime de soi tout au long de sa vie. Ces représentations sont malheureusement différentes chez les enfants avec un lien d'attachement insécure.

Guédeney (2011) revient sur l'idée clé de John Bowlby, qui a fondé la théorie de l'attachement. Si chaque fois que l'enfant a été dans la détresse, les personnes qui s'occupent de lui ont répondu de manière adaptée à ses besoins d'attachement, c'est-à-dire de manière rapide, sensible et réconfortante ; alors l'enfant développera à la fois une image mentale de l'autre comme digne de confiance, disponible, fiable et également une image mentale de soi ayant de la valeur, digne d'intérêt et d'amour. Il développera aussi un sentiment d'efficacité personnelle. Pour se sentir une personne significative il faut d'abord s'être senti une personne importante aux yeux de ceux qui nous ont élevés. De sorte que le sujet aura le sentiment d'avoir de la valeur même dans les situations de vulnérabilité, d'alarme et d'émotions négatives.

Si le lien d'attachement a été théorisé en premier sur l'enfant, ce mode de relation intervient tout au long de la vie du sujet, influençant ses comportements d'adulte. En effet, les relations d'attachement dans l'enfance sont internalisées pour former des schémas cognitifs durables qui vont influencer les réactions du sujet lorsqu'il se trouve en situation de stress.

Toujours d'après Guedeney (2011) l'estime de soi d'un sujet permet de comprendre jusqu'à quel point le sujet croit en ses capacités de prendre avec succès les bonnes décisions ou d'agir efficacement. L'estime de soi comme sentiment de compétence personnelle est liée à la théorie de l'attachement, au recours libre à la figure d'attachement comme base de sécurité. Le cœur du concept de base de sécurité est que la confiance dans la bienveillance et la sollicitude d'une figure d'attachement promeut l'exploration et la compétence. Il s'agit de développer son sentiment de capacité à compter sur soi et sur ses ressources propres. Un adulte sécure est capable de vivre l'incertitude ou les difficultés comme un défi et non comme une menace.

Ainsi, ce modèle nous permet de comprendre si l'adulte aura recours ou pas à des stratégies d'adaptation face à la douleur chronique orientées vers la recherche de soutien social. Les profils d'attachement insécure ont été identifiés comme étant fréquemment associés à un déficit en coping fonctionnel face à la douleur chronique, ainsi qu'à des niveaux plus importants d'intensité douloureuse et d'incapacité perçue. Un lien existerait chez l'être humain entre le type d'attachement de l'enfant à sa mère et la prévalence des douleurs chroniques à l'âge adulte. La qualité de l'attachement à la mère conditionne la sensation de sécurité, la sociabilité et les troubles de l'attachement mènent à l'angoisse et divers troubles. La capacité d'un adulte à s'accommoder de ses douleurs semblerait dépendre de la sollicitude qu'il a reçue dans son enfance et déterminerait la manière dont il s'auto-console dans les situations difficiles.

Inconsciemment le sujet est guidé dans ses relations interpersonnelles par ces schémas, notamment dans la manière dont le sujet interprète ses interactions avec les autres : est-ce qu'il mérite de recevoir de l'aide ? Le style d'attachement du sujet va influencer la recherche d'aide auprès des professionnels de santé. Les sujets sécures reconnaissent leur vulnérabilité ; ils vont avoir tendance à faire confiance aux autres pour leur apporter de l'aide et ils s'autorisent à exprimer leurs ressentis négatifs sans que cela impacte la relation avec les soignants. Alors que les sujets insécures ont des difficultés à admettre leurs symptômes et donc à estimer qu'il mérite de l'aide, ils sont aussi plus réticents vis-à-vis des soignants.

Si cela peut nous sembler évident à nous professionnels de la psychologie, pour Monsieur/Madame « Toutlemonde » pourquoi aller voir un psychologue ?

Parce que la parole partagée dans une relation thérapeutique active le cerveau verbal et conscient permettant aux émotions d'exister et offre ainsi à nouveau la possibilité de les réguler. La narration des événements passés permet la reprise en douceur du processus initialement avorté. Avec l'aide du thérapeute, les émotions sont verbalisées, identifiées et accueillies avec bienveillance. Mais également, car l'intervention psychothérapeutique peut contribuer à remanier les modèles internes opérants insécures du sujet en lui apportant une autre qualité de relation. Le thérapeute doit construire une alliance thérapeutique avec son patient en jouant le rôle de figure d'attachement « sécurisante ».

Le thérapeute va devoir fournir une base de sécurité suffisamment rassurante pour permettre au sujet d'explorer son monde interne. La relation sécure avec le thérapeute favorise l'autonomie ultérieure du sujet par rapport au processus thérapeutique.

Le fait que le soignant soit conscient du style d'attachement du patient lui permet de mettre en place des propositions thérapeutiques adaptées afin d'améliorer l'alliance thérapeutique. Cependant, le style d'attachement ne fait référence qu'à un aspect de l'expérience humaine, il informe sur le patient mais ne le définit pas dans toute sa complexité.

Comme nous l'avons vu en formation : par l'utilisation d'un vocabulaire particulier, de techniques de communication spécifiques, par le positionnement du thérapeute... tous ces éléments font de l'hypnose un mode de fonctionnement psychologique particulier notamment par sa réassurance. N'est-ce pas à partir de ces éléments, que l'hypnose serait propice à l'établissement d'une relation thérapeutique sécure, nécessaire pour permettre au sujet de venir se poser, se reposer et oser partir explorer son monde intérieur ?

D - HYPNOSE

Bioy (2017) a défini l'hypnose comme est un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi.

L'hypnose est un accompagnement respectueux et bienveillant du patient, qui permet de renforcer l'alliance thérapeutique, de faciliter l'usage des techniques thérapeutiques spécifiques, et de maintenir dans le temps les progrès thérapeutiques. Comme nous l'explique Bioy et Servillat (2017), par l'utilisation des outils hypnotiques de communication, tels que la formulation positive, le saupoudrage, le mimoring (entre l'attitude du sujet et celle du thérapeute), le pacing, le signaling (qui rassure le thérapeute sur le confort du sujet mais rassure également le sujet, inconsciemment, sur son confort), la répétition d'une induction (sorte de ritualisation rassurante)... il s'installe une relation de confiance entre les deux personnes en présence. De même que l'orientation du travail sur la solution, vers un but à atteindre (et non le problème dont on veut se débarrasser) et la formulation claire d'un objectif positif permet au sujet de savoir avec précision où il va et en toute confiance. L'objectif de travail doit être raisonnable, le plus petit possible et concret « A quoi verrez-vous que cet objectif est atteint ? » Tous ces éléments viennent rassurer le sujet et installer une relation sécurisée, qui sera nécessaire pour que le sujet accepte de s'ouvrir à l'expérience.

En effet, selon Fareng et Plagnol (2014), l'objectif en hypnothérapie est que le sujet se détache du souci de contrôle pour s'ouvrir à l'expérience. Le sujet est invité à laisser de côté son esprit conscient et rationnel, de façon à travailler avec l'imaginaire sur des ressentis, des images, des perceptions. On ne parle d'hypnose que lorsque le sujet a expérimenté une perception différente de son expérience habituelle et qu'il répond aux suggestions autrement que s'il était en état normal de conscience.

Quelle peut être la place de l'hypnose en thérapie de la douleur chronique ?

De façon générale, on pourrait dire que l'hypnose, dans le cadre de la psychologie clinique, est employée pour effectuer un travail de médiation corporelle. Si les perceptions du corps changent, c'est qu'en parallèle un travail psychique s'effectue. Tout comme le sujet n'a pas nécessairement perçu quand, comment et pourquoi le problème est apparu ; il n'a pas besoin d'avoir conscience des éléments de sa résolution.

Pellegrini (2008), retrace que l'hypnose éricksonienne, grâce aux recherches actuelles, réapparaît dans le champ médical comme un outil thérapeutique reconnu digne d'intérêt dans le traitement de la douleur.

Par ses impacts directs sur la douleur (modulation de l'intensité), son retentissement émotionnel (symptomatologie dépressive et anxieuse, baisse de l'estime de soi) et comportemental (insomnie, fatigue, tensions corporelles) et ses possibles facteurs d'amplification (dramatisation, anticipation anxieuse, catastrophisme) l'hypnose peut permettre un soulagement et une amélioration de la qualité de vie. Associée à des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses, l'hypnose n'est jamais exclusive.

L'hypnose permet de modifier la focalisation induite par le contexte des douleurs, en détournant l'attention vers un corps qui peut être autre chose que souffrance, qui peut faire vivre d'autres sensations que la douleur. L'esprit se décentre et la personne peut revivre d'autres expériences. L'hypnose réalise une sorte de « lâcher-prise » qui permet des possibilités d'action de l'esprit sur le corps et de travail psychologique à un niveau inconscient. Elle n'est pas un pouvoir mais un savoir. La psychothérapie est faite par le patient lui-même, le thérapeute fournissant la possibilité et le contexte pour se faire. Il aide le patient à mettre en route des programmes inconscients de recherche de solutions à des problèmes.

Elle se veut permissive et non autoritaire permettant au patient de garder son libre-arbitre. Elle contribue par le choix des suggestions hypnotiques à une prise en charge adaptée et personnalisée, non seulement au sujet, mais aussi à sa problématique et à son environnement. C'est ainsi que rassuré par le mode de communication et le positionnement du thérapeute, le sujet va se sentir suffisamment en sécurité pour s'autoriser à venir vivre autre chose dans son corps. Fort de cette nouvelle expérience il pourra peut-être partir explorer par la suite ses sensations, ses émotions.

Ce sera alors l'opportunité de replacer le sujet face à ses ressentis et ce qu'il est, afin qu'il perçoive différemment sa réalité. En se saisissant de l'hypnose pour mobiliser ses ressources personnelles, le sujet devient acteur de sa prise en charge et développe ainsi son sentiment de capacité à compter sur soi et sur ses ressources propres.

Ce qui vient d'être énoncé peut susciter un véritable engouement, cependant il faut raison garder. L'hypnose n'est pas une thérapie efficace pour tout le monde. Et puis, loin d'être facile, son utilisation nécessite de la part du thérapeute une façon singulière de communiquer et d'être présent, qu'il se doit d'adapter à chaque rencontre. Breton (2020) écrit que l'intense présence du thérapeute s'inscrit dans une conscience active de ce qui est, se déroule dans l'instant et advient. Cette présence est pensée chez Rogers et Roustang comme une disposition d'être, une capacité du thérapeute à se mettre en mouvement dans l'espace de la rencontre. « C'est dans la transe hypnotique, lieu de la trans-formation, que le patient se réactualise.

