

# Céphalées et hypnose - A Propos d'un cas - # 2/4

## Histoire

Mademoiselle C. âgée de 28 ans, étudiante, consulte pour des céphalées de tension. Celles-ci débutent, il y a un an, sans cause déclenchante repérée et ont pour caractéristique principale d'être rythmées et de siège préférentiellement frontal. Les douleurs sont apparues de façon intermittente puis sont devenues quotidiennes et parfois pluriquotidiennes. Les différents traitements symptomatiques tentés par la patiente (AINS, Paracétamol, Elétriapan) se sont révélés inefficaces. L'ensemble du bilan étiologique (bilan ophtalmologique, ORL, scanner crânien) s'est révélé négatif.

Le traitement mis en place par le neurologue de la consultation pluridisciplinaire de lutte contre la douleur chronique a consisté en Clonazépam et Amitriptyline VI gouttes de chaque par jour en traitement de fond associé à Naproxène en cas de crise. Lors de cette consultation, l'hypnose est proposée à la patiente qui en accepte le principe.

**La première consultation** d'hypnose a lieu au bout de 2 mois de traitement médicamenteux : une nette amélioration s'est produite et Mlle C. passe plusieurs jours consécutifs sans douleur.

Cette consultation poursuit plusieurs buts :

- Évaluer l'opportunité d'un traitement par hypnose.
- Informer la patiente sur les modalités de prise en charge : 5 à 6 séances de 45 minutes à 7 ou 15 jours d'intervalle en fonction des disponibilités du planning de rendez-vous.
- Informer sur les modes d'actions actuellement connus de l'hypnose dans le traitement de la douleur.
- Évaluer les motivations du patient.

Une fois que le patient est d'accord sur le principe du traitement les informations suivantes sont recueillies :

- Buts du patient : il faut qu'ils soient réalistes. Faire céder totalement en quelques séances des douleurs qui sont présentes depuis plusieurs mois ou années est un objectif peu réaliste. Le but du patient est parfois de pouvoir composer avec sa douleur plus que de la faire disparaître.
- Anamnèse
- Génomogramme permet de replacer le patient au sein de ses liens familiaux présents mais aussi passés
- Exploration des orientations sensorielles du patient qui permet de se rapprocher de l'image du monde tel que se la représente le patient.
- Exploration des ressources du patient : motivations, personnages repères familiaux ou non.

Pour notre patiente une première transe hypnotique a été réalisée en fin de séance. Cette première transe, facultative, a eu pour but de faire expérimenter à la patiente des sensations de légèreté et de confort.

**Lors de la deuxième séance** la patiente indique que ses douleurs se sont accentuées ce

qui arrive parfois : la patiente décrit ses douleurs comme un élastique tendu entre ses tempes.

Le travail est alors axé sur les sensations corporelles et en particulier sur l'idée d'une augmentation du volume corporel, le but étant de suggérer une diminution des tensions par une augmentation métaphorique du contenant. Pendant cette séance la patiente décrit une dissociation corporelle : une partie expérimente un confort alors que l'autre partie vit un inconfort.

**Lors de la troisième séance**, la patiente ne mentionne pas d'évolution notable et la transe hypnotique met en place un lieu sûr (safe place) dont le but est de permettre par son évocation ultérieure de se replacer soi-même en état hypnotique (auto-hypnose).

**Lors de la quatrième séance** la patiente est désespérée : les douleurs se sont majorées et sont redevenues pluri quotidiennes.

Le travail est alors axé sur la réification de la douleur. Cette technique utilise la description de la douleur par la patiente et sa modification pendant une transe hypnotique.

Dans notre cas, la douleur est vécue comme un gros élastique noir accroché de façon bilatérale par deux gros crochets insérés dans l'os temporal. Impossible à couper la patiente décide d'en décrocher un à un les brins dont il est constitué.

Ce long travail ne peut être achevé pendant la consultation et il est alors prescrit à la patiente d'utiliser l'autohypnose (safe place) et de poursuivre seule à la maison cette tâche métaphorique.

**La cinquième séance** voit revenir une patiente dont la symptomatologie s'est améliorée : elle ressent alors sa douleur "comme une alliée" (sic). Mlle C. envisage que sa douleur a probablement un sens et qu'elle pense l'avoir compris : elle réduit actuellement ses multiples activités dont de fréquents déplacements en voiture. L'élastique continue de se détendre.

