

LA THÉRAPIE BRÈVE DU TRAUMA L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE ALLIÉE À LA THÉRAPIE STRATÉGIQUE POUR DÉSENSIBILISER LES ÉVÉNEMENTS DE VIE DOULOUREUX

A. Simon

La littérature concernant les algies pelviennes les définit souvent comme des affections aux origines multifactorielles. Les événements de vie difficiles, ou traumatismes peuvent notamment fonder ou déclencher de telles douleurs. Dans le cadre de notre pratique clinique et de recherche, nous avons mis au point un ensemble de techniques particulières qui s'adressent aux victimes de tels événements et permettent, en complément d'une approche sexologique ou médicale, d'éliminer les facteurs post-traumatiques de telles algies. Le présent article dessine les grandes lignes de cet ensemble d'outils appelé Thérapie Brève du Trauma (TBT) en y intégrant une étude de cas décrivant une problématique de vaginisme.

LES ALGIES PELVIENNES ET LES SYNDROMES POST-TRAUMATIQUES

Les algies pelviennes féminines et masculines, rencontrées le plus souvent en première ligne par les médecins généralistes ou spécialistes (gynécologues, urologues, proctologues, chirurgiens, etc.), peuvent être causées ou déclenchées par des facteurs psychologiques. L'anxiété, la peur, les émotions négatives, la dissociation (sensation d'être à côté de son corps, d'être « absent » durant les rapports sexuels) peuvent avoir été mises en place automatiquement et inconsciemment par le corps suite à certains événements dits « traumatiques ». Nous entendons ici par « trauma » tout événement de vie émotionnellement douloureux et ayant des répercussions sur le quotidien du patient et sa souffrance, notamment au niveau pelvien. Il n'est pas rare en effet de constater que des événements de type abus, harcèlement, expériences sexuelles précoces et/ou mal vécues soient à l'origine de douleurs importantes empêchant ou rendant difficiles les rapports sexuels et l'accès tant au désir qu'au plaisir sexuel.

Beaucoup d'outils thérapeutiques, en psychothérapie comme en médecine, trébuchent sur les aspects déconcertants des syndromes psychotraumatiques accompagnant les algies pelviennes : flashbacks, reviviscence spontanée, hallucinations visuelles, au-

ditives et kinesthésiques, etc. Diverses psychosomatisations additionnelles interviennent également en tant que symptômes post-traumatiques (ulcérations, asthme, douleurs gastriques et intestinales, etc.).

La plupart du temps, ces aspects déroutants sont inextricablement liés à la dissociation post-traumatique (1-3). Or, la clé du traitement pour la désensibilisation des événements émotionnellement douloureux, considérés ici comme traumatiques au sens large, semble être la transformation des sensations, émotions, images, sons, odeurs et impressions qui rappellent l'événement traumatique, tout en contrôlant les phénomènes dissociatifs. Depuis plusieurs années, l'auteur a utilisé des techniques spécifiques d'imagerie et de changement sensori-cognitif afin de traiter ces aspects. Cet assemblage de techniques se rassemble aujourd'hui sous le nom de « Thérapie Brève du Trauma » (TBT), lequel montre d'incontestables résultats observés chez les patients traités, et est actuellement en phase d'être validé empiriquement. Dans cet article, nous en développons les grands principes et caractéristiques.

LA DISSOCIATION PÉRI- ET POST- TRAUMATIQUE

Dans le DSM-5 (4), les syndromes traumatiques sont décrits comme « État de Stress Aigu » (ESA) et « État de Stress Post-Traumatique » (ESPT). Un sous-type dissociatif de l'ESPT (ou « trauma complexe », comme théorisé par J. Herman) (5) est souvent développé chez des individus ayant été sujets à des événements traumatiques précoces, surtout en cas d'abus sexuel infantile (6).