Cette possibilité est ouverte lorsque le thérapeute, qui ne veut rien, n'attend rien, mobilise l'intelligence de son corps, sa sensorialité sa disponibilité à l'autre et s'appuie sur le silence, pour convoquer le changement. »

E - PROBLEMATIQUE

A partir d'observations cliniques dans le cadre de mon travail dans une structure de prise en charge de la douleur : la présence de sentiments de culpabilité dans le discours et la réflexion sur les liens d'attachement afférents ; nous pouvons nous demander : est-ce que l'utilisation de l'hypnose dans la relation thérapeutique peut favoriser les sentiments de sécurité du sujet et ainsi les possibilités d'élaboration des affects de culpabilité ?

Confrontons cette problématique à la clinique à partir du suivi d'une patiente.

3 - METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Présentation du cadre

La patiente dont il sera question dans ce travail est reçue dans le cadre d'un service de prise en charge de la douleur en secteur hospitalier. Les patients sont adressés par un médecin et reçus prioritairement par un algologue qui définit ensuite avec le patient des propositions thérapeutiques (traitements médicamenteux ; thérapies physiques : TENS, rTMS, laser, massages... ; thérapies psychocorporelles : musique, manupuncture, hypnose...). Il est rare que les patients demandent spontanément à rencontrer la psychologue du centre. Ce sont plus souvent les intervenants (médecins, infirmières, secrétaires) qui évoquent cette possibilité et propose une rencontre. Ma pratique à mi-temps ne me permet pas de voir aussi souvent que je le souhaiterais les patients. Les séances sont bimensuelles pour ceux qui sont dans une phase nécessitant un soutien plus important, mais le plus souvent les entretiens sont mensuels. J'ai la chance de pouvoir consacrer environ une heure à chaque patient. Ce qui semble être un temps confortable pour une rencontre permettant à la fois des échanges et un travail avec l'hypnose. Les patients sont prévenus que le travail n'aura pas la même forme qu'une prise en charge en libéral : dans la fréquence, la durée, le coût : gratuité, prise en charge des frais de transport...

Beaucoup de patients sont orientés vers mes collègues médecins et infirmiers pour découvrir l'hypnose et apprendre l'autohypnose dans le cadre de la gestion de la douleur.

J'ai choisi de vous présenter un cas : une jeune femme rencontrée alors que j'avais déjà commencé ma formation, que j'ai choisi de nommer : Agathe.

Présentation de la patiente

Agathe est une jeune femme d'une trentaine d'années. Elle est technicienne de laboratoire, elle travaille à plein temps. Son travail lui plait, elle décrit une bonne entente entre collègues, mais avec beaucoup de pressions et une charge de travail quotidienne conséquente.

Elle vit en couple. Elle dit de son conjoint qu'il est très compréhensif et à l'écoute. Les rapports intimes sont problématiques depuis environ 6 ans, à cause des douleurs. Tout à son écoute, dès qu'il perçoit un inconfort, se met rapidement en retrait. Il ne souhaite pas avoir d'enfant, c'est un choix de vie source de divergence entre eux. A travers son discours, je le perçois plutôt passif au sein de leur vie de couple (loisirs, décisions, engagement...).

Elle est fille unique et peut compter sur le soutien de ses parents. Elle les décrit comme effondrés face à cette pathologie dont souffre également sa mère. Ils pleurent à chaque fois qu'elle aborde le sujet. Elle ne semble pas avoir d'autres membres de sa famille dont elle serait proche et avec qui elle pourrait se confier.

Elle n'ose pas parler de sa pathologie et des douleurs associées à ses amis qu'elle perçoit comme encore plus malades qu'elle, car souffrant d'autres pathologies.

Elle a dû arrêter son sport de combat, ses loisirs artistiques et ses sorties du fait de ses douleurs, perdant ainsi un important réseau de soutien et d'occasions de se ressourcer.

C'est une jeune femme qui a déjà un long parcours de douleurs. Elle a mobilisé beaucoup de ressources personnelles et d'énergie pour faire reconnaître ses problématiques et être adressée aux spécialistes compétents. Son parcours a été difficile, avec la nécessité pour elle d'insister fermement pour avoir accès à des spécialistes. Elle dit se sentir perdue, voire même « déconfitée » par le manque d'explication et les écarts entre le discours qu'on lui tient et la teneur des courriers adressés à son médecin.

Elle a quotidiennement des douleurs ciblées au ventre depuis juin 2018, qui l'ont amené à consulter en urgence. Plusieurs mois et examens après, les médecins évoquent une endométriose peu importante et lui propose un traitement par pilule contraceptive. A partir de ce moment-là elle a une recrudescence de ses douleurs qui s'accompagnent d'hémorragies persistantes. Elle est alors orientée vers une spécialiste, qui lors des examens détecte une endométriose bien plus avancée et étendue que prévue initialement. Cela aura pour conséquence une orientation vers une démarche de Fécondation In Vitro, avec une décision à prendre très rapidement compte tenu de son âge et de l'avancée de la pathologie. Ce sera l'occasion de remises en questions personnelles et familiales difficiles, avec des choix de vie déterminant à faire. Elle débutera seule les démarches.

Dans le même temps son dossier passe en consultation pluridisciplinaire pour une orientation en parallèle vers le centre douleur de l'hôpital. Lors de la rencontre avec un des algologues du service, il lui est proposé un traitement médicamenteux antalgique ayant une activité anti-hypersensibilisante, de même que l'apprentissage et l'utilisation d'un appareil de stimulations antalgiques transcutanées (TENS) et une prescription de séances de kinésithérapie orientées sur les zones musculo-squelettiques douloureuses (points gâchette). Compte tenu de ses réponses au questionnaire HAD, qui montre un score d'anxiété de 8/21 et un score de dépression à 11/21, le médecin propose une rencontre avec la psychologue pour gérer l'aspect émotionnel et cognitif des douleurs.

Elle vient facilement à la consultation psychologique, consciente du besoin qu'elle a d'exprimer ses vécus et émotions. Durant tout ce travail je vais pouvoir la rencontrer en moyenne tous les quinze jours. Dès la fin de notre premier entretien, je l'informe de la possibilité d'utiliser l'hypnose dans la thérapie, en évoquant son intérêt dans la gestion de la douleur et comme la découverte d'une autre façon d'appréhender son corps. Elle adhère d'autant plus à la proposition que l'algologue lui en avait déjà parlée comme une proposition thérapeutique intéressante pour son cas. Quand je l'interroge sur ce qu'elle souhaiterait comme objectif, elle exprime vouloir reprendre son sport de combat et ses sorties du week-end, où elle ne va plus de peur d'avoir mal ou d'être mal.

4 - DONNEES CLINIQUES

Deuxième rencontre

Suite à notre première rencontre, je lui demande son consentement pour travailler sur nos séances dans le cadre de mon mémoire de formation, ce qu'elle accepte sans réserve.

Elle revient sur notre entretien précédent. Elle dit s'être sentie bizarre mais bien dans la soirée. Par contre elle me rapporte que le lendemain, au travail, elle échappe une caisse contenant toutes ses préparations. Alors qu'elle arrive à la rattraper, un bécher contenant de l'eau tombe et se brise. A la suite de cet incident elle s'est mise à pleurer abondamment, sans discontinuer, sans savoir pourquoi, pendant longtemps. Ce qui a été désagréable pour elle, outre le fait de ne pas savoir la raison d'une telle manifestation c'est surtout le fait de ne pas avoir trouvé d'endroit pour s'isoler.

Je lui propose pour terminer notre entretien de découvrir l'hypnose. Elle s'installe dans le fauteuil du bureau, se cale avec le coussin. Et après une induction longue passant par les sens et la détente du corps, je lui suggère de découvrir un lieu agréable. La manière dont on nous a présenté cet outil en formation : l'accent mis sur la sensorialité, qui est souvent mis à mal avec la douleur et le fait de vivre quelque chose de différent dans son corps, m'amène à penser que cela peut être une bonne entrée en matière pour lui faire découvrir l'hypnose.

Au retour elle dit avoir eu envie de rire au début, ce que j'avais perçu et ratifié. Elle dit se sentir apaisée mais triste. « Quelqu'un est venu, quelqu'un de perdu » Elle raconte s'être retrouvée sur une plage en Thaïlande, avec une petite cahute, le bruit de l'eau et sa grand-mère paternelle (qui est décédée il y a longtemps) est venue faire du yoga avec elle sur la plage (c'est elle qui l'a initié à cette pratique). Elle confie qu'elles étaient très proches et se met à pleurer.

A la fin de la phase de travail, avant le retour, je lui avais suggéré de ramener quelque chose : comme un souvenir d'un voyage. Je lui demande si elle a effectivement pu ramener quelque chose, elle me répond : « ma grand-mère ».

Cet incident dans son travail, où elle a lâché-prise, si bouleversant émotionnellement alors que sans conséquence, pourrait être un signe d'un autre « lâcher-prise », dont il faudrait sécuriser l'endroit d'expression pour ne pas la mettre à mal, elle exprime bien combien cela a été inconfortable pour elle de vivre cela aux yeux de tous ses collègues.

Comme elle a, au cours du premier entretien, évoqué spontanément un sentiment de culpabilité par rapport au suivi que le centre lui propose, estimant ne pas assez souffrir pour le mériter, témoignant ainsi d'une faible estime d'elle-même et comme elle a bien adhéré à la séance sur le lieu agréable, je décide de m'orienter sur un renforcement de la confiance en elle, notamment à travers un sentiment de sécurité. Ce qui m'amènera à lui proposer de travailler autour de son lieu sûr.

Troisième rencontre

Au début de la rencontre suivante, dans le cadre de ma réflexion pour mon mémoire, je lui demande de remplir une échelle d'estime de soi et un questionnaire sur les affects de honte et de culpabilité. Il ressort qu'elle témoigne d'une très faible estime de soi cotée à 20/40. Au questionnaire de sentiments personnels (PQF-2) elle obtient un score de 8/40 pour les sentiments de honte, ce qui est faible, mais un score de 20/24 au sentiment de culpabilité. Ce qui va dans le sens de ce qu'il m'avait semblé percevoir lors de nos premiers entretiens : une prégnance des affects de culpabilité qu'elle exprime, avec peu d'affects de honte.

