

Pascale JACQUEMIN
Rue de Bastogne, 6
6900 Hollogne

Travail de fin de formation : « Itinéraire d'une sexologue »

**Réalisé dans le cadre de la Certification en Psychothérapie du
Trauma Réassociative**

Mars 2024

Table des matières

Introduction.....	3
Partie théorique	5
Notions en thérapie brève stratégique selon le modèle de l'Institut Grégory Bateson (IGB).....	5
Notions en hypnose conversationnelle stratégique selon le modèle de l'Institut Milton H. Erickson de Belgique (IMHEB).....	5
Comparaison rapide entre la thérapie brève stratégique et la psychothérapie du trauma réassociative	7
Ressemblances :	7
a) Une intervention orientée sur la résolution de problème	7
b) Une intervention de courte durée	7
c) Une intervention où la personne est acteur du changement	8
Différences :.....	8
a) La logique de l'intervention	8
b) La récolte de données	9
c) La maîtrise de l'intervention	9
d) La posture thérapeutique	9
Partie pratique.....	10
Mon cheminement personnel : de la thérapie brève à l'utilisation de la PTR	10
Vignettes cliniques	12
Florence	12
Anna.....	14
Conclusion	19

Introduction

En préambule à ce travail réflexif, il me semble intéressant de rappeler quelques moments clés de mon parcours formatif.

- 1995 : graduat en biochimie. Obtenu en Haute Ecole à Beeckman à Liège.
- 1998 : licence en sexologie. Obtenu à l'Ecole de Santé Publique, Faculté de médecine à l'Université de Liège.
- 2002 : attestation de formation en Psychothérapie Socio et Somato Analytique avec une spécialisation en sexo-conjugo à l'Ecole Européenne de Socio-Somato Analytique (EPSSA) de Paris.
- 2017 : diplômée à la thérapie systémique et stratégique à l'Institut Grégory Bateson (IGB) de Liège.
- 2019 : début de la formation en Psychothérapie du trauma Réassociative à l'Institut Milton H. Erickson de Belgique à La Hulpe.

Ce parcours s'étale sur bientôt 30 ans et est riche de nombreuses dimensions différentes et complémentaires.

Au niveau professionnel, c'est en octobre 2003 que je démarre à Bastogne mon activité en tant que sexologue et psychothérapeute. Depuis mes activités professionnelles se sont également déployées dans mon cabinet privé de Marche-en-Famenne ainsi qu'au sein de l'hôpital Vivalia.

Signalons que même si j'ai passé 5 années à me former à la somatothérapie, cette technique n'a pas été utilisée dans le cadre professionnel. Avec le recul, je constate que cette première formation s'est principalement révélée être une thérapie personnelle. En effet, l'intégration des outils proposés passait par l'expérimentation de ceux-ci. Le processus a conduit à un remue-ménage personnel important. Cela n'a pas contribué à une réutilisation de ces outils par la suite.

Depuis 2003, mon outil de travail privilégié est la thérapie brève. L'intervention basée sur la résolution concrète des problèmes des patients répond et répondait parfaitement à ma conception de la thérapie. Cette approche me permet d'être à l'aise face aux demandes qui me sont adressées.

La découverte de la PTR s'est déroulée 16 ans plus tard, en octobre 2019. Ancrée dans la résolution des problèmes, cette approche m'a notamment permis de répondre à de nouvelles demandes d'aide. Cette technique s'est révélée enrichissante et complémentaire à la pratique déployée jusqu'à présent. Elle m'a permis en outre d'envisager un traitement plus aisé et plus rapide de certaines difficultés.

C'est cette dernière direction que je souhaite approfondir dans ce travail de fin de formation : montrer l'apport de la PTR dans le traitement de certaines difficultés sexuelles chez la femme, notamment les dyspareunies et le vaginisme.

Ce travail comprendra deux grandes parties : une partie plus théorique et une partie plus pratique.

Pour la partie théorique, je rappellerai quelques principes de base de la thérapie brève stratégique. Je ferai de même au niveau de l'hypnose conversationnelle. J'établirai pour terminer quelques ressemblances et différences.

Pour la partie pratique, j'exposerai deux situations cliniques issues de mon activité professionnelle. A travers ces illustrations, je tenterai de mettre en lumière l'utilisation concrète d'outils thérapeutiques et mon cheminement qui m'a permis de passer de l'un à l'autre.

Ce travail ne se veut pas exhaustif ou innovant.

Il s'appuie par contre sur l'expérience accumulée ces 20 dernières années dans ma pratique de la psychothérapie et de la sexologie. Il m'a conduit à prendre du recul et à élaborer un discours réflexif sur ce parcours.

Soulignons que cette formalisation a été un exercice inhabituel, mais néanmoins très enrichissant, pour moi. Cela a permis de questionner certains automatismes et/ou zones d'ombres de mon fonctionnement. J'espère que le lecteur y percevra toute la richesse des réflexions et des prises de conscience qui en ont jalonné la rédaction.

Partie théorique

Notions en thérapie brève stratégique selon le modèle de l'Institut Grégory Bateson (IGB)

La théorie brève et stratégique est née en 1967 à Palo Alto, une ville en Californie.

Ses fondements relèvent de deux approches complémentaires : l'approche interactionnelle et l'approche stratégique.