Le trauma perturbe l'équilibre biopsychosocial et affecte de multiples fonctions cérébrales (7, 8), conduisant à l'éventail de symptômes post-traumatiques aujourd'hui décrits de façon exhaustive dans la littérature (3, 9, 10). Le noyau du problème dans la création d'un trauma serait l'incapacité d'intégrer l'événement comme étant « réel » : la dissociation est considérée comme une protection contre les émotions aversives ressenties durant ou immédiate-

MOTS-CLÉS ► Post-traumatique, flashbacks, psychosomatique, dissociation, traumatisme, hypnose, douleur pelvienne, émotions

ment après l'exposition à l'événement douloureux. Cette dissociation est donc fonctionnelle, servant à réorganiser les processus mentaux et psychophysiologiques (11). Tout se déroule comme si le sujet était resté bloqué au moment de l'événement : les sensations et émotions de la victime sont revécues de manière vive, comme si l'événement avait lieu dans le présent, se répétant encore et encore (1). Après avoir expérimenté la dissociation au moment de l'événement traumatique (dissociation péritraumatique), certaines personnes continuent par ailleurs à la subir sous différentes formes symptomatiques (sensations de présence, hallucinations, dissociation corporelle, algies pelviennes et autres) dans leur vie quotidienne (dissociation post-traumatique). Les éléments du trauma sont comme déconnectés et stockés à part des autres souvenirs dans l'esprit du sujet (12), alors que le trauma continue à exercer son influence de manière masquée dans la vie de l'individu. Cet aspect spécifique nécessite donc la mise au point d'outils thérapeutiques particuliers (13) pour alléger la souffrance de ces patients.

LA THÉRAPIE BRÈVE DU TRAUMA EN DIX CONCEPTS CLÉS

La TBT est une technique psychocorporelle utilisant les états modifiés de conscience conversationnels pour soigner les syndromes post-traumatiques. Elle peut être considérée comme différentes techniques assemblées dans l'objectif de protéger le sujet contre les émotions douloureuses liées au trauma, de transformer les scènes traumatiques et de contrôler la dissociation post-traumatique. En effet, le praticien en TBT aide d'une part le sujet traumatisé à reprendre le contrôle sur ses symptômes physiques (dont les douleurs pelviennes chroniques, régulées par le système nerveux autonome), contrôle essentiel à reconquérir dans le cadre d'une thérapie post-traumatique (12). D'autre part, il s'agit également de (re)trouver la maîtrise des images et autres hallucinations sensorielles qui lui reviennent constamment à l'esprit ainsi que des émotions qui leur sont associées. Pour ce faire, l'imagination du patient est constamment sollicitée afin de transformer les scènes traumatiques sous-tendant ces symptômes. Des phénomènes dissociatifs spécifiques (l'observateur externe, l'anesthésie corporelle et émotionnelle) sont en outre développés durant les sessions hypnotiques pour protéger le sujet contre les émotions accompagnant le rappel des scènes traumatiques. Enfin, les changements cognitifs peuvent être abordés, avec la nécessité de remplacer des pensées liées à la culpabilité par des pensées plus objectives et détachées de l'empreinte émotionnelle des événements vécus.

Pour résumer, nous pensons que soigner les algies pelviennes liées aux traumatismes psychologiques nécessite une prise en charge psychothérapeutique

spécifique et complémentaire à la prise en charge médicamenteuse et/ou sexologique. Certains principes essentiels devraient, d'après nous, diriger ce processus et être intégrés dans une prise en charge globale des algies en collaboration avec les différents soignants gravitant autour du patient. Les principes directeurs de la Thérapie Brève du Trauma sont les suivants :

1. La phase d'évaluation (d'anamnèse) en TBT est un processus continu nécessitant :

- de construire une alliance thérapeutique solide (particulièrement importante si l'on considère la victimisation secondaire expérimentée par beaucoup de victimes de traumas, notamment sexuels) (14) ;
- d'oser poser la question des traumas (sexuels) et parler de ceux-ci (15) ;
- de collecter des informations sur les événements vécus, les symptômes et les algies pelviennes et le fonctionnement quotidien ;
- d'expliquer le processus en TBT et l'hypnose conversationnelle de façon claire ;
- de définir des objectifs réalistes et mesurables (afin d'évaluer la progression de la thérapie) (16).