Nous prenons quelques instants d'échanges, sur des éléments factuels : les vacances qui arrivent, l'inactivité professionnelle et la procrastination du conjoint...

Puis nous venons sur l'hypnose et son vécu de la première séance d'hypnose. Elle rapporte spontanément « J'ai l'impression que j'ai un poids qui s'est enlevé. J'ai l'impression que je l'ai ramené (sa grand-mère) avec moi. Maintenant quand je pense à elle je souris, avant je pleurais. C'est agréable. »

Elle dit avoir beaucoup réfléchi depuis cette séance à « pourquoi, pourquoi... », elle fait le lien entre elle et cette grand-mère qu'elle a toujours connu malade (4 cancers entre 1987 et 2009, année de son décès). « Je pense que c'est pour ça que je culpabilise, elle a été tellement forte, pourquoi je suis pas comme elle ? »

Je lui propose alors, comme je viens de le découvrir dans un cours récent, de convoquer sa grand-mère, de la faire venir à côté d'elle comme figure symbolique, pour qu'elle lui parle et lui apporte sa parole et ces temps difficiles pour elle-même. Mon idée est alors de m'appuyer sur ce lien fort entre elle. Elle lui fera dire « C'est rien, continue ! Arrête de t'apitoyer sur ton sort, bouge-toi ! ».

Je fais remarquer que ce sont-là des paroles qui me semblent dures. Elle reconnaît que sa grand-mère était étayante pour elle sauf dans le domaine de la santé. Elle a conservé d'elle une image d'une femme très forte, qui ne se laisse pas abattre, alors même qu'elle narre des souvenirs où elle est alitée et souffrante.

Pour éviter de rester sur cette seule note, je lui propose de convoquer une autre personne à ses côtés, pour qui elle a une certaine admiration. Elle convoque Léonard de Vinci, qu'elle admire pour sa persévérance, son côté artiste et pour avoir tout abandonné et être parti. Elle lui prêtera ses propos : « de me concentrer sur ce qui me fait du bien, y'a des hauts et des bas; pour le moment c'est un bas, mais il y aura forcément des mieux. »

Pour terminer notre séance, je lui propose donc de partir à la découverte de son lieu sûr. Je lui précise bien qu'il n'est pas évident de le construire dès la première fois, que nous allons y revenir régulièrement pour qu'elle ait le temps de se l'approprier, et je fais un parallèle avec les esquisses de Léonard de Vinci, prémisses de ses œuvres.

Je lui propose une induction longue, avec concentration sur les sens, sur le corps avec un body-scan rapide puis sur la respiration.

A son retour, elle me dit avoir vu une chaise balancelle à côté d'elle et elle, assise, avec la tête sur les bras au bord d'une cheminée avec un grand feu chaud. Elle évoque aussi avoir ressenti l'impression d'être en conflit, avec des gens qui voulaient entrer.

Ces gens qui veulent rentrer, me conforte dans mon hypothèse d'une faiblesse du sentiment de sécurité intérieure et m'incite à penser que dans les séances suivantes il sera certainement important que l'on travaille à individualiser son lieu et à le renforcer peut-être au moyen de barrières, d'un animal...

Lors de la convocation de sa grand-mère comme personne symbolique, elle fait le lien entre l'image qui lui reste de cette femme forte qui ne se laisse pas abattre face à la maladie grave et sa propre attitude qu'elle percevait comme défaillante, venant accentuer son sentiment de culpabilité et sa faible estime d'elle-même.

Quatrième rencontre

Au début de notre séance suivante, elle raconte sa semaine de vacances. Elle a eu en garde son filleul de 6 ans ½ pendant quelques jours. Elle le décrit comme un petit garçon énergique et obéissant. C'était une première pour tout le monde. Cela a également été l'occasion de confronter son couple à une situation, où leurs avis divergent. « Ça m'a permis de voir comment il (son conjoint) était hyper-rigide. Je comprends qu'il en ait pas envie (d'avoir des enfants). J'ai dû composer avec lui ! Il a fait des efforts, mais... »

Elle se dit tiraillée entre l'envie d'être enceinte, de donner de l'amour à un enfant et la peur de finir vieille fille et d'être seule au monde. « Avant je me disais qu'on avait le temps, je vois le temps qui avance et y'a rien qui change. »

C'est une thématique forte et d'actualité, puisque compte tenu de sa pathologie elle peut demander la congélation de ses ovules, mais avec son âge elle n'a que peu de temps (quelques mois) pour la procédure. Procédure qu'elle avait déjà tentée d'initier l'été dernier, mais son conjoint a refusé de faire les examens le concernant. Elle résume alors sa pensée ainsi : « Quitter l'homme qu'on aime pour essayer d'avoir un enfant sans être sûr que ça marche ou rester avec celui qu'on aime avec un grand vide ? »

Puis nous revenons sur la dernière séance d'hypnose : elle rapporte avoir régulièrement retrouvé le feu de cheminée. Je lui propose alors de retourner dans ce lieu sûr, pour le développer, toujours dans mon idée de la sécuriser pour favoriser l'expression et l'élaboration. Je lui fais une induction longue avec détente du corps par un body-scan et centration sur la respiration. Je m'attache à garder la même forme d'induction à chaque fois, car elle lui convient et avec l'idée que cela pourra lui constituer une trame si nous mettons en place de l'autohypnose.

Je lui propose de pouvoir parler si elle le souhaite, afin que je puisse mieux suivre où elle en est. A ce moment-là, elle pince les lèvres. J'en comprends qu'elle ne souhaite pas s'exprimer.

Quelques instants plus tard je lui demande où elle est. Elle me répond alors sur un ton relativement proche de la conversation, ce qui me fait m'interroger sur le fait qu'elle soit réellement en transe. Elle me raconte être au fond d'un trou dont elle ne parvient pas à sortir. Elle voit la lumière en haut mais ne peut sortir. Je lui suggère un escalier qui monte pour rejoindre la surface, elle dit que les marches sont glissantes. Juste avant dans la phase de travail, je lui avais proposé d'amener dans son lieu un animal totem, afin de renforcer le sentiment de sécurité. Elle dit ne pas en avoir. Je lui propose alors, comme nous l'avais évoqué l'intervenante en formation, de lui prêter le sien, il va pouvoir venir jusqu'à elle et l'aider à s'en sortir. Elle me dit alors qu'ils sont bloqués par un plafond de verre. Puis elle dit vouloir retourner au fond « y'a un feu et puis je suis toute seule. » Je lui demande si elle est confortable au fond. Elle dit se sentir perdue, en boule sous son plaid, elle a peur.

Je lui rappelle qu'elle est installée dans le fauteuil de la salle de consultation, avec moi, en sécurité.

Mon inexpérience et ma propre crainte face à cette situation, me font lui proposer alors de retourner sur la plage évoquée dans son lieu agréable lors de notre première séance d'hypnose. Je lui suggère que sa grand-mère est présente à ses côtés. Elle y retourne mais elle sent un trou sous ses pieds et que si elle lâche la barre elle tombe « comme si je faisais le début d'un toboggan. »

Au retour elle me dit qu'elle n'arrêtait pas de tomber dans ce trou infini, qu'elle avait l'impression de tomber avec que du noir autour d'elle. Puis qu'elle s'est dit « tombe ! Va au bout ! » Elle s'est retrouvée en boule sous son plaid, par protection. Quand je lui ai suggéré de revenir sur la plage de son lieu agréable, elle s'est retrouvée sur le toit de la cahute avec le trou en bas « je sentais qu'il m'aspirait, si je lâchais je tombais. »

Compte tenu de ce contexte, vu son malaise à son retour, je lui propose de la ramener en hypnose pour aller directement dans son lieu agréable. Elle accepte immédiatement.

Après une induction plus courte, je lui suggère la plage en Thaïlande, la présence de sa grand-mère qui lui parle et la guide. J'évoque toutes les sensations positives qu'elle peut ressentir. Puis je lui demande si elle est bien. Elle me répond que oui, alors je l'invite à profiter de ses sensations pendant un instant.

Au retour elle me dit que ça été dur d'y aller, qu'il y avait comme un fossé qui aspirait la mer et le sable. Au début comme une ombre, puis un fossé, puis une ombre. Sa grand-mère a réussi avec des gestes de ses mains à faire éloigner l'ombre.

Après elle s'est retrouvée toute seule en boule dans la cahute, puis sur le sable avec l'eau qui venait. Quand j'ai évoqué le sens du goût, elle s'est retrouvée assise en tailleur dans la cahute avec un plat de pâtes thaï, elle était bien. Elle conclut en disant « un long parcours ».

Au moment de partir, elle me dit avoir l'impression qu'elle a une ombre au-dessus de la tête, je lui dis de faire le lien avec l'image d'un petit bonhomme soucieux, qui avance avec un petit nuage noir au-dessus de sa tête ; que les nuages partent avec le vent. Elle dit ne pas aimer avoir quelque chose au-dessus de sa tête. Il est vraiment tard et je ne peux pas prolonger plus la rencontre.

Je lui dis que si elle est vraiment gênée, elle peut, en prenant le temps de s'asseoir et de respirer comme nous le faisons en début de séance, essayer de changer la forme ou la couleur de cette ombre. Je lui rappelle aussi qu'elle peut me contacter par le biais du secrétariat en cas de besoin.

Inquiète et déroutée, je discute de la situation avec des collègues psychologues formé à l'hypnose, qui me conseillent de rediscuter de l'ombre avec elle et si elle est toujours présente de travailler à une réification. On me conseille également d'interroger ses premiers rapports sexuels et le couple.

Dans les jours qui suivent, nous avons une session de formation en visio-conférence. Je profite du temps de supervision pour exposer cette situation qui me préoccupe. Les paroles de l'intervenant aident à ce que les premiers enseignements commencent à prendre sens : j'ai trop voulu l'aider et chercher que la démarche ne lui soit qu'agréable. Tout à mon envie d'apprendre à utiliser l'hypnose, j'ai oublié qu'il s'intègre dans une prise en charge psychologique, qui est un travail personnel compliqué et pas toujours plaisant.

Comme l'a dit Roustang (2015) « La tentation la plus sournoise pour mettre un terme à sa propre angoisse est de chercher une solution au problème ; on pense que tout de même il faut bien faire quelque chose. »

Le superviseur me conseille de la laisser se confronter à ses expériences sensorielles, tout en la rassurant sur ma présence, pour qu'elle se confronte au silence et au vide. En effet, il est nécessaire d'après Roustang, d'avoir un passage par l'impression de vide pour que les manières habituelles de penser et d'agir, productrices de symptômes soient mises en suspens et en échec.