**Lors de la sixième séance**, l'élastique est totalement décroché et la symptomatologie s'est améliorée. Une transe de légèreté avec lévitation est induite : il est alors demandé à la patiente de déplacer cette légèreté vers sa tête.

**À la septième et dernière séance**, la douleur tend à s'estomper.

## Céphalées et hypnose - A Propos d'un cas - # 3/4

### Commentaires

#### De l'écologie

L'abord du patient douloureux avec l'hypnose a comme objectif initial de mettre en place une relation thérapeutique basée sur l'écoute et sur la mise en évidence de la demande profonde du patient. Cela représente un préalable indispensable qui, même s'il semble particulièrement "chronophage", permet au thérapeute d'élaborer une stratégie de prise en charge cohérente car basée sur une analyse écologique de l'histoire du patient.

C'est en même temps l'opportunité pour le praticien d'évaluer la motivation du patient à travailler à sa propre guérison et à suivre les prescriptions du thérapeute.

### **De la lenteur**

Le thérapeute, surtout s'il est pressé de mettre en pratique ses techniques hypnotiques, a tout intérêt à offrir à son patient un lieu et un temps pour mettre sa souffrance en mots et ainsi clarifier sa demande de prise en charge.

Au cours des séances, l'accent est mis sur la notion de lenteur : il est demandé au patient de prendre le temps d'évoluer. Nous nous situons en effet dans le cadre de la douleur chronique, douleur qui s'est installée sur plusieurs mois et années. Nous nous trouvons face à un patient qui a organisé son existence (en plus ou moins grande partie) en fonction de son symptôme : le faire disparaître trop rapidement (cela arrive parfois) fait courir le risque d'une déstabilisation parfois délétère.

### **De la communication**

Le thérapeute s'attache à rencontrer le patient dans son système de représentation sensorielle en vue de structurer la communication hypnotique. Il ne s'agit pas de lutter contre le symptôme ce qui fait courir le risque de voir apparaître des résistances au changement mais plutôt d'initier et d'accompagner des modifications minimales mais efficaces, gages d'une amélioration durable.

Le thérapeute est un guide qui propose et rassure à la manière du guide de montagne qui accompagne le randonneur. Ils marchent ensemble dans la même direction, le guide permet au randonneur de franchir plus aisément les obstacles du chemin par ses conseils et ses encouragements. Et, lorsqu'ils arrivent au but, c'est bien grâce aux ressources personnelles que le randonneur a su mobiliser.

De la même manière, le thérapeute autorise le patient à s'approprier l'outil "hypnose" lui permettant ainsi de prendre l'initiative sur un symptôme antérieurement vécu comme permanent et réfractaire.

## **Céphalées et hypnose**

### **A Propos d'un cas**

# 4/4

### **Conclusions**

La stratégie développée avec cette patiente s'est accompagnée d'une recrudescence de la symptomatologie et l'on peut donc légitimement se poser la question de l'opportunité de la prise en charge par l'hypnose.

Mais si l'on ne peut affirmer que l'hypnose fût indiquée, on ne peut pas non plus indiquer la manière dont les symptômes auraient évolué avec la prise en charge médicamenteuse seule.

En tout état de cause, l'hypnose n'a pas été imposée : elle a été proposée par le neurologue référent. La patiente a ensuite rencontré l'hypnothérapeute qui a pris soin d'informer la patiente sur les modalités de prise en charge et d'évaluer ses motivations. Enfin la patiente en a accepté le principe.

Ces éléments sont, à nos yeux, fondamentaux et constituent le socle indispensable à une

relation thérapeutique saine.

### **Références bibliographiques**

Benhaïem JM, Les caractéristiques et le champ d'application de l'hypnose en analgésie. Douleur, 2002;3,1: 16-25

Benhaïem JM, Attal N, Chauvin M, Brasseur L, Bouhassira D. Local and remote effects of hypnotic suggestion of analgesia. Pain 2001;89 : 167-173

Violon A. L'apport de l'hypnose dans le traitement de la migraine Med Hyg 2001;59: 1580-2

Langlade A, Jussiau C, Lamonerie L, Marret E, Bonnet F. Hypnosis increases heat detection and heat pain thresholds in healthy volunteers. Regional Anesthesia and Pain Medicine, Vol 27, N°1, 2002: 43-46