2. La TBT est une **méthode d'hypnose conversationnelle** telle que définie par Wood et Bioy (17) dans laquelle praticien et sujet parlent ensemble à travers tout le processus (le sujet étant actif et non endormi).

L'hypnose peut être considérée comme un état de concentration focalisée ou comme une oscillation entre des contenus conscients, en fonction des courants théoriques (18). Dans tous les cas, reconnaître la dissociation comme centrale dans la genèse des syndromes traumatiques permet de considérer un lien théorico-pratique entre ceux-ci et l'hypnose (19). Certains auteurs décrivent le trauma et l'hypnose comme impliquant tous deux un manque d'intégration des pensées, sensations et expériences dans le champ de la conscience (20) ; la nature dissociative de l'ESPT étant une raison majeure de traiter celui-ci via l'hypnose (21).

Le type d'hypnose utilisé en TBT est « conversationnel » et peut être qualifié de « non traditionnel » (18), caractérisé par :

- des inductions permissives, indirectes et informelles, dépendant de la situation actuelle ;
 - des suggestions générales et non autoritaires telles qu'entraîner le sujet à expérimenter les phénomènes hypnotiques et à développer ses propres capacités pour résoudre un problème personnel ;
 - des sessions d'autohypnose au sein desquelles le sujet est plus actif que le thérapeute ;
 - la confiance en l'expérience intérieure du sujet d'une manière créative (22),
 - la sollicitation des feedbacks essentiels de la part du sujet à tout moment durant les sessions thérapeutiques ;
 - l'incitation du sujet à parler, décrire et corriger les propositions du thérapeute,
 - un état hypnotique léger au début, et qui peut devenir plus profond en fonction de la suggestibilité du sujet et de ses capacités hypnotiques ;
 - la reprise de maîtrise sur les réactions biophysiologicals du sujet par lui-même (12).
3. Le praticien en TBT développe **des inductions individualisées et centrées sur l'expérience interne** des sujets.

Une participation active des sujets étant considérée comme un des facteurs thérapeutiques les plus importants (23), nous postulons que les inductions dont l'origine se trouve dans la mémoire et l'imagination du patient lui-même seront plus efficaces qu'un protocole de techniques inductives externes à celui-ci.

La première induction permet au patient de se remémorer l'un de ses bons souvenirs (de vacances, de loisir, de partage d'émotions positives, etc.), de sentir et de développer les sensations et émotions positives associées. Celles-ci agiront ensuite comme une barrière protectrice à travers le processus de désensibilisation, lorsque le sujet aura besoin de se distancier du trauma. Cette ressource développée lui apporte une sensation de sécurité, laquelle se révèle cruciale dans le processus thérapeutique (24, 25)

4. Une attention particulière est donnée à **l'importance de l'action** en imagerie pour dépasser le trauma.

B. van der Kolk met l'accent sur l'importance du mouvement après avoir vécu un événement traumatique, le cerveau étant un « organe d'action ».

La victime nécessite donc de s'engager dans une action adaptative (12) pour finir la séquence sensori-motrice initiée et bloquée lors du trauma. Or, d'après Levine (26), lorsque les réponses naturelles contre le danger (fuir, combattre) ne sont pas disponibles, les victimes sont submergées et les actions défensives initiées, mais inachevées restent comme une énergie bloquée, figée dans leur système nerveux.

Durant les sessions de TBT, les sujets reprennent cette action en cours, et peuvent enfin bouger, se mouvoir à l'intérieur de l'imagerie hypnotique : faire quelque chose qu'ils auraient voulu faire à l'époque, mais dont ils ont été empêchés (par eux-mêmes ou par d'autres personnes, par exemple, sous la menace). Ceci signifie donc de mettre en place des solutions actives mises en place par le système nerveux sympathique (26, 27). Par ailleurs, il a été démontré que les sujets hypnotisés interprètent personnellement les expériences hypnotiques afin de leur donner statut de réalité (28).