Le fait que j'utilise la même induction, à chaque fois, avec elle, au-delà de l'intérêt d'une appropriation par la patiente, est également de créer une sorte de ritualisation, gage de réassurance sensé l'aider à partir en hypnose avec un plus grand sentiment de confiance.

C'est sans doute ce qu'il aurait fallu que j'accentue encore lors de cette séance, peut-être avec du saupoudrage, pour renforcer son sentiment de sécurité, là où elle était.

Comme l'ensemble de mes patients, je vais la contacter par téléphone durant la période de confinement.

Elle est confinée à domicile en télétravail, avec son conjoint, dans un espace insuffisant pour lui permettre d'échanger librement.

Cinquième rencontre

Dès la levée du confinement, elle reprend rendez-vous avec moi. Nous sommes alors restés 3 mois sans nous rencontrer.

Pour elle, cela a été une période confortable. Elle a dû faire plusieurs semaines en télétravail, pendant lesquelles elle a ressenti moins de pression à exécuter ses tâches, moins de dérangement et elle a été moins en contact avec ses supérieurs. Depuis son retour au travail, elle pense à une reconversion et s'interroge sur la pertinence de déclarer son handicap à son employeur.

Le travail à domicile, lui a offert une plus grande liberté de tenue et position, ce qui lui a permis de mieux s'adapter à ses douleurs chroniques. Elle reconnaît n'avoir quasiment pas eu de douleur pendant le confinement. Elles sont revenues une semaine après la reprise de poste, accompagnées d'une hyperémotivité, l'amenant à régulièrement craquer au travail. Lors de son entretien annuel, il lui sera reproché une baisse d'efficacité durant la dernière année.

Un an après le diagnostic, elle a l'impression de ne pas avoir de suivi médical, que la maladie n'est pas maîtrisée, ce qui lui fait peur.

La cohabitation avec son conjoint s'est fort bien passé, heureux qu'elle soit là il a été aux petits soins pour elle. Ils ont pris plaisir à être ensemble. Cependant, ils n'ont toujours pas repris de relations intimes, du fait de sa peur.

Elle a beaucoup réfléchi à la question de la maternité, avec l'impression que quoi qu'elle choisisse elle sera malheureuse. Elle dit avoir envie d'un tout petit bébé et s'interroge sur le lien avec sa peur d'être seule, de devenir une vieille femme qui n'a personne autour d'elle. Je l'encourage à préciser sa pensée, elle me décrit des gens tellement en manque d'enfant qu'ils s'immiscent dans la vie des autres. Pour elle, ses choix sont biaisés car elle a moins de chance de réussite et plus de risques du fait de sa pathologie et puis son conjoint reste opposé à l'idée d'avoir un enfant.

Je ne peux m'empêcher de relever, dans son entretien du jour, le nombre d'éléments de peur qu'elle rapporte : la peur d'être seule, la peur de l'absence de maîtrise de sa maladie, la peur d'avoir mal lors des rapports sexuels. Compte tenu de ma dernière expérience avec elle en hypnose, ne me sentant pas sûre, je suis réticente à retourner travailler sur le lieu sécurisé avec elle. Par contre, le fait qu'elle est ramené sa grand-mère et qu'elle me semble être un élément sécurisant, m'incite à m'orienter plus vers les personnes que le lieu.

Le fait qu'elle ait spontanément initiée la démarche pour reprendre son suivi avec moi, dès la levée du confinement, ne peut-elle pas être vu comme une marque d'un lien de confiance ? L'alliance entre le thérapeute et le sujet est indispensable, car elle va constituer un ancrage pour maintenir le suivi et l'investissement dans la prise en soin.

Sixième rencontre

A notre séance suivante, elle arrive en colère contre sa nouvelle cheffe, qui n'a pas ni les bonnes connaissances et donc le vocabulaire adéquat, ni les compétences pour le poste qu'elle occupe. Ce qui amène l'équipe à travailler en dehors des bonnes pratiques réglementaires. Elle demeure dans l'idée d'une reconversion et pour se faire elle a demandé à bénéficier d'un bilan de compétence.

Dans cette ambiance, les douleurs apparaissent comme un modérateur de ses émotions et de ses gestes, la rappelant au calme et l'obligeant à se recentrer. Elle reconnaît que c'est efficace pour les douleurs simples, mais dès que les douleurs sont violentes elle ne parvient plus à gérer ses émotions, ni quoi que ce soit.

Suite à ses questionnements autour de ses choix de vie évoqués lors de la séance précédente, je lui propose une séance d'hypnose, très inspirée de la « *rencontre du conseiller* » proposé dans le guide « métaphores et suggestions hypnotiques » et qui me semble aller dans le prolongement de ce qui s'est passé auparavant : à défaut de travailler sur un lieu sûr renforcer le travail sur une personne « ressource ».

Elle part à la rencontre de son conseiller intérieur. Je lui fais la suggestion, qu'elle pourra au cours des jours suivants le solliciter. Pour me rassurer et que je sois plus sûr d'être au même rythme qu'elle, je lui pose régulièrement des questions, auxquelles elle me répond par un simple signaling, ici un mouvement du doigt. Comme le superviseur me l'a conseillé je fais attention aux plages de silence.

A son retour, elle dit qu'elle n'a pas donné à ce conseiller une forme précise « une masse toute floue », mais que cette « masse » lui est familière. Elle précise « on se voit souvent, on se connaît. On ne peut pas se toucher, comme si c'était mes pensées. C'est comme si je lui posais souvent ces questions. Je sais pas si c'est ce que j'ai envie d'entendre ou si c'est ce que je pense vraiment. »

S'il est vrai que pour tout hypnothérapeute débutant le signaling est un bon moyen pour s'accorder avec le sujet et s'assurer de son confort, c'est aussi une manière pour le sujet, de se signaler en état modifié de conscience, qu'il est confortable. C'est également une façon de lui rappeler que le thérapeute est bien là.

Je me questionne sur le thème de ses pensées et fait l'hypothèse que cela concerne sa problématique actuelle soit son désir de maternité. J'ai le sentiment qu'elle est en train de se positionner. Même si elle s'interroge je perçois une assurance dans sa voix, peut-être le signe d'une certaine confiance qui est en train de s'installer, comme si elle avait perçu une direction et qu'elle s'apprêtait à la suivre, des changements sont en train de se produire.

Septième rencontre

Lors de ce nouveau rendez-vous, elle manifeste et exprime une grande fatigue, en lien avec de violentes douleurs le week-end, qui l'ont immobilisée, alors même qu'elle avait la visite d'un ami vivant habituellement à l'étranger. Elle se plaint de ses douleurs, qui impactent ses loisirs et ses capacités de travail, surtout au niveau de sa concentration et de son efficacité.

Elle fait le lien entre son envie de changer de travail et le fait qu'elle ne va plus collaborer avec une collègue, dont elle est devenue proche. Elle la décrit comme une personne qui la soutient et la rassure face à ses erreurs. Elle semble avoir identifié sa collègue comme une nouvelle personne ressource et sécurisante pour elle.

Elle me rapporte que dans son couple cela va mieux, qu'ils sont plus à l'écoute l'un de l'autre. Je profite de cette ouverture pour la questionner un peu plus sur cet aspect de sa vie, comme on me l'a conseillé.

On remonte jusqu'à son premier copain sérieux avec lequel elle est restée 3 ans, pendant la période du lycée. Quand j'interroge les raisons de l'arrêt de cette relation, elle se mettra alors à parler d'une relation toxique, avec du dénigrement vis-à-vis d'elle, du chantage affectif, de la violence verbale et physique et des contraintes à des relations sexuelles, allant jusqu'à être prise de force au milieu d'un groupe qui ne réalisera et ne réagira malheureusement que trop tard pour elle. Elle dira « C'est une relation dont j'arrivais pas à me sortir. Je savais que c'était malsain mais il avait une telle emprise sur moi que c'était compliqué. » Elle précise avoir encore maintenant honte de ce qu'il lui a fait faire.

Il a fallu qu'elle rencontre un nouveau garçon pour arriver à mettre un terme à cette relation toxique. Ce dernier étant au courant de ce qui c'était passé avec son ex, il n'a jamais osé la toucher. C'est dans la suite de cette histoire qu'elle rencontrera son conjoint actuel.

Elle dit qu'actuellement elle ne ressent plus le même plaisir dans les relations sexuelles, pas autant qu'elle le voudrait, qu'il y a une barrière. Quand je lui demande depuis quand elle a ce ressenti, elle fait remonter à une huitaine d'années, quand elle s'est installée en couple avec son conjoint actuel, au moment de leur pacs. Elle fait alors le lien avec un autre des éléments déclencheurs de la rupture d'avec son premier copain, il voulait vivre avec elle et avait pris un appartement pour eux deux, dans une grande ville, sans la solliciter ni lui demander son avis.

Elle exprimera alors clairement que chaque rapport sexuel lui donne l'impression que l'on agresse son corps « je vois plus ça comme quelque chose de plaisant mais comme quelque chose de malsain, ça fait blocage. J'ai peur, je culpabilise, je me braque complètement, c'est un cercle vicieux ! »

Quand nous abordons l'hypnose, je lui demande si depuis notre dernière rencontre elle a convoqué son guide intérieur elle me répond ne pas en avoir eu le temps. Comme elle ne semble pas avoir adhéré à cette proposition, plutôt que de la renforcer, je lui propose en séance d'hypnose la métaphore d'un grand champ aride, sur lequel on va semer des graines, sans savoir quand et quelles plantes vont prendre et pousser. Mon idée était de faire un parallèle avec ses réflexions et émotions personnelles, chacune étant une graine dont on ne sait ce qu'elle va ou pas donner.

Pour cette séance, alors qu'habituellement elle s'installe dans le grand fauteuil de la salle de consultation, elle demandera à s'allonger sur la table d'examen. Une fois installée, elle repliera les jambes vers elle, le coussin serré sur son ventre ; dans une position antalgique.

A son retour, elle dira ne se souvenir de rien entre le moment de l'induction où je l'ai focalisé sur sa respiration et le moment où je l'ai fait revenir. Elle dit se sentir détendue et avoir le sentiment d'avoir oublié son mal de ventre pendant la séance « je l'ai oublié ! »

Ce n'est qu'après coup que j'ai réalisé le parallèle entre « le champ aride » que je lui ai proposé et son endométriose qui « rend aride » sa fertilité. Mais ceci ne correspond qu'à mon idée et l'intérêt dans l'utilisation de métaphore réside dans le fait que le sujet y trouve le sens qui lui convient.