Signalons que Gregory Bateson, anthropologue de formation, est notamment à la base de l'approche interactionnelle et que Milton Erickson, thérapeute de formation, a quant à lui développé l'approche stratégique. Cette dernière approche consiste plus spécifiquement à se demander comment faire pour amener le changement.

L'école de Palo Alto considère que l'on est toujours en interaction avec son environnement. Pour comprendre la souffrance d'une personne, il est dès lors nécessaire d'identifier les boucles d'interaction qui renforcent le problème.

Au niveau clinique, on s'appuie sur le postulat que « *les problèmes humains peuvent être résolus au moyen de stratégies spécifiques destinées à casser cet effet de boucle sans fin qui entretient le problème* ». ¹

Concrètement, l'individu est invité en thérapie à réaliser une expérience émotionnelle corrective afin qu'il se vive autrement dans cette relation.

Cette expérience sera construite après avoir analysé tout ce que la personne a mis en place, de manière consciente et délibérée, pour résoudre son problème.

Ces tentatives de solution (TS) sont appelées infructueuses, car elles maintiennent ou alimentent le problème. Pour saper la logique qui soutient les TS infructueuses, le thérapeute propose un virage à 180°. C'est entre autre à partir de celui-ci que le thème thérapeutique de l'accompagnement va se construire. Cela permet d'agir rapidement et concrètement sur la souffrance de la personne en demande d'aide.

Notions en hypnose conversationnelle stratégique selon le modèle de l'Institut Milton H. Erickson de Belgique (IMHEB)

La Psychothérapie du trauma réassociative est une approche initiée par Gérald Brassine à travers l'Institut Milton H. Erickson de Belgique fondé en 1984.

¹ Giorgio Nardone, Paul Watzlawick, *L'art du changement. Thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe*, L'Esprit du temps, 1993, p 52.

L'originalité de cette approche réside dans l'alliance de la thérapie brève avec une hypnose où l'on discute.

Dans le cadre d'une psychothérapie du trauma réassociative (PTR), la mémoire de l'individu, mais aussi son imaginaire, sont des éléments centraux dans la démarche. On part du postulat que les traumatismes sont enregistrés sous la forme physique et émotionnelle. A travers l'hypnose, le thérapeute vise à modifier l'enregistrement du trauma pour soigner la source de la souffrance.

Lors de la séance en PTR, l'imaginaire du patient est utilisé afin de créer de faux-souvenirs. C'est par ceux-ci que d'agréables sensations et émotions viendront dorénavant habiter l'individu.

Gérald Brassine explique par exemple que « *le cerveau est bête, et c'est en cela qu'il est malin. Le cerveau ne fait pas complètement la différence entre une image mentale (fabriquée) et une image du réel... et c'est en cela qu'il est génial* ». ²

Différentes défenses hypnotiques peuvent se mettre en place lors d'un choc ou d'un traumatisme : anesthésie physique et émotionnelle, catalepsie, dissociation, dépersonnalisation, déréalisation, distorsion temporelle et émotionnelle, hébétude, amnésie, sentiment d'inventer, etc.

L'approche en PTR veille à les utiliser pour permettre et faciliter le changement. Celles-ci sont appelées « les protections dissociatives ».

Gérald Brassine souligne que « *la PTR et son système de Protections permet une désensibilisation progressive, douce et profonde du trauma, et pour le patient c'est la condition nécessaire à la reprise normale d'un cours de la vie agréable* ». ³

² Gérald Brassine et Nadia Tonglet, *Surmonter le traumatisme. Initiation à la PTR*, Satas, 2022, p 29.

³ Gérald Brassine et Nadia Tonglet, *Surmonter le traumatisme. Initiation à la PTR*, Satas, 2022, p 238.

Comparaison rapide entre la thérapie brève stratégique et la psychothérapie du trauma réassociative

De par leur histoire commune, les deux techniques reposent sur des éléments communs. Nous allons ci-dessous nous arrêter sur quelques dimensions significatives pour nous.

Ressemblances :

a) Une intervention orientée sur la résolution de problème

Tant en thérapie brève qu'en PTR, l'intervention recherche la résolution du problème soulevé par le patient.

Milton Erickson affirme par exemple que « *la raison première pour laquelle on entreprend une psychothérapie n'est pas le fait qu'on cherche à être éclairé sur un passé auquel on ne peut plus rien changer mais tient à ce que l'on est insatisfait du présent et que l'on veut un avenir meilleur* »⁴

Quel que soit la technique quand l'on travaille dans un processus de changement et/ou de mieux être, une relation de confiance est créée entre le patient et le thérapeute. Cette relation de confiance contribue à développer une alliance thérapeutique forte. L'orientation sur la résolution de problème constitue de fait un élément fondamental de cette alliance thérapeutique.

R. Fisch, J.H. Weakland et L. Segal nomment à ce propos que « *l'objectif est d'agir sur le client pour faire en sorte que ce dont il se plaignait à l'origine soit résolu de manière satisfaisante pour lui* »⁵.

Pour y parvenir, le professionnel, tout en étant en empathie, devra notamment montrer qu'il connaît bien les difficultés exposées en anticipant les réactions et les émotions du patient.

b) Une intervention de courte durée

Dans les deux techniques, il s'agit d'un accompagnement de courte durée.

Le Centre de Thérapie Stratégique d'Arezzo présente les résultats suivants pour les difficultés sexuelles et conjugales, repris ci-dessous.