5. Les **phénomènes dissociatifs** sont inclus dans la thérapie en tant que protections contre le trauma, les sensations et les émotions qui y sont associées.

Certains auteurs recommandent en effet d'utiliser la dissociation comme un outil de traitement sécuritaire dans la mesure où elle apparaît spontanément au moment du trauma pour protéger l'individu d'émotions aversives (29).

D'après Fisher (30), la « dissociation thérapeutique » implique d'utiliser une combinaison de techniques de focalisation et de visualisation pour aider le sujet à prendre de la distance vis-à-vis des émotions, à recadrer les sensations, et à utiliser ses capacités dissociatives pour moduler la douleur et s'apaiser lui-même. Utiliser les phénomènes dissociatifs protecteurs en TBT (dépersonnalisation, déréalisation, amnésie, dissociation somatoforme, conversion, distorsion temporelle, symbolisation, etc.) permet de créer cette sensation de contrôle et de mise à distance de la scène traumatique afin de réduire et d'éliminer les symptômes post-traumatiques en évitant de revivre les scènes douloureuses.

6. Les **transformations des éléments traumatiques** s'effectuent à travers les cinq modalités sensorielles.

La recherche montre que les souvenirs intrusifs traumatiques consistent en de brefs fragments sensoriels de l'expérience traumatique (31) ; un travail de transformation complète est donc proposé sur les images, émotions, sensations,

sons, odeurs, goûts, sensations kinesthésiques et pensées qui, le cas échéant, peuvent intervenir lors du rappel du trauma. Le praticien en TBT se concentre constamment sur les sensations corporelles du sujet (ce qu'il sent, où il le sent, comment ces sensations sont liées aux émotions, quelle est leur intensité, etc.)

7. La prise en charge des émotions implique quatre processus distincts et complémentaires :

- reconnaître et normaliser les émotions comme humaines et compréhensibles compte tenu de la situation ;
- évaluer la souffrance émotionnelle (éventuellement sur une échelle d'intensité émotionnelle graduée de 0 à 10) ;
- utiliser des phénomènes dissociatifs protecteurs pour mettre le sujet à distance de ses traumas et de leur impact émotionnel ;
- effectuer des modifications sensori-motrices, des changements de scénarii, initier des actions réparatrices et de nouveaux comportements en hypnose conversationnelle.

8. L'utilisation de l'humour est souvent adéquate pour développer le potentiel de résilience du patient.

La recherche indique que les individus qui tendent à utiliser l'humour pour se sortir de situations délicates (32) et qui ont une émotionnalité positive (33) développent leur potentiel de résilience. En TBT, les éléments traumatiques sont dès lors et autant que possible incorporés de manière légère, imaginative et humoristique.

9. Chaque état hypnotique rappelle **les états modifiés de conscience antérieurement vécus** par le sujet (y compris traumatiques) ; le praticien en TBT doit donc combattre cette tendance naturelle à la réexpérimentation du trauma en installant des barrières de protection contre une reviviscence complète :

- la possibilité de s'enfuir au sein d'un souvenir personnel associé à de bonnes sensations et émotions pour assurer la stabilité du niveau de confort du patient,
- l'utilisation des phénomènes dissociatifs ;
- la lenteur de la progression à travers les éléments traumatiques (adaptée au rythme du sujet), débutant la désensibilisation par les éléments les moins terrifiants ;

- l'utilisation des ressources au travers des sessions ;
- le questionnement à propos de l'expérience hypnotique (transformations, actions initiées et sensations) au sein des séances pour permettre au thérapeute d'obtenir un feedback verbal précis sur l'évolution interne du sujet ;
- L'incorporation progressive des éléments traumatiques ;
- La transformation des événements traumatiques au travers des cinq canaux sensoriels (ceux-ci n'étant jamais amenés sous la même forme que lors des reviviscences spontanées) et au travers des actions contre l'agresseur ou le scénario de la situation traumatique ;
- La vérification du changement cognitif (passant d'un point de vue teinté de culpabilité à un point de vue plus objectif).