Comme avant chaque séance d'hypnose, je propose à la personne de s'installer dans le lieu de son choix : entre deux fauteuils et une table d'examen. J'ai été surprise par sa demande de s'allonger pour cette séance, compte tenu du sujet évoqué plus tôt en entretien. Autant cela a peu d'importance où elle s'installe, autant elle bouge et elle me montre qu'il y a quelque chose dans son corps qui bouge. Outre la position antalgique, sa demande à s'allonger peut aussi être entendue comme une envie de plus de détente, mais vite minimiser par le fait de replier ses jambes. Il ne faudrait pas trop se laisser aller ! Elle évoquera lors d'une séance ultérieure, que la position fœtale est pour elle une position antalgique mais aussi une position de protection.

On sent un nouvel investissement dans son travail de réflexion personnel, elle ose évoquer une relation traumatique, elle fait de nombreux liens entre les situations vécues antérieurement et actuellement. Le fait d'en parler avec moi lui permet de sortir du domaine du ressenti et de l'expérience, et mettre des mots pour l'exprimer convoque sa pensée. Du coup, elle bouge.

Huitième rencontre

Pour commencer ce nouveau rendez-vous, elle m'apprend que le fait de venir en consultation avec une psychologue travaille énormément son conjoint, qu'il lui pose des questions à son retour et qu'elle en profite pour aborder d'autres sujets qu'elle ne sait pas toujours comment amener.

Ils ont parlé de cette expérience traumatisante antérieure dont elle m'a entretenu, des répercussions sur leur vie de couple actuelle et de ce qu'elle dit avoir appris sur elle-même.

Dans les jours qui ont suivi, son conjoint a pris des décisions qui l'ont surprise. Il a recommencé à travailler sur des petits contrats temporaires. Mais surtout, lors d'un trajet en voiture, (vive le mouvement !) il lui a confié que pour la rendre heureuse il était prêt à évoluer sur certaines de ses idées : il accepte d'acheter un logement, avec elle.

Elle a entendu cela comme le fait qu'il ne pouvait pas lui dire non à tout et qu'il a enfin compris le mal que cela lui faisait à elle, de ne pas avoir d'enfant, « il s'est rendu compte du vide que ça me faisait ». Sentant que son conjoint avait fait un pas vers elle, elle lui dit « va falloir que je me dise que c'est nous deux. » Elle semble avoir pris sa décision de renoncer à avoir un enfant sans lui. Sa réflexion avance. Dans les jours suivants, il parlera de leur projet à leurs parents et amis proches, comme une sorte d'engagement moral et il fera des démarches de candidatures pour des postes pérennes dans sa spécialité, dans l'idée de la rassurer sur sa capacité à tenir financièrement ses engagements. Ce qui n'a pas toujours été le cas dans leur passé, la mettant dans l'obligation de devoir assumer seule tous les frais du couple. Du coup, à l'époque, pour se protéger, elle avait tout mis à son nom : appartement, assurance... Depuis elle ne s'engage que sur ce qu'elle sait pouvoir financer seule. Cette situation l'a fait évoluer vers une position de défense et une perte de confiance en lui dans le domaine financier. Ne peut-on voir dans cette situation une évolution et une modification de son lien d'attachement à son conjoint ?

Il est intéressant de noter que ce sont dans les jours suivants leur conversation sur cette expérience traumatique antérieure et le lien qu'elle a fait entre la disparition du plaisir lors des rapports sexuels et l'emménagement ensemble du couple, que ce projet d'achat commun d'un lieu de vie émerge. On ne peut à notre tour que faire le lien entre cette notion de confiance et d'engagement dans le couple, avec un laisser-aller nécessaire au plaisir dans les moments intimes, peut-être mis à mal au-delà de la douleur par l'évolution de leurs liens dans le couple ?

Au moment de clôturer cette séance, sentant que les choses bougent, je lui demande, ce sur quoi elle voudrait que nous travaillions ensemble en hypnose, pour les séances à venir. Elle dit souhaiter travailler sur ses douleurs, car selon elle quand elle gère bien ses douleurs, elle gère mieux tout le reste.

Il faut se souvenir que nous sommes en période de déconfinement partiel et que l'organisation de l'avenir reste très incertain ; nous ne savons pas avec certitude si les activités et loisirs pourront reprendre en septembre et selon quelles modalités. Etant impactée par la situation au niveau professionnel et personnel, et au-delà de l'incertitude de l'avenir à cause de la crise sanitaire, c'est sûrement ma crainte « de travailler dans le vide » qui m'a fait amener à vouloir redéfinir avec elle un objectif, comme pour pallier l'insécurité extérieure en remettant du cadre.

Cette impression « de travailler dans le vide » que j'ai ressentie renvoie très certainement à son « trou » vécu en hypnose et/ou à son « grand vide » en l'absence d'enfant.

Il est intéressant de noter combien les choses ont concrètement évolué pour elle ces derniers temps : plus d'échanges dans le couple, plaisir à être ensemble, projet d'avenir, verbalisation d'expériences traumatiques...

Ne peut-on voir là le sommet de l'iceberg : si ces éléments émergent c'est sûrement grâce à une remise en mouvement de certaines capacités de penser permettant une tentative de reprise de contrôle et peut-être un premier traitement de la culpabilité ?

Neuvième rencontre

Une fois n'est pas coutume, elle commence cette nouvelle séance en parlant de son travail : le sentiment d'une désorganisation, la perte de cohésion au sein de l'équipe, la restriction des contacts avec sa bonne collègue... Elle n'a plus envie d'y aller.

Par contre, elle est redevenue très active le week-end. Elle ne s'étendra pas plus sur le sujet.

Son conjoint n'a pas encore eu de réponse à ses démarches de candidature. Lors d'une discussion sur leur projet d'achat immobilier, il a pu lui dire qu'il était conscient de ses craintes à elle, c'est à dire qu'il perde à nouveau son travail et qu'elle reste seule à payer. Elle dit vouloir le croire, mais que pour l'instant rien ne pourra la rassurer. Elle a même déjà réfléchi à un plan B, un deuxième travail. Elle dit en avoir besoin pour moins s'angoisser.

Comme elle avait souhaité orienter notre travail ensemble sur les douleurs, j'oriente l'entretien sur le sujet. Elle me reprend en disant les douleurs et le stress. Je lui parle de la technique de la cohérence cardiaque. Je lui montre une application. Nous faisons une petite séance de trois minutes ensemble. Je l'encourage à pratiquer régulièrement, même au travail, afin qu'elle puisse en avoir un bénéfice.

Nous revenons sur le sujet des douleurs. Je lui demande de prendre le temps de me les décrire. Ce sont des « coups de poignard », une « impression qu'on me déchire les entrailles », « sensation de lourdeur, dur, comme du béton ». Elle ne ressent aucune sensation de chaud ou de froid.

Elle fait la distinction entre la « lourdeur », sourde, qui dure et les « coup de poignard ou déchirement » aigu, fulgurant. Quand je lui demande quelle image lui vient, elle parle d'une masse comme une boule, ou une barre, un moellon de parpaing dans tout le ventre.

Elle parle alors de l'apparition d'une nouvelle douleur depuis quelques mois, au creux de la poitrine. Comme si on lui appuyait dessus, mais elle dit bien ne pas avoir mal au contact. Elle évoque une sensation d'oppression quand elle est debout et allongée sur le côté droit, ce qui l'emmène à dormir en torsion. Elle émet l'hypothèse que cela puisse être du stress. Cette douleur cède quand elle s'allonge « comme quelque chose qui se libère ».

Elle exprime une vive inquiétude par rapport à cette nouvelle douleur, renforcée par le fait qu'elle a été à l'origine de son arrêt maladie de précaution au début du confinement. Je lui propose que nous déplacions cette douleur sur un endroit du corps moins anxiogène. Elle refuse car selon elle aucun endroit du corps ne le permet. Elle l'imagine comme un trou noir. Je fais devant elle le lien avec l'impression qu'elle avait eu au retour d'une de nos séances d'hypnose. C'est l'occasion de reparler de cette ombre au-dessus de sa tête. Elle s'en souvient bien. A mes questions sur l'évolution de cette impression dans les jours suivants, elle me dit que c'est parti rapidement, sans incidence et sans revenir. Autant dire que j'étais soulagée !

A travers ce qu'elle rapporte ici, on peut noter l'opposition entre une situation professionnelle insatisfaisante qui stagne et sa vie sociale qui se remet en mouvement le week-end. Ne peut-on imaginer ici son hyperactivité du week-end comme une décharge motrice permettant de tenir à distance des éprouvés négatifs et de préserver un narcissisme fragilisé ?

Dixième rencontre

Nous nous revoyons plusieurs semaines plus tard, après les vacances estivales. C'est la dernière séance que nous relaterons dans ce mémoire.

Ses conditions de travail n'ont pas évolués. Après échange avec des collègues exerçant le même métier dans d'autres entreprises, elle sait que les exigences et les façons de faire sont partout les mêmes. Elle attend beaucoup de son bilan de compétence.

Elle parle avec animation et intérêt d'une situation, qu'elle a dû gérer cet été en tant que délégué du personnel. Ce sera pour elle une expérience qu'elle qualifiera de difficile mais intéressante. C'est une expérience que je vais valoriser en soulignant ses efforts pour mobiliser ses ressources et qui ont été payants pour atteindre son objectif.

Elle vit actuellement une période d'accalmie dans ses douleurs, alors même que la période de vacances a suscité un surcroît de travail, de longues journées sans pause et pas de situations plaisantes d'échanges entre collègues.

Durant ses week-ends, elle a été confrontée à plusieurs situations exigeantes physiquement, qui lui ont permis de tester ses limites et les répercussions sur les jours suivants : le port de charges lourdes pendant une matinée sans arrêt avec plusieurs jours de violentes douleurs par la suite et un déménagement sur deux jours où dès qu'elle avait mal elle s'arrêtait « je me pause, je me détends et je peux repartir » sans incidence les jours suivants. Elle sait qu'elle doit éviter les efforts violents et brusques, ainsi que les efforts qui durent.

Elle rapporte une autre situation qu'elle a eu beaucoup plus de difficultés à gérer. Elle était invitée à un enterrement de vie de jeune fille, avec peu de gens qu'elle connaissait. Dès le premier jeu sportif, les douleurs se sont réveillées. Elle n'a pas osé s'arrêter de peur du regard des autres participantes. Elle a même enchaîné sur les autres activités physiques, car elle avait envie de les faire.