⁴ Giorgio Nardone, Paul Watzlawick, L'art du changement. Thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe, L'Esprit du temps, 1993, p 53.

⁵ Richard Fisch, John H. Weakland, Lynn Segal, Tactiques du changement. Thérapie et temps court, Seuil, Paris, 1986, p 161.

Cette étude a été menée entre janvier 1987 et septembre 1988 et figure dans l'ouvrage de G. Nardone et P. Watzlawick « *L'art du changement. Thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe* ». Cette étude ancienne reste d'actualité pour ma part.

Type de problème	Cas	Durée Moyenne (séances)	Durée Minimale (séances)	Durée Maximale (séances)
Sexuel	15	12,0	5	42
Conjugal	9	16,4	5	34

c) Une intervention où la personne est acteur du changement

Le patient est acteur de son changement. Il ne doit pas croire en *la thérapie* mais il doit l'expérimenter. Il est amené à vivre une nouvelle expérience dans sa tête et dans son corps. A travers les tâches, il fait une expérience émotionnelle corrective. Dans l'hypnose, il va créer des faux souvenirs pour que la souffrance soit remplacée par une émotion positive et donc, retrouver du contrôle dans ses émotions.

Le professionnel va devoir faire preuve de grande créativité en s'adaptant aux croyances et valeurs du patients. Il sera également, directif sur son cadre de travail dont il a la maîtrise. En hypnose, le professionnel connaît et utilise les protections dissociatives pour aller revisiter un traumatisme. En thérapie brève, à travers les tâches dites paradoxales, le professionnel prescrit le symptôme en invitant le patient à faire ce dont il redoute le plus.

Différences :

Au-delà des ressemblances, il est possible de mettre en évidence plusieurs différences. Cette section va en aborder quelques-unes.

a) La logique de l'intervention

Pour résoudre le problème, le thérapeute formé au modèle de Palo Alto relève les tentatives de solution mises en place par le patient, pour ensuite, développer le thème thérapeutique de l'intervention. Ce dernier sera le « 180 degrés » de ces tentatives.

En PTR, ce sont les symptômes qui vont être relevés par le thérapeute, ainsi que les émotions, les sensations, les traumas. Ces différents éléments seront ensuite désensibiliser. Un principe fondamental en hypnose est que le cerveau ne fait pas la différence entre la réalité et l'imaginaire. Lors de l'utilisation de cette technique, le patient et le thérapeute communiquent. En d'autres termes, ils font équipe pour aller changer les scénarios douloureux. En modifiant l'enregistrement de l'histoire, les émotions et sensations se modifient aussi.

b) La récolte de données

La thérapie brève vise la résolution de problème et donc, ne s'attarde pas à l'histoire du patient. La grille d'analyse met le focus sur les tentatives de solutions et sur les interactions.

Par exemple avec les patients qui étalent leur vie, une question pertinente pour les ramener dans le problème est quel lien faites-vous entre ce que vous me racontez quand vous aviez 5 ans et le problème pour lequel vous venez consulter ?

Un autre exemple de question pour avoir une bonne compréhension du problème : en quoi est-ce un problème pour vous ?

Le thérapeute en PTR vise à utiliser la mémoire du patient et ses émotions, ses sensations dans le corps quand il évoque ce moment. Le thérapeute sera particulièrement attentif aux protections dissociatives si le patient en évoque de lui-même. Comme par exemple, c'est comme si je n'étais plus dans mon corps ou je ne sentais plus la douleur physique ou bien j'ai l'impression que j'invente, ...

c) La maîtrise de l'intervention

Dans le processus de changement, en thérapie brève, le thérapeute garde le contrôle. Ce qui signifie qu'il sait ce qui va se passer à peu de choses près. Cela réside dans la prescription de tâche : le thérapeute invite le patient à réaliser une nouvelle expérience. Cette dernière ira toujours dans le sens opposé des tentatives de solutions du patient.

La PTR se laisse guider par la mémoire du patient et aussi, par son inconscient qui nous guidera dans le chemin de la guérison. Il existe des traumatismes qui sont oubliés, anesthésiés, amnésiés. L'hypnose est nécessaire pour « les réveiller ».

d) La posture thérapeutique

En thérapie brève, le thérapeute développe une position haute sur son cadre de travail en épousant la grille d'analyse. Néanmoins, il développera une position basse sur le contenu. C'est le patient qui explique et qui sait ce qu'il vit.

Le thérapeute en PTR établit une relation égalitaire avec le patient. Tous deux sont dans une communication où il n'y aura ni domination, ni dépendance. En effet, le patient choisit son bon moment pour induire l'état d'hypnose. Il garde le contrôle en s'opposant ou en refusant les propositions du thérapeute. L'interaction verbale permet au patient de garder le souvenir de tout ce qui se dit et se fait. Le patient réalise qu'il peut maîtriser son système nerveux autonome là où habitent ses émotions et ses sensations.

Partie pratique

Dans cette deuxième partie, nous allons illustrer de façon plus personnelle l'alliance des deux outils thérapeutiques et la manière dont ils peuvent influencer directement mon travail clinique.

Pour démarrer, nous allons reprendre quelques éléments biographiques pour comprendre le cheminement qui a été le mien dans l'articulation des approches.