10. A la fin de la thérapie, **les changements cognitifs** seront en effet soulignés et vérifiés par le praticien.

Les thèmes cognitifs post-traumatiques (perte de sens, de valeur, d'estime de soi, de confiance en soi et en les autres, de sécurité, de pouvoir, d'intimité, sentiment d'abandon, honte et culpabilité, etc.) soulignent l'importance de prendre en compte la signification de l'événement et de ses séquelles pour le patient.

Le praticien en TBT encourage le patient à considérer une nouvelle vision causale et à adopter de nouveaux paradigmes cognitifs via la dissociation émotionnelle, lui permettant de voir la situation traumatique de manière plus objective (12).

Le changement cognitif et comportemental (dans la vie du patient) est l'étape ultime de changement ; étape qui ne peut être atteinte sans un changement émotionnel en hypnose (34). En conséquence, il s'avère important d'aider le patient à acquérir la capacité de nommer et d'évaluer ses propres sensations et émotions (35) ainsi que la capacité de distinguer le passé du présent (8). Si le traitement est effectif, l'expérience clinique indique que la personne est alors capable de verbaliser l'événement traumatique sans en être affectée et de le caractériser comme appartenant au passé.

LORSQUE LE VAGINISME FAIT SUITE À UN TRAUMA SEXUEL INFANTILE: LE CAS DE MARYLINE

Maryline a 45 ans. Son gynécologue nous l'envoie, car elle se plaint de blocage et de douleur « quand son mari veut aller jusque-là ». Lors des relations sexuelles, la pénétration est très difficile, souvent impossible, et surtout très douloureuse. Maryline dit se sentir en colère contre tous les hommes, et honteuse de « ce qui lui est arrivé ». Lorsque quelqu'un la frôle, elle sursaute et la panique la submerge. En outre, elle ressent aujourd'hui des crispations, surtout au niveau de la mâchoire, des maux de tête et ne sait pas « respirer à fond ».

Maryline nous raconte ce qui lui est arrivé plus jeune : à l'âge de 5 ans, elle a été violée par un homme « dans les toilettes des petits » de l'école catholique dans laquelle elle était. Lorsqu'elle pense à cet épisode, elle me dit que les souvenirs sont imprécis, mais que sa respiration s'en trouve coupée, qu'elle entend encore la respiration de l'homme avec l'impression « d'être face à un gros monstre qui bave », qu'elle retrouve la masse de celui-ci sur elle, la douleur et la panique. Elle avait l'impression de mourir et n'arrivait pas à crier. Hors des toilettes, elle a croisé ensuite une religieuse qui lui a dit « il faut prier et être courageuse ». Elle se sent honteuse, se demande ce qu'elle a pu faire pour attirer cet homme et se définit comme « une petite crasseuse ». Plus tard, Maryline a assisté de force au viol de sa cousine par un oncle. Elle avait 12 ans.

Maryline souhaite avoir enfin une vie sexuelle épanouie avec son mari qu'elle décrit comme doux et gentil et déplore qu'à l'heure actuelle son vagin ne fasse partie de sa sexualité, les sensations ressenties les rares fois où la pénétration est possible étant celles rappelant de son agression à l'école maternelle.

Sa ressource, son havre de paix semble être le paysage provençal dans lequel elle se baigne tous les étés. Elle se souvient surtout d'un endroit découvert avec son mari devant le panorama superbe du Mont Ventoux. Nous entamons ensemble une série de séances en Thérapie Brève du Trauma, cinq au total, en utilisant cette imagerie positive pour retrouver des sensations positives protectrices au début des séances.