Cette expérience a été l'occasion pour qu'elle exprime un peu plus son vécu vis-à-vis de la douleur chronique. Elle a enfin parlé de sa pathologie avec ses amis proches. Elle dit avoir du mal à trouver l'équilibre entre dire aux autres sa douleur et ne pas les envahir avec. Elle exprime également son ressenti « j'ai senti une distance qui s'est mise, je sens une froideur, comme tu n'es pas souvent là on peut pas te faire confiance. » Elle reconnaît accorder trop d'importance au regard des autres.

Elle manifeste quand même l'envie de reprendre son sport. Elle a même réfléchi aux aménagements qu'elle pouvait faire pour s'adapter, par exemple faire une séance de Tens avant et après, mettre une ceinture chauffante...

Même si nous avons réinterrogé les objectifs au cours de la thérapie, pour nous orienter vers une meilleure gestion de ses douleurs et émotions associées ; il est intéressant de constater que le premier objectif visé, qui était la reprise du sport, continue quand-même à évoluer et suit son cours.

Au cours de cette séance, elle semble moins dans le contrôle de son expression. Régulièrement et sans qu'elle se reprenne, elle me tutoie; sans doute le signe d'une confiance installée et d'une nouvelle étape franchie dans notre alliance thérapeutique, mais aussi que quelque chose se modifie dans sa perception. Je la sens plus sécurisée tout en gardant un certain contrôle (nombreuses démarches, rencontres...), mais exercé de manière plus souple et confortable. En effet, la survenue d'un problème de santé oblige à intensifier la vigilance. Cela se traduit par une méfiance envers le corps (découvert comme faillible) et par un contrôle permanent qui ferme l'accès à la sensorialité. Ce contrôle est un système de défense qui résulte du besoin de se protéger de la souffrance. Ce contrôle est aussi une rigidité qui rend tout changement impossible.

De plus, l'expérience professionnelle qu'elle relate témoigne d'un nouvel investissement de sa part, avec une sortie de sa zone de confort. L'animation qu'elle exprime est tout à fait nouvelle dans nos échanges, surtout dans le domaine professionnel. Elle a su trouver les personnes ressources qui l'ont guidé dans la gestion de cet épisode et elle s'est positionnée vis-à-vis de sa collègue. Elle n'est plus enfermée, elle bouge. Ne peut-on pas voir là l'expérience d'une exploration de son monde, encouragée par la reconnaissance d'une base de sécurité suffisante ?

5 - DISCUSSION

A - Contexte

Travailler dans le champ de la douleur chronique amène à rencontrer des patients aux problématiques complexes. Nombre d'entre eux associent des pathologies somatiques, avec des souffrances qui sont réactionnelles aux répercussions de leurs pathologies sur leur vie familiale, professionnelle, sociale. Chez la plupart des sujets souffrant de douleurs chroniques, la douleur en vient à prendre une place centrale dans leur vie, au détriment de tout le reste.

Pour le psychologue travaillant sur le discours et la relation dans une perspective dynamique, il faudra, comme le dit Bachelard et collaborateurs (2010), amener le sujet à une décentration de son attention et de ses investissements psychiques, au moyen d'un recadrage et d'une ouverture pour permettre au sujet de replacer ce phénomène parmi d'autres comme le désir, le social, les projets...C'est là un des intérêts de la détermination d'un objectif, qui permet une projection positive dans un « maintenant ».

Pour les sujets souffrants de douleurs chroniques chaque geste demande un effort d'attention et de vigilance. La douleur fige la personne. Elle la fige dans son corps, dans le mouvement, mais aussi dans le temps et dans la pensée. Il faut voir la venue en consultation auprès d'un psychologue comme l'émergence d'une possibilité, d'une ouverture au changement. Nous ne pouvons que faire le lien avec cet incident vécu au travail, le lendemain de notre première rencontre ; bien que ce ne fût qu'une première prise de contact, cela semble avoir eu un impact fort sur elle. Alors qu'elle tente de rattraper une caisse de matériel, un béccher rempli d'eau tombe et se brise ; ce qui déclenchera un torrent de larmes long à tarir. Ce « lâcher-prise » dans son travail, si bouleversant émotionnellement alors que sans conséquence, pourrait être le signe d'une amorce de changement, comme une autorisation à libérer des émotions, à se décharger. Le mouvement physique a été à l'origine d'un mouvement psychique. Ne pouvons-nous pas y voir les prémisses d'un autre « lâcher-prise » ?

Cette personne qui nous témoigne une certaine confiance puisqu'elle revient à un deuxième entretien et nous expose ce qu'elle vit, qui nous témoigne de son engagement à vouloir faire évoluer les choses, qui nous donne à voir ce mouvement qu'inconsciemment elle ose ; comment allons-nous nous montrer à la hauteur et quel mouvement à notre tour allons-nous faire dans sa direction pour lui venir en aide ?

Ce qui nous amène à notre problématique, sur laquelle nous avons souhaité orienter notre travail : est-ce que l'utilisation de l'hypnose dans la relation thérapeutique peut favoriser les sentiments de sécurité du sujet et ainsi les possibilités d'élaboration des affects de culpabilité ?

B- Hypnothérapie

Les outils de l'hypnose sont générateurs d'une réassurance pour chaque personne qui en fait l'expérience. Les éléments de communication tel le saupoudrage qui induit de l'apaisement, de la sécurité, ou du confort selon le vocabulaire utilisé, pour venir soutenir le sujet là où il se trouve ; mais aussi la reformulation qui peut permettre de suggérer une exception face aux symptômes chroniques ; ou encore la valorisation par l'attribution au sujet du mérite de ce qu'il a réussi à faire, c'est-à-dire mobiliser ses ressources ... sont des éléments essentiels et puissants dans la relation thérapeutiques. Tout comme le fait d'avoir utilisé ici à chaque fois la même induction dans l'idée de créer une ritualisation sécurisante pour la patiente, qui apporte également une confiance lui permettant de partir plus aisément en transe. Ou bien l'utilisation de la technique du signaling, qui en même temps qu'elle permet au thérapeute de se rassurer, lui aussi, sur le confort du sujet, signale à son inconscient qu'il est confortable et que le thérapeute est là, garant de cette espace. Ce sont là des techniques qui se sont révélées utiles et profitables dans cette thérapie.

L'hypnose peut agir sur la perception de la douleur de façon transitoire ou prolongée. L'autohypnose répétée peut aboutir à un reconditionnement plus adapté. Le sujet va apprendre à changer la perception qu'il a de sa douleur, à travers les sensations, la couleur, l'intensité, la durée, l'image qu'il s'en fait... On ne sait pas quel changement va avoir lieu, mais on induit qu'il va y avoir un changement. Plus le sujet va modifier ses sensations en autohypnose, plus il sera efficace et obtiendra rapidement un soulagement. Le but est qu'il agisse, si possible, dès la première sensation douloureuse pour la percevoir autrement. Il retrouve alors un sentiment de contrôle sur sa vie et devient plus actif et par là même autonome dans la gestion de ses douleurs, l'autonomisation étant il nous semble un des buts de toute thérapie. C'est en abordant cette question, qu'Agathe a dit s'être spontanément mise à pratiquer l'autohypnose, en s'appuyant sur l'induction faite en séances (position du corps et respiration). Elle s'en sert surtout le soir et la nuit, moins pour les douleurs que pour limiter les ruminations et favoriser l'endormissement. Elle s'en est saisie et elle en a des bénéfices, ce qu'elle en fera à l'avenir lui appartient !

L'hypnose peut également permettre au sujet de revivre une expérience et d'en modifier des éléments, tout en atténuant les émotions comme l'anxiété ou la peur suscitées par une exposition. Toutefois, lorsque l'émotion dominante est la honte ou la culpabilité, une accentuation peut être possible. Dans de tels cas l'usage de techniques hypnotiques comme l'écran de télévision ou de cinéma, se révèle préférable. L'accomplissement sous hypnose de ce que le sujet aurait voulu faire, peut contribuer à la résolution de la culpabilité et de la honte. Cependant, le fait de revisiter les souvenirs traumatiques pourrait être contre-productif si le patient n'expérimentait un sentiment de sécurité fort pour gérer le matériel traumatique. On peut alors dans ce cas s'appuyer sur certaines techniques hypnotiques, qui permettent d'éviter le débordement des affects, comme l'utilisation d'un « lieu-sécuré » mental. En travaillant avec elle sur sa base de sécurité interne, nous faisons l'hypothèse que si plus tard le besoin se faisait sentir pour elle de venir travailler sur ces événements de vie, elle aura des outils pour y faire face.

Elle met en place des défenses, mais elle rejoue des choses riches. Nous pouvons pu observer qu'au cours de ces quelques entretiens, grâce à l'alliance et au sentiment de confiance qui s'est établi dans la thérapie, elle a réussi à aborder de nombreux affects pénibles, ses sentiments de culpabilité (de ne pas être aussi forte que sa grand-mère face à la maladie) et de honte (de ce qu'elle a été forcé à faire), comme ses peurs (de finir seule, d'avoir mal lors des rapports sexuels, d'être mal pendant ses loisirs, de ne pas maîtriser la maladie). Ses peurs qui vont être à l'origine d'une partie des douleurs qui vont la limiter dans sa vie. Roustang (2015) nous apprend à penser le symptôme comme une défense engendrée par la peur de la vie, une isolation dans un ensemble, une crainte de voir l'énergie circuler dans notre corps et au sein de nos relations aux êtres et aux choses.

Elle a également évoqué de nombreuses relations douloureuses pour elle.

Voyons d'abord sa grand-mère.

Si les parents d'Agathe sont peu présents dans son discours et semblent n'avoir qu'un rôle « secondaire » dans sa vie, il en est tout autrement de sa grand-mère. Elle revient régulièrement dans son discours, aussi bien à travers les apprentissages que les liens affectifs qu'elles ont tissés. Elle l'évoque assez vite dans nos entretiens, dès la première séance d'hypnose, à notre deuxième rencontre. Elle la convoque dans son lieu agréable et retrouve le plaisir d'un moment partagé avec elle au travers d'une séance de yoga, auquel cette dernière l'a initié ; et qu'Agathe continue à pratiquer. Elle ira même, suite à une suggestion de rapporter quelque chose de ce lieu, par la ramener avec elle. Ce qu'elle nous confirmera à la séance suivante, disant se sentir soulagée, disant pouvoir convoquer le souvenir de sa grand-mère avec plaisir et en souriant, ce qui n'était pas le cas auparavant. Ce bel ancrage constituera d'ailleurs un atout fort pour la suite de notre travail ensemble.