Par la suite, j'approfondirai la réflexion en analysant deux vignettes cliniques : l'une, plus ancienne, basée sur l'utilisation de la thérapie brève et stratégique et l'autre, plus récente, basée sur l'utilisation de la PTR. Cette juxtaposition des deux vignettes cliniques permettra de mettre en évidence l'évolution qui a été la mienne ainsi que la manière dont je peux dorénavant me positionner professionnellement face à ces outils.

Mon cheminement personnel : de la thérapie brève à l'utilisation de la PTR

Pour rappel, c'est en octobre 2003 que je débute avec mes premières consultations thérapeutiques avec l'outil de thérapie brève. Cela se passe au Cabinet gynécologique du Docteur Fivet à Bastogne. Mon approche est généraliste. J'accueille des adolescents et des adultes, dans le cadre de suivis individuels ou de couple.

La grille d'analyse des problèmes de la thérapie brève permet cette hétérogénéité des accompagnements. Cette approche, tout en étant simple, amène une structure souple à l'entretien. Elle permet de questionner efficacement sans se perdre dans le discours de l'individu. En effet, la démarche vise à rechercher des informations concrètes tant sur le problème, que sur ce que la personne et/ou son entourage mettent en place pour le résoudre.

De mes apprentissages, je retiens les effets fabuleux de la prescription de tâche par rapport aux tentatives de solution.

A ce sujet, B. O'Hanlon et S. Beadle déclarent : « *Pour que la thérapie crée une différence dans la vie des gens, elle doit avoir une influence sur leurs actions. Nous nous attachons à obtenir la description des actions (le « faire ») en cause dans le problème ; nous essayons d'identifier d'éventuels schémas répétitifs dans ces actions, puis nous prenons des dispositions particulières pour aider la personne à modifier ces actions et ces schémas* »⁶.

Cet aspect très concret et très efficace est important dans ma démarche. Je suis depuis longtemps une convaincue de cette approche et défend avec acharnement la cohérence de celle-ci. Néanmoins, avec le temps et l'expérience, mon esprit critique va progressivement relever des fragilités ou des limites à la technique de la thérapie brève.

⁶ Bill O'Hanlon et Sandy Beadle, *Guide du thérapeute au pays du possible*, Satas, Bruxelles, 1997, p 14.

En effet, cette dernière s'avère par exemple peu efficace dès qu'il est question de traumatismes.

Dans ces situations, les tâches prescrites en thérapie brève deviennent parfois fastidieuses. C'est particulièrement le cas dans le traitement des dyspareunies et du vaginisme. De manière générale, j'ai pu constater la configuration ci-dessous dans mes consultations.

La femme qui souffre de ces symptômes tente de se détendre avant un rapport. Or, au moment de la pénétration, cette détente ne sera pas possible car l'orifice de son vagin se contracte de manière involontaire. Le thème thérapeutique du 180 degré conduit classiquement à donner une tâche à la patiente qui vise à faire l'inverse, soit à contracter de manière volontaire son vagin lors de l'introduction millimètre par millimètre de son doigt ou d'un des dilateurs du kit Velvi. Cette introduction doit progressivement se réaliser sans douleur pour faire disparaître la difficulté.

Il va de soi qu'il s'agit là d'un travail laborieux puisque la patiente est amenée à le répéter de manière journalière si elle veut des résultats. Avec l'expérience, j'ai pu constater que plus la personne venait consulter rapidement dans son expérience à la sexualité et plus le travail était rapide.

A contrario, pour des femmes âgées de 40 à 50 ans présentant les symptômes depuis plusieurs années, la guérison était plus lente. Je prévenais d'ailleurs celles-ci dès le début que l'accompagnement durerait un an, à raison d'une rencontre par mois.

Voici un cas de figure qui m'a conduit à trouver d'autres solutions pour prendre en charge ces symptômes. L'intuition que la PTR allait m'aider était présente et m'a conduit à m'ouvrir à cette technique.

Après mon parcours de formation en PTR, c'est en octobre 2019, toujours dans le même cabinet médical, que j'expérimente cette nouvelle technique apprise.

Je suis directement séduite. Le traitement des traumatismes récents ou passés ouvrent de nouvelles perspectives, notamment dans le traitement des dyspareunies et du vaginisme.

L'hypnose a ce pouvoir « magique » de redonner le contrôle à l'individu dans les situations où il ne l'avait plus. L'hypnose conversationnelle va même jusqu'à donner le pouvoir à son évolution. C'est l'individu qui décidera exactement ce dont il a besoin pour changer l'émotion / la sensation inconfortable. L'objectif final est qu'il retrouve un apaisement rapidement.

Pour le traitement des dyspareunies et du vaginisme, je constate que la femme sera amenée à se connecter au souvenir de la douleur qu'elle a lors de la pénétration. Avec la PTR, elle sera invitée à amplifier celle-ci. Cette invitation est décrite par Gérald Brassine. « *Le fil d'Ariane utilise les sensations de douleur physique pour retrouver les moments et les émotions qui ont créé ou sont constitutifs des douleurs psychosomatiques* ». ⁷

⁷ Gérald Brassine et Nadia Tonglet, *Surmonter le traumatisme. Initiation à la PTR*, Satas, 2022, p 77.

A l'heure actuelle, pour l'accompagnement de ces situations, je ne relève pas de fragilités à la technique.

Vignettes cliniques

Dans les deux exemples ci-dessous, je vais reprendre de manière plus détaillée la manière dont les différentes techniques ont pu être proposées à deux patientes présentant des difficultés de dyspareunie ou de vaginisme.