Dès le premier rendez-vous, axé surtout sur le développement des sensations positives, Maryline se plonge dans son souvenir de la Provence en imagination et pleure beaucoup. Elle dit : « j'ai le droit de laisser aller mon corps, cela me manque ». Elle se sent comme une enfant perdue. Nous effectuons un travail de « réparation affective » en lui permettant de devenir une mère pour elle-même (technique spécifique en TBT qui n'est pas développée ici par

souci de concision). Les deux premières séances de TBT, malgré toutes nos précautions, sont difficiles émotionnellement, elle dit avoir encore la mâchoire crispée, respirer difficilement, etc.

Lors de la seconde session, nous lui proposons, alors qu'elle est envahie par des sensations positives de détente associées à la Provence, de voir une petite vipère (animal qu'elle exècre particulièrement) qui peut ressembler à son oncle... Elle effectue un travail de liquidation des émotions envers cet oncle qui la dégoûte et se voit petite fille. Elle a envie de rencontrer cette petite fille dans son imaginaire, petite Maryline qui, nous dit-elle, a besoin de se laver. Elle le lui permet, en hypnose toujours, et termine la séance détendue.

Lors de la troisième séance, le feedback est mitigé : elle sent que « quelque chose est en train de sortir » et à la fois se sent perdue, « comme cette petite fille ». En TBT, elle retrouve encore une fois la petite Maryline qui a 9 ans et, nous dit-elle, « a besoin de sécurité et ne veut pas être touchée ». La patiente pleure et dit « mais je vais l'autoriser à dire « non » »... Elle passe du temps avec la fillette et lui dit ce qu'elle a besoin d'entendre. Tout à coup, elle sent sa tête vide, elle voit la petite fille « forte, enfin décidée à avancer dans la vie ». Plus tard, elle dit : « je l'ai lâchée. Je me sens soulagée et fatiguée à la fois ». Nous terminons la séance en permettant à Maryline, dans son imaginaire, de piétiner les bâtiments de l'école dans lesquels elle était enfant.

À la quatrième séance, la patiente nous dit qu'elle respire mieux « même si ce n'est pas encore tout à fait ça ». Elle se sent moins oppressée. Par rapport à la séance précédente, elle sent « qu'il y a du positif à sortir de tout cela », elle s'est beaucoup retrouvée seule chez elle depuis le dernier rendez-vous et a pu « se poser », ce qui est nouveau pour elle. Par contre, après la dernière séance, Maryline dit avoir beaucoup pensé à la religieuse de l'école d'une part, au « gros monsieur » d'autre part. Lors de la séance de TBT proprement dite, elle se moque et détruit la religieuse de son souvenir, et surtout « massacre » son violeur transformé en scorpion. Enfin, elle retrouve la petite fille sur une plage. Elle dit « c'est incroyable, je peux la voir jouer à des jeux d'enfant ». À la fin de la séance, elle est détendue, l'oppression habituelle ayant disparu.

Lors de la cinquième séance, Maryline ne se sent plus oppressée, elle dit respirer enfin et prendre davantage soin d'elle-même dans le quotidien. Concernant les événements qu'elle était venue désensibiliser, elle se sent en paix et dit « c'est du passé ». Au niveau sexuel, elle nous dit que les différences sont de plus en plus importantes. Elle a ressenti récemment du désir à plusieurs reprises, et surtout n'a plus le réflexe de se protéger avant la pénétration. Elle a eu

des relations sexuelles abouties et nous dit enfin non seulement désirer la pénétration, mais avoir ressenti des sensations agréables durant celle-ci. Nous terminons la séance en désensibilisant certains détails encore déplaisants. Finalement, elle emmène la petite fille avec elle et « la ramène à la maison » en imagination. Elle se sent paisible et a un grand sourire.

Nous recevrons encore Maryline le mois prochain (deux mois après le dernier rendez-vous) afin de vérifier la pérennité des changements et l'évolution des symptômes.