Rapidement cette grand-mère va revenir dans nos échanges, mais associée à d'autres affects, notamment la culpabilité. Agathe explique que sa grand-mère est une femme qui a été elle aussi confronté à la maladie : elle s'est battue contre plusieurs cancers. Que bien qu'elle ait des images d'elle alitée et souffrante, elle en conserve l'image d'une femme forte. Ce qui suscite un fort sentiment de culpabilité de ne pas être comme elle. Ce qui peut nous amener à faire l'hypothèse que la grand-mère a été intériorisée tel un Surmoi, comme un agent critique filtrant ses pulsions au travers de normes. Agathe semble avoir intériorisé ainsi l'autorité de cette grand-mère. Hypothèse qui tend à se confirmer, quand lors d'une séance, nous la convoquons comme figure symbolique pour qu'elle lui délivre un message ; elle lui fera dire « C'est rien, continue ! Arrête de t'apitoyer sur ton sort, bouge-toi ! » Cet écart entre l'image qu'elle a d'elle et l'injonction surmoïque (d'un idéal narcissique ?), viendra accroître la tension interne et renforcer ses sentiments de culpabilité.

Culpabilité déjà fréquemment convoqué avec la douleur, les limitations, la perte de possibilités d'être mère, l'incertitude de l'avenir...Il faudra ici être attentif, dans la suite de la prise en soin, aux injonctions d'un modèle à atteindre, qui peuvent amener parfois à des conduites d'évitement.

Si cette grand-mère peut nous sembler avoir été intériorisé tel un surmoi, il nous semble intéressant de questionner la place de cette grand-mère dans l'histoire de notre patiente, cette fois dans un autre lien. La relation forte qui semble exister entre les deux femmes, peut faire évoquer la présence d'un lien attachement fort et sécure entre la petite-fille et sa grand-mère. D'ailleurs elle la convoque dans son lieu agréable et la ramène, de même qu'elle la sollicite lorsqu'elle est mis à mal dans une des séances d'hypnose. On sait que toute situation où l'on ne peut pas arriver tout seul et où on doit demander de l'aide réactive le contexte initial des toutes premières relations entre l'enfant et ceux qui prenaient soin de lui. La douleur chronique provoque souvent ce genre de situations. Le type d'attachement jouera un rôle protecteur ou aggravant tout au long de la vie, notamment quand le sujet sera confronté à des circonstances difficiles. L'existence de plusieurs liens d'attachement, comme cela semble être le cas pour Agathe, constitue un enrichissement et un facteur de résilience. Un lien sécurisant établi avec une personne pourra compenser la relation anxigène développée avec une autre personne.

Mais voilà, cette grand-mère, au lien sans doute sécure pour Agathe, est décédée, la laissant fragilisée. Elle perd ainsi sans doute une base de sécurité vers qui se ressourcer, avant de retourner affronter le monde.

Elle a également au cours de ces premiers entretiens abordé cette relation toxique vécue dans sa jeunesse, qui n'a pas constitué pour elle un nouveau lien sécure. Elle nous dit avoir été dénigré, avoir subi de la violence psychique et physique, avoir été contraintes à des relations sexuelles non consentis.

Elle évoquera à demi-mots le dernier épisode de cette histoire, où elle s'est retrouvée soumise à un rapport sexuel non voulu, au milieu de personnes qui ne comprendront et ne réagiront que trop tard pour elle. Ses mots seront « Ce n'est pas un viol. » Plus le souvenir en lien avec la douleur est négatif et plus la douleur est perçue comme intense dans le souvenir du sujet. Dans ce souvenir agissent aussi le contexte de survenue de la douleur (ici brutal) et les aspects relationnels associés (sentiment d'isolement, d'incompréhension...) La mémoire de la douleur par le corps est un élément important à prendre en compte. La mémoire de la douleur est l'enregistrement de l'expérience au-delà de la douleur elle-même. La mémoire d'un acte resté douloureux influe sur notre vécu présent et futur. Il est intéressant de souligner que par sa pathologie somatique, ses douleurs se localisent en partie aux mêmes endroits que celles de ses agressions et que ses douleurs impactent sa vie de couple actuelle. On peut penser que des éléments de sa relation traumatique passée sont en train de se rejouer dans son couple présent.

En parlant des différentes agressions que lui a fait subir cet ancien copain, elle dira avoir encore honte de nos jours, de ce qu'il lui a fait faire. Cette honte ressentie la condamnant tout naturellement au silence et au repli sur soi. Une des racines développementales du sentiment de honte est une insécurité dans l'attachement. Selon cette théorie, la honte est un affect lié aux difficultés d'estime de soi qui trouvent leurs origines dans des expériences insécurisantes. D'après Scotto Di Vettimo (2004), le surgissement de la honte ne porterait pas seulement sur le sentiment de valeur et d'estime de soi mais aussi et surtout sur le sentiment d'identité, dont la honte en révélerait les fissures et les ruptures. Dans l'expérience de honte se produit une défaillance du moi, qui réduit le sujet à une position d'objet, alors en proie à une incertitude narcissique angoissante, le sujet est désemparé. La honte engendre aussi et surtout une souffrance qui bouleverse l'individu dans son fonctionnement psychique et social. Oser dire, oser se raconter, en parler ou s'y dérober, c'est dans le contexte psychothérapeutique que le sujet pourra se confronter à ce qui fait honte en lui.

Selon Fareng et Plagnol (2014), un des objectifs thérapeutiques pour le patient consiste à réapprendre à vivre le présent en achevant ce qui est resté en suspens. Mettre fin à une action, ou la compléter, permet de relancer le fonctionnement mental et donc les possibilités d'intégration et d'évolution. L'enjeu est donc de transformer les réminiscences en une histoire personnelle et de leur donner une place dans sa trajectoire de vie. En se centrant sur l'évènement traumatique, dans un cadre sécurisant, avec l'hypnose, la reviviscence peut permettre au sujet de remobiliser ses capacités à éprouver, pour s'ouvrir ensuite sur une reconstruction.

La relation avec son conjoint, ne semble pas présenter non plus de bonnes bases de sécurité. Rappelons-nous son ressenti de vide exprimé en lien avec le fait de ne pas avoir d'enfant. Les limites du bonheur sont tracées par l'entourage, les franchir fait courir le risque du rejet dans les abîmes de la solitude. Ce qui nous évoque ce trou d'où elle ne peut sortir lors d'une des séances.

De plus, ils vivent ensemble et sont pacés, mais elle le qualifie de « copain ». Elle a amené divers éléments représentatifs de son sentiment d'insécurité comme ses maladroites financières l'obligeant à se « mettre une carapace ». Elle a également fait le lien entre le début des douleurs lors des relations intimes et le début de leur vie commune, lui rappelant la même situation avec le copain toxique qui a été à l'origine de la rupture. N'est-ce pas en partie ce qui pourrait expliquer sa difficulté, au-delà d'une crainte de la douleur, à se laisser aller dans des moments intimes avec lui ? C'est ce que l'on pourrait comprendre, quand Guédeney (2011) dit que le sentiment de sécurité renforce un sens authentiquement positif de sa propre valeur comme compétent et digne d'estime, ce qui permet au sujet de tolérer ses faiblesses et de les intégrer dans un modèle de soi généralement positif et cohérent. Dans les situations où il y a insécurité de l'attachement adulte, l'estime de soi est précaire. Alors le sujet fait de son mieux pour garder le contrôle et éviter coûte que coûte l'intimité, cette dernière menaçant plus que soutenant l'estime de soi.

Le succès d'une thérapie pour le patient c'est la possibilité de transformer la passivité à l'égard de ce qui lui arrive en détermination et en initiative. N'est-ce pas ce que l'on observe quand Agathe se saisit des interrogations de son copain concernant sa thérapie pour aborder avec lui des sujets qu'elle ne sait pas comment aborder autrement ? Dire la chose qui fait mal, la décrire, la comprendre, l'expliquer, c'est se mettre en dehors d'elle, donc en sortir. C'est ce que nous pouvons observer quand, bien qu'elle dise ne pouvoir être rassurée par ses propos sur sa compréhension de leur situation financière et sa volonté de faire changer les choses, elle accepte de « bouger » avec lui en le suivant dans son projet d'investissement commun. La guérison passe par un accordage avec l'entourage, ce qu'elle fait ici. Comme le dit Roustang (2015), ce qui se passe entre les séances est bien plus important que celles-ci, et que ce qui compte c'est la modification de l'existence et non pas la compréhension de soi ou la détente que peut procurer la présence d'une oreille attentive.

Tout comme le mouvement psychique amorcé par l'hypnose va induire un mouvement physique, elle passe de phases de repli sur soi (canapé, bouillotte) à des périodes d'activités. La transe hypnotique aura été utile pour ce nouvel apprentissage, comme exercice d'assouplissement. Tout comme elle va sur le chemin de la guérison en s'autorisant à s'accorder avec son conjoint, celui-ci répond en écho.

On peut imaginer que sa remise en mouvement est à l'origine de la mise en mouvement de son copain, qui de nouveau travaille, est en recherche d'un emploi stable correspondant à ses compétences et en vient à se projeter dans l'avenir en lui proposant d'acheter un logement à deux. Il est d'ailleurs étonnant de remarquer que cette proposition a été faite alors même qu'ils étaient physiquement en mouvement, ensemble, dans la même direction.

Elle est parvenue à faire de nombreux liens entre ses expériences de vie et ressentis passés et ce qu'elle vit actuellement. Elle dit avoir appris sur elle. Que d'éléments exprimés et mis au travail ! S'il est sûr que la relation de confiance que nous avons établie a eu un rôle, il est tout aussi certain que l'hypnose a apporté beaucoup, au-delà même du renforcement de l'alliance thérapeutique. Si elle rapporte peu d'élément de ses séances, à chaque entretien elle s'exprime et s'expose un peu plus, lâchant un peu le contrôle (passe au tutoiement dans son discours), même sa position en hypnose a évolué : d'une position assise elle s'autorise maintenant à s'allonger complètement.