La première patiente a été accompagnée en 2014 avec la thérapie brève. La deuxième patiente a quant à elle été accompagnée en 2023 avec la PTR.

J'apporterai plus de contenus dans l'accompagnement avec la PTR afin de montrer ma compréhension de cette technique.

Les différences entre ces deux récits illustrent au mieux ce qui a été mis en évidence dans la partie théorique.

Florence

Florence , 18 ans, étudiante en rhéto.

L'accompagnement de Florence a débuté le 6 mai 2014 et s'est clôturé le 23 décembre 2014. Elle vit chez ses parents et est en couple avec Régis, 19 ans, depuis 3 ans.

Première séance

En entretien, elle explique qu'elle n'ose plus avoir de relations sexuelles. Elle a de la douleur lors de la pénétration. Elle explique que la situation l'amène régulièrement à pleurer.

Je comprends que son partenaire prodigue beaucoup de préliminaires et qu'il ne la force pas. Elle relate aussi que la douleur se manifeste également lors de l'examen gynécologique quand le spéculum est introduit.

Face à ce tableau clinique, plusieurs tâches sont remises à la jeune fille :

- 1) Explorer sa vulve avec un miroir.
- 2) Apprendre à contracter son vagin. La contraction est possible quand, lorsqu'elle va uriner, elle réussit à stopper le jet.
- 3) Ensuite, sur ce premier apprentissage, la patiente est invitée à utiliser le « Kit Velvi » avec du lubrifiant. Celui-ci se compose de 6 dilateurs de tailles différentes.

J'explique qu'elle doit contracter très fort et le plus longtemps qu'elle peut son vagin (entre 5 et 15 secondes en général). Au relâchement, elle va introduire juste 1 mm le dilateur. Ca ne doit absolument pas faire mal. Si ça fait mal, Florence doit redescendre le dilateur et recommencer la contraction. L'introduction doit se faire sans aucune douleur. Le cerveau doit faire l'expérience concrète qu'un corps étranger peut s'introduire sans douleur.

Deuxième séance

Trois semaines plus tard, Florence me dit avoir réalisé la première tâche et que la seconde, elle a réussi après 2 tentatives. Ensuite, pour la troisième, elle a voulu directement expérimenter sur son doigt. Elle m'explique qu'elle n'avait pas peur et que l'expérience d'introduction s'est révélée très facile pour elle. Elle me dit avoir bien senti les contractions sur son doigt.

Je propose un prochain rendez-vous un mois et demi plus tard pour lui laisser le temps de l'expérimentation et de voir la progression avec l'utilisation des dilateurs qu'elle va manipuler.

Troisième séance

Il s'avère qu'elle développe une peur lors de l'introduction du deuxième dilateur. Elle m'explique que celui-ci lui fait mal après avoir introduit 2 cm. Je lui réexplique qu'il est très important de ne plus avoir mal. Que son cerveau doit enregistrer cette nouvelle information afin qu'il ne contracte plus le vagin. Son cerveau veut justement la protéger de la douleur par cette contraction.

Quatrième séance

Deux mois s'écoulent et Florence revient avec une très grande progression dans l'utilisation des dilateurs. Elle peut introduire les quatre premiers. Il lui en reste deux avant de répéter ce même exercice de contraction sur le sexe de son partenaire.

Florence explique que Régis a aussi pu introduire son doigt et qu'elle n'a pas de douleur.

Avec beaucoup d'optimisme de ma part, je lui dis qu'elle est sur la dernière ligne droite et que si elle continue à persévérer dans les exercices de contraction, le prochain rendez-vous sera le dernier car elle pourra avoir des relations sexuelles dans le plaisir avec Régis.

Cinquième séance

Le 23 décembre, Florence m'explique qu'elle a l'impression que le sexe de Régis est plus gros que le dernier dilateur. Je la rassure en expliquant que le vagin est un muscle et que c'est par-là que les mamans mettent au monde leur bébé.

Vu la situation, je lui explique qu'il faudra répéter les exercices de contraction sur le sexe de Régis et qu'elle pourra faire confiance à sa capacité de progression. En accord avec elle, nous décidons de ne pas fixer de prochain rendez-vous pour qu'elle ne perde pas son temps et son argent à me raconter son plaisir intime.

Commentaires

Relevons que Florence est jeune et qu'il s'agit de sa première expérience sexuelle dans une relation déjà longue pour son âge. Ces informations sont en sa faveur pour une résolution dite rapide du problème qui n'a guère eu le temps de s'installer. De plus, son compagnon a une attitude soutenante et rassurante.

Au niveau thérapeutique, soulignons que les exercices de contraction proposés à la patiente, issus de la thérapie brève, correspondaient à un virage de 180° comme décrit dans la partie théorique. Ceux-ci étaient là pour rassurer Florence, que la pénétration pouvait se faire sans douleur, que la contraction involontaire du vagin ainsi que la peur de la douleur n'avaient plus lieu d'être.

Dans ce récit, le changement a été constaté. Le processus a été couronné de succès, mais cela a néanmoins pris un certain temps pour advenir. La thérapeute a été amenée à espacer la fréquence des consultations pour la répétition des exercices. Cet entraînement était indispensable à la réussite.

Anna

Anna , 28 ans, éducatrice spécialisée.

L'accompagnement a débuté le 25 avril 2023 et s'est clôturé le 4 septembre 2023.

Anna est en couple depuis 7 ans avec Eric, 28 ans, militaire.

Première séance

En entretien, Anna explique que son problème est le lâcher-prise. Elle dit : « *lors des rapports intimes, je me concentre sur des choses extérieures et pas sur le moment présent* ».

Je constate qu'elle présente également des difficultés à s'endormir car son cerveau se met en activité juste avant.

Si elle vient consulter maintenant, c'est parce qu'elle a peur que le schéma de ses relations passées se reproduisent : « *une dispute et il part* ».

Son compagnon, Eric, a attiré son attention sur son impression qu'elle ne l'aime pas. Par exemple, au retour d'une mission de 3 mois, il souligne qu'ils ont eu que 3 relations sexuelles sur 6 mois.

Deux autres éléments m'interpellent dans le tableau clinique. D'une part, Anna fait part que dans ses relations précédentes, son corps ne lui appartenait pas. D'autre part, Eric est un homme rassurant mais elle ne l'est pas car elle a besoin d'être mariée à lui.

Ce besoin rentre en résonance avec des enjeux immobiliers dans le couple. En effet, Eric a acheté la maison seul. A l'époque, Anna était toujours aux études. Aujourd'hui, la situation professionnel d'Anna a changé : elle fait les travaux et paye les factures. Cette situation l'insécurise fortement, d'autant plus qu'Éric n'a pas conduit le testament chez le notaire qui atteste que s'il meurt, Anna aura l'usufruit de la maison. Elle souligne également le fait que payer seule les frais de la maison ne lui donne pas non plus la possibilité de placer de l'argent.

Suite à ces constats, je propose à Anna la tâche suivante : expliquer à Eric qu'il est rassurant sur le plan des attentions et que c'est très agréable de sentir son amour, mais que sur le plan financier, il existe un problème. Si ses attentes est qu'Anna puisse être dans le lâcher-prise au niveau sexuel, elle a besoin d'être en sécurité sur le plan financier.

Deuxième séance

Trois semaines plus tard, Anna revient en disant qu'Éric n'est pas réceptif et qu'elle n'insiste pas car elle évite le conflit. Il doit probablement connaître son fonctionnement.

Je lui explique par une métaphore qu'elle a un joli sourire mais qu'il est nécessaire par moment de montrer les dents comme les chiens (comme quand ils protègent leur gamelle). J'ajoute également qu'en se laissant faire, elle ne va certainement pas prendre de la valeur à ses yeux.

Pour clôturer cette séance, je lui expose trois perspectives en vue du prochain rendez-vous :

- 1) Comme un soldat qui va au front, elle s'arme de courage et va au conflit afin qu'Éric participe à part égale aux factures.
- 2) Nous postposons le rendez-vous car elle est toujours dans l'évitement.
- 3) Eric vient à sa place en lui donnant la raison que c'est à ma demande pour l'aider elle.

Je l'invite à réfléchir à celles-ci et à choisir celle qui lui convient le mieux.

Troisième séance

Un mois plus tard, Anna est fière de venir m'annoncer qu'elle a été au conflit et que celui-ci n'a finalement pas eu lieu.

Elle a obtenu différentes choses importantes pour elle. Dorénavant toutes les factures communes allaient être payées à partir d'un compte commun. Eric allait entreprendre les démarches avec le notaire pour que la maison soit à leur deux noms. Ils allaient en outre acheter ensemble le hangar du voisin.

Je ne tarde à demander si ce changement a pu avoir un impact sur les câlins sensuels.

Bingo, Anna raconte que ceux-ci se sont bien passés car elle se pose moins de questions et qu'elle a pu remarquer qu'elle pouvait davantage se laisser aller dans le moment, mais pas encore à 100%.

Je lui demande ce qui va pouvoir l'aider à obtenir 100% de lâcher-prise.

Elle m'explique alors une situation d'enfance traumatique.

Agée de 5 ans, son cousin, de sept ans plus âgé, a abusé d'elle. A ses 11 ans, une pénétration a également eu lieu. Son cousin a réussi à la convaincre que c'était bien pour elle. A 12 ans, elle a néanmoins réussi à lui dire stop. Elle a pu exprimer « *si tu continues, je te coupe la bite* ». De ses 12 à ses 18 ans, elle n'en a plus eu peur.

A un moment donné, elle a pu raconter son histoire à son entourage proche. Sa mère l'a entendue rapidement, mais sa sœur ne l'a malheureusement pas cru. A l'heure actuelle, son cousin passe toujours chez sa mère et sa sœur.

Dans son couple, Eric l'a cru aussi rapidement. Celui-ci a d'ailleurs pu lui témoigner qu'elle n'était pas sale, contrairement à ce qu'elle pouvait ressentir ou vivre.

Lors de cette consultation, elle a pu me partager qu'elle gardait de la colère suite à ces événements et qu'elle ressentait également un sentiment de culpabilité et une perte de confiance en elle.

Suite à ces confidences, je propose à Anna d'utiliser la technique de l'hypnose conversationnelle dans le travail thérapeutique. Je lui explique que cette approche va probablement lui permettre de changer ses émotions et sensations dans le corps.

Anna accepte et en profite pour évoquer des crises d'angoisses le soir.

Quatrième séance

Trois semaines se passent.

Comme toute première séance avec l'outil de PTR, je lui demande de me raconter un bon moment. L'objectif de cette demande est double : induire un état modifié de conscience et s'entraîner avec les protections dissociatives.