Elle s'est mise au travail et c'est cette mise au travail que nous avons accompagné. Ainsi que Roustang l'a dit « le thérapeute est donc réduit dans son attente, faite de renoncements et de pertes, à valider au fur et à mesure le chemin qui est en train d'être parcouru. Il guide parce qu'il confirme chaque pas après qu'il est fait, en aucun cas parce qu'il indiquerait ce qui doit être fait ou pensé. »

C – Questions éthiques

Dès le début de ma formation au DU d'hypnothérapie j'ai été confronté à la question de mon positionnement par rapport à l'ensemble de mes collègues travaillant dans le service de prise en charge de la douleur chronique. Quel est l'intérêt pour ce service d'avoir un énième professionnel formé à l'hypnose ? Quelle pourrait être ma place en tant que psychologue dans le dispositif de soin ?

Pour tenter de répondre à cette question, il m'a fallu aller questionner le travail de chacun et réfléchir à quelle place prend l'hypnose dans leur pratique professionnelle. Comme l'ont très bien mis en valeur Bachelart et collaborateurs dans leur article de 2010, le psychologue est un spécialiste de la personne et du fonctionnement psychique et relationnel, il va se centrer sur la parole, l'écoute et la relation ; il est amené à écouter et à entendre la souffrance, le sens du symptôme ; il suggère et propose. Alors que le médecin est spécialiste de la maladie et se centre sur les symptômes, il travaille sur le discours dans une perspective diagnostique, il mesure et il prescrit.

Le travail de l'équipe paramédicale peut être pensé comme une aide pour le sujet à faire émerger une demande et introduire le psychologue auprès du sujet dans sa prise en soins. De par l'absence de formation médicale, le psychologue a une place à part dans une équipe soignante ; sa présence favorise l'interdisciplinarité et son autonomie lui permet une certaine disponibilité psychique. Le psychologue utilise l'entretien clinique pour une décharge émotionnelle, ou pour favoriser la prise de conscience de ressources soit difficiles à mobiliser soit inconnues du sujet, ou pour étayer le sujet.

Il ressort de mes recherches que les médecins et infirmières du service qui sont formés à l'hypnose, pratiquent essentiellement de l'hypno-analgésie. C'est à dire que leur rôle est d'amener le patient, en quelques séances, à utiliser l'hypnose pour apprendre à mieux gérer ses douleurs, au moyen surtout de l'autohypnose. Si ils sont à l'aise avec l'énoncé des ressentis douloureux du sujet, ils sont plus en difficultés avec l'expression des émotions ; ne sachant pas toujours que faire de ce que le sujet vient déposer vers eux. En effet, ils semblent utiliser l'hypnose comme un outil, au moyen d'une procédure assez formalisée. Alors que pour la psychologue que je suis, l'hypnose est avant tout un mode de fonctionnement qui nécessite une adaptation constante au sujet et à sa situation, qui au-delà d'un apprentissage de la gestion des douleurs et des émotions permet de travailler, par exemple comme nous venons de le voir dans ce travail sur les sentiments de sécurité du sujet, sur la remise en mouvement psychique et physique, sur les capacités d'élaboration des expériences vécues pour faciliter leur intégration à l'histoire du sujet ... dans une visée intégrative aux autres savoir-être et savoir-faire du psychologue.

Il m'est ainsi apparu que bien que l'objectif final soit le même c'est-à-dire le soulagement du patient, nos méthodes et temporalités divergeaient, mais qu'ils étaient complémentaires.

J'ai informé l'ensemble des collègues du service de mon intégration dans cette formation, en leur précisant bien que je serai vigilante à ce que nos pratiques n'empiètent pas les unes sur les autres, mais aussi que je trouvais que c'était là une nouvelle opportunité d'échanger ensemble sur l'articulation et la complémentarité de nos prises en soin. Un des médecins intervenants s'en est saisi et a vu en cela la possibilité de m'adresser ses patients pour lesquels un problème psychologique ou post-traumatique surviendrait au cours de l'hypnose ; formulant ainsi certaines limites : les médecins ne sont pas formés pour gérer ce type de situation et qu'ils ne disposent pas des outils et du temps nécessaires à un tel travail.

S'il semble que les choses soient à peu près claires avec la plupart de mes collègues, il est important que je reste attentive à ce que mes interventions ne se positionnent pas uniquement en seconde intention, après des séances d'hypno-analgésie qui auraient fait émerger d'autres problématiques ; mais que je reste bien identifié comme un partenaire dans la prise en charge globale du sujet. Tout comme il faut que notre organisation ne constitue pas une juxtaposition de professionnels, intervenants les uns après les autres, les uns à côté des autres, mais bien que chacun ait sa place en fonction de ses spécificités et que le psychologue constitue une valeur ajoutée à cette équipe. Ce qui relève d'un fragile équilibre et qui nécessite une attention bienveillante et une présence. Comme nous le rappelle Breton (2020), une présence qualifiée par Lao-Tseu comme une non-attente, un non-vouloir et non agir. Il s'agit d'« œuvrer sans attendre, de se mettre à l'écart et pourtant de demeurer présent ».

6 – CONCLUSION

Le travail soutenu de ce mémoire a été pour moi l'occasion d'approfondir la question des sentiments de sécurité mobilisés par l'hypnose pour venir en aide aux sujets souffrants de douleurs chroniques dans l'élaboration de leurs vécus de culpabilité. Cette réflexion m'a permis de développer une meilleure compréhension de la problématique de ma patiente, ce qui je l'espère m'aidera dans sa thérapie. Mes observations sont limitées par le fait de n'avoir qu'un seul sujet et sur quelques séances, mais des changements sont déjà repérables dans la mise en mouvement physique et psychique chez elle, notamment par la mise au travail de ses affects de culpabilité, par la reprise et la mise en lien de ses expériences passées avec ses vécus actuels, dans une tentative d'élaboration et d'intégration à son histoire de vie.

Au-delà de l'impact dans la prise en soin de ma patiente, l'hypnose s'est révélée être un mode de fonctionnement psychologique propice à une nouvelle position d'être avec l'autre, une nouvelle façon de percevoir et écouter l'autre, qui m'a conduit vers une évolution de ma pratique. L'hypnose m'ouvre le champ des possibles sur de nombreuses autres problématiques déposées par les patients, qui souhaiteront en faire l'expérience, dans un mouvement réciproque.

Je sais qu'il me restera toujours du chemin à accomplir dans mon attitude de thérapeute, qu'à trop vouloir en faire je m'éloigne de cette présence attentive sans attente particulière. Je sais que c'est à moi de changer pour donner à l'autre la possibilité d'accéder à la décision et ainsi, comme le dit Roustang « activer l'aspiration au changement ».

Forte de cet avant-goût, c'est une randonnée vers l'autre et moi-même que je poursuis, dont le chemin continuera je l'espère d'être jalonné de lectures inspirantes, mais aussi d'échanges avec mes collègues hypnothérapeutes, dont j'ai pu mesurer tous les bénéfices au cours de ce travail de réflexion ; dans l'idée de continuer à faire vivre nos interrogations, nos tentatives et nos découvertes.

« La maladie est toujours une fermeture sur soi, un recroquevillement figé, alors que la guérison commence et s'achève dans une mobilité réciproque. » ROUSTANG

7 - BIBLIOGRAPHIE

Bachelart M, Bioy A, Nègre I. Place et fonction du psychologue en structure douleur. Douleurs 2011 ; 12 :189 -195

Barbey-Mintz A-S. L'apport de la théorie de l'attachement aux soins dans un CAMSP. Contraste. 2011 ; 1 ; n° 34-35 : 179-197

<https://www.cairn.info/revue-contraste-2011-1-page-179.htm>

Bioy A. L'Hypnose. Collection Que-sais-je ? PUF ; 2017.

Bioy A. Hypnose, vécu dépressif et douleur chronique. Transes 2019 ; 8 : 98-105

Bioy A. et Lignier B. Clinique et psychopathologie de la douleur. Malakoff : Dunod ; 2020.

Bioy A. et Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Domont : Dunod ; 2017.

Breton S. Clinique de la présence. Santé mentale. Janvier 2020 ; 244

Cazard-Filiette C, Wood C et Bioy A. Vaincre la douleur par l'hypnose et l'autohypnose. Vigot Solutions ; 2016

Ciccone A. et Ferrant A. Honte, culpabilité et traumatisme. 2^{ème} édition augmentée. Paris : Dunod ; 2015

Fareng M. et Plagnol A. Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose. PSN. 2014 ; vol 12 : 29-46

Guédeney N. Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. Devenir. 2011; 2; vol 23 : 129-144

<https://www.cairn.info/revue-devenir-2011-2-page-129.htm>

Le Breton D. Douleur et sens : les modulations de la souffrance. Douleurs 2010 ; 11, 177-181

Mistycki V. et Guedeney N. Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. Recherche en soins infirmiers. 2007 ; 2 ; n ° 89 : 43-51

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-43.htm>

Pellegrini M. L'hypnose éricksonienne dans la prise en charge de la douleur chronique. Douleurs 2008 ; 9 : 65 – 70

Reynier G. Le hors temps de la douleur chronique. Revue topique : L'Esprit du temps. 2010;3 n°112 : 99-117.

<https://www.cairn.info/revue-topique-2010-3-page-99.htm>

Roustang F. Jamais contre, d'abord. La présence d'un corps. Odile Jacob ; 2015.

Scotti Di Vettimo D. Psychopathologie de la honte chez le sujet victime de sévices sexuels : quels enjeux clinique et thérapeutiques ? Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2004 ; VII; 2 : 49-82

Comment l'hypnose peut aider les patients souffrant de douleurs chroniques à élaborer les vécus de culpabilité ?

Résumé

Ce travail a eu pour objet les effets de l'utilisation de l'hypnose sur la mise au travail des sentiments de sécurité et ainsi sur les possibilités d'élaboration des vécus de culpabilité chez une patiente souffrant de douleurs chroniques, dans le cadre d'une prise en charge hospitalière.

Après une revue théorique sur le contexte des douleurs chroniques, la présence des sentiments de culpabilité chez ses patients, l'importance de la nature de leurs liens d'attachement et les apports de l'hypnose en thérapie ; s'en suit l'exposé de notre cas clinique. L'hypnothérapie s'est révélée être un mode de fonctionnement psychologique propice à un renforcement du sentiment de sécurité de la patiente, ce qui lui a permis une remise en mouvement physique et psychique. Mais également de mettre au travail ses affects de culpabilité par la reprise et la mise en lien de ses expériences passées avec ses vécus actuels, dans une tentative d'élaboration et d'intégration à son histoire de vie.

Mots-clefs

Hypnose – douleurs chroniques – culpabilité – attachement