Lors de l'entraînement aux protections dissociatives, Anna s'amuse beaucoup avec celles-ci.

Ma première intervention est de proposer un tout petit écran dans lequel j'y met le prédateur. Sa peur est immédiate et elle l'évalue à un niveau de 6,5/10 sur échelle allant de 0 à 10. Anna a besoin d'explications pour oser l'intensifier. Quand elle s'exécute, des tremblements se manifestent dans les mains, les bras et les pieds avec une boule dans l'estomac. Je propose instantanément de regarder le dessin animé où elle est une petite souris filoute comme dans Tom&Jerry. Elle se marre et le trouve idiot. Elle me dit retrouver une bonne respiration et un soulagement dans la tête. Quand je lui demande de retourner à l'échelle de la peur, elle a diminué à 4/10. Elle a compris que pour la diminuer, il faut d'abord l'augmenter. Elle ressent à nouveau une boule dans l'estomac et une dans la gorge, ainsi que des tremblements dans les membres, mais moins forts.

Elle m'explique l'image qui lui apparaît : la maison de ses parents où l'étage est mansardé. Dans le fond du hall de nuit, il y a un gros écran d'ordinateur. Son cousin est assis et joue à l'école.

Elle se voit assise sur ses genoux et son cousin va mettre sa main dans sa petite culotte. Elle est ok pour le transformer en « minimoy » à qui on lui coupe les mains. Comme elle est grande par rapport à lui, elle veut l'écraser.

Ça l'a fait beaucoup rire. Je propose de bien ressentir cette joie qui l'envahit. Elle précise que celle-ci se situe dans l'estomac.

En l'invitant à retourner sur l'échelle de la peur, je constate avec elle, qu'elle se situe à 2/10. Je l'invite à nouveau à l'intensifier mais elle me dit qu'elle ne veut pas. Il y a une angoisse qui la prend dans tout le haut de son corps. Elle sent une lourdeur.

Je l'invite à intensifier le tout.

Le froid s'empare d'elle avec l'image de sa chambre qui est en bas. Il essaye de l'attraper. Elle le transforme toute seule en loup à qui il manque des pieds.

Elle me dit ensuite être face à un steak. On y ajoute sa sauce préférée, la sauce champignon. Elle se sent toute fatiguée, calme et repue.

Ces sensations se retrouvent dans tout son corps. Elle dit : « je n'ai plus de peur ».

A la fin de la séance, elle explique que l'histoire créée lui permet d'être bien. Elle a l'impression d'être libre.

Cinquième séance

Trois semaines après la séances avec l'outil PTR

Elle revient en évoquant que les trois jours qui ont suivi, il y avait des ruminations.

Là, c'est cependant moins dans mon esprit. Elle dit ne plus le vivre comme une douleur et que ça ne l'atteint pas plus que ça.

Elle explique que sa sexualité a évolué. Elle est plus dans le ressenti et moins dans les questions. Avant de venir consulter, le couple pouvait rester plusieurs mois sans relations intimes.

Après notre séance avec la technique de l'hypnose, elle constate que sur 3 semaines, le couple a pu vivre 4 moments intimes agréables.

Sixième séance

En commun accord, on laisse cinq semaines pour vérifier la stabilité des changements positifs. Anna explique que son compagnon est content car dorénavant elle cherche à entretenir leur intimité en allant vers lui. Aujourd'hui, elle a envie de lui.

Pour rappel, elle n'en ressentait pas le besoin au départ du travail thérapeutique.

Selon Anna , elle est à 8,5/10 sur l'échelle du lâcher-prise car elle a pu lui dire que son côté solennel l'ennuyait.

Elle exprime un soulagement grâce à l'hypnose.

« Il m'avait pris mon corps étant petite mais là, je l'ai récupéré. Je découvre le plaisir alors qu'avant, je ne me laissait pas toucher car mon corps était chatouilleur. Je croyais réellement que c'était de ma faute ».

Le temps lui permettra d'être à 9,5/10 au niveau de son lâcher-prise.

En commun accord, nous clôturons le suivi.

Commentaires

Dans le cas d'Anna , nous pouvons considérer qu'elle a deux demandes. La première vise à vivre le moment présent quand elle a une relation intime. La seconde consiste à obtenir 100% de lâcher-prise.

La première demande a pu être réglée en trois consultations avec la technique de la thérapie brève. En effet, suite à un virage de 180°, la patiente a pu affronter sa peur du conflit. Elle a été amenée à faire une nouvelle expérience et en a récolté les fruits. Ceux-ci étaient au-delà de ce qu'elle avait pu anticiper.

En ce qui concerne la seconde demande, l'hypnose s'est avérée très utile. Lors de la prise de connaissance du problème qui l'amenait en consultation, la patiente a évoqué une protection dissociative : dissociation de son corps car ce dernier ne lui appartenait plus.

Il est impressionnant de remarquer la rapidité avec laquelle la patiente s'est appropriée cet outil. Elle a pu rapidement s'amuser avec et voir les changements instantanés qu'elle réalisait. Elle a pu constater qu'elle gardait le contrôle et que c'était elle qui était commandée de tous les changements dans son imaginaire, dans ses sensations et ses émotions.

Signalons également l'utilisation en parallèle d'une échelle émotionnelle de la peur afin de savoir où la patiente se situait dans sa guérison.

A la fin de la séance, la patiente pouvait déjà exprimer l'apparition de nouvelles sensations agréables.

Le retour de la patiente après 3 semaines était spectaculaire puisque l'hypnose a pu agir de manière positive à la fois sur sa sexualité et dans sa tête. La patiente qui avait tendance à éviter l'acte de pénétration était parvenue à devenir l'initiatrice. Elle a dès lors pu rassurer son partenaire en lui exprimant qu'elle le désirait. Elle a pu également se libérer de la culpabilité qui l'habitait.

Nous pouvons remarquer que le traitement a été rapide comme pour la première demande puisque trois séances ont suffi.

Il est fort probable que l'utilisation de la thérapie brève dans cette situation n'aurait pas permis d'aboutir aussi rapidement.

Cette hypothèse peut être posée étant donné qu'Anna avait déjà une expérience sexuelle et qu'à chaque fois, le problème se répétait et s'ancrait davantage.

L'utilisation de l'hypnose conversationnelle a eu dans cette situation un deuxième avantage. Suite au travail réalisé, Anna peut également être en paix avec son passé. Elle a réussi à reprendre le contrôle de ses émotions et donc à être apaisée lors de ces soirées.

Conclusion

Au fil de ces pages, une évidence s'est imposée à moi : la thérapie brève stratégique selon le modèle de l'Institut Grégory Bateson et la Psychothérapie du trauma Réassociative selon Gérald Brassine sont très complémentaires et étaient faites pour se rencontrer.

Les ressemblances, évoquées dans la partie théorique de ce travail, témoignent d'une superposition possible des deux approches.

La situation d'Anna, présentée longuement dans la deuxième partie du travail, illustre quant à elle la manière dont ces deux techniques se complètent à merveille dans le travail thérapeutique.

Après plus de quinze années d'expériences avec la thérapie brève, je faisais le constat que des automatismes se mettaient en place notamment au niveau de l'utilisation de certains recadrages ou métaphores.

Si cela permet d'acquérir une maîtrise, cela peut aussi déboucher sur une lassitude. Avec le temps, ce sentiment de lassitude existait de plus en plus chez moi

En ce qui me concerne, et dans mon contexte professionnel, l'utilisation de la PTR s'est dès lors révélée une belle opportunité. Celle-ci s'est rapidement présentée comme un nouveau défi à rejouer à chaque séance. Ce défi est un nouvel attrait dans mon travail professionnel, mais c'est aussi l'occasion de voir émerger de belles surprises dans les consultations quand le patient trouve plus rapidement une réponse à ses objectifs.

Aujourd'hui, je poursuis mon cheminement dans ce processus d'apprentissage et de découvertes.

La technique m'a très concrètement permis de revoir les traitements des dyspareunies et du vaginisme et d'envisager systématiquement ces problèmes sous un autre angle. Dorénavant, les patientes ne sont plus dans la répétition de tâches laborieuses, comme le proposait assez automatiquement l'approche via la thérapie brève.

L'union des deux techniques est un mariage plein d'avenir où la parole et l'interaction entre le professionnel et son patient sont au centre de la thérapie. C'est aussi l'union entre deux personnes pour former une équipe qui réussira à venir à bout des symptômes. La dynamique « question-réponse » pour avancer et s'ajuster au processus reste au centre de deux approches. Cette union reste néanmoins unique avec chaque patient même si la collaboration subsiste identique. Le thérapeute n'y est plus dans une position de sauveur mais bien dans une relation d'égal à égal.

Pour rappel, la formation en thérapie brève m'avait séduite par son efficacité et par sa capacité à rendre acteur le patient. Néanmoins, dans certaines situations, le suivi pouvait s'avérer long. C'est par exemple le cas dans le traitement des dyspareunies et du vaginisme. Dans la situation de Florence, exposée dans la partie pratique du travail, on constate que l'accompagnement via une approche en thérapie brève a duré 8 mois et que les tâches étaient laborieuses pour la patiente car elles demandaient régularité et courage dans sa mise en application.

La PTR est une approche impressionnante par la résolution rapide de certaines difficultés. Une séance d'hypnose peut avoir un impact immédiat en changeant « uniquement » le souvenir

que le patient a mémorisé. Cette possibilité, offerte par cette technique, peut dès lors se révéler plus efficace et plus appropriée que la thérapie brève pour traiter les difficultés liées par exemple aux dyspareunies et au vaginisme. La stratégie d'amener le patient à s'imaginer autre chose est révolutionnaire. Je suis conquise par la capacité de la PTR à aller changer le passé de façon durable.

Une conclusion de ce travail est que les quatre années de pratique de la PTR ne sont pas suffisantes pour se révéler comme une hypnothérapeute conversationnelle stratégique chevronnée. Autant certaines séances peuvent s'avérer d'une simplicité étonnante et autant d'autres peuvent se révéler très compliquées.

Le chemin de l'apprentissage reste toutefois passionnant. Signalons également que la communauté de PTRistes représente à mes yeux une grande famille où l'entraide et la compréhension résident. En cas de questions ou de difficultés particulières, celle-ci répond toujours présente. Cette ressource reste bien évidemment un appui précieux dans le travail quotidien.

Pour terminer, je souhaite partager ma sincère reconnaissance du fait que Gérald Brassine partage sans limite son savoir et savoir-faire. Je suis heureuse de constater que je m'approprie progressivement son outil « magique ».