CONCLUSIONS

Il nous semble évident que le traitement des algies pelviennes nécessite une prise en charge globale et multidisciplinaire intégrant les aspects médicaux, sexologiques et psychothérapeutiques dans beaucoup de cas. Les facteurs post-traumatiques

potentiellement à l'origine de telles douleurs ne peuvent être négligés et nécessitent selon nous une approche orientée sur cet aspect. La Thérapie Brève du Trauma propose d'utiliser l'hypnose conversationnelle d'une manière individualisée, ludique et adaptée aux cadres de référence du patient dans l'objectif de transformer les scènes traumatiques et leurs résurgences tout en développant des phénomènes dissociatifs protecteurs. Cet ensemble d'outils met l'accent sur l'importance de l'action pour sortir du figement traumatique, la reconnaissance et l'apaisement des émotions négatives qui y sont liées ainsi qu'un changement cognitif de sorte que la perception de l'événement devienne plus objective, non culpabilisante et plus en accord avec la réalité actuelle du patient. Si la pratique de la TBT nécessite une formation à part entière, nous pensons que beaucoup de principes évoqués dans cet article peuvent être facilement intégrés au sein de la prise en charge des algies pelviennes liées à un syndrome post-traumatique.

RÉFÉRENCES

1. Van der Kolk BA, Weisaeth L, Van Der Hart O. History of trauma in psychiatry. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth, L. (Eds.). *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, Guilford Press, 47-76, 1996.
2. Putnam FW. Dissociation as a response to extreme trauma. Childhood antecedents of multiple personality, 65-97, 1985.
3. Agargun, MY, Kara H, Özer ÖA, Selvi Y, Kiran Ü, Kiran S. Nightmares and dissociative experiences: The key role of childhood traumatic events. *Psy Clin Neurosci* 2003; 57(2), 139-145.
4. American Psychiatric Association. DSM 5 American Psychiatric Association. 2013.
5. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J traum stress* 1992; 5(3), 377-391.
6. Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, Hill E, McLaughlin KA, Petukhova M et al. Dissociation in posttraumatic stress disorder- evidence from the World Mental Health Surveys. *Biol Psy* 2012.
7. Brewin, CR. A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behav Res Ther* 2001; 39(4), 373-393.
8. Van der Kolk BA, McFarlane AC. The black hole of trauma. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. (Eds.). *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, Guilford Press, 3-23, 1996.
9. Van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K. Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Traum Stress* 2005; 18(5), 413-423.
10. Leskela J, Dieperink M, Thuras P.) Shame and posttraumatic stress disorder. *J Traum Stress* 2002; 15(3), 223-226.
11. Maldonado JR, Spiegel D. Trauma, Dissociation, and Hypnotizability. In: Dans J. Bremner & C. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 57-106). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing Inc, 2002.
12. Van der Kolk BA, Van der Hart O, Marmar CR. Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In: *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* : 303-327, 1996.
13. Jepsen EKK, Langeland W, Sexton H, Heir T. Inpatient treatment for early sexually abused adults- A naturalistic 12-month follow-up study, 2013.
14. Montada L. Injustice in harm and loss. *Soc Just Res* 1994; 7(1), 5-28.
15. Briere J, Zaidi LY. Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *Am J Psy* 1989.
16. Geary B. *Assessment in Ericksonian hypnosis and psychotherapy*. The handbook of Ericksonian psychotherapy, 1-17, 2001.
17. Wood C, Bioy A. Hypnosis and pain in children. *J Pain Symptom Management* 2008 ; 35(4) 437-446.
18. Gay MC. L'hypnose: un descriptif. In : *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 165, No. 3, pp. 172-179). Elsevier Masson, 2007.
19. Kingsbury SJ. Strategic psychotherapy for trauma- Hypnosis and trauma in context. *J Traum Stress* 1992; 5(1), 85-95.

RÉFÉRENCES

20. Butler LD, Duran RE, Jasiukaitis P, Koopman C. Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *Am J Psychiatry* 1996;
21. Smaga D. L'hypnose dans le traitement des états de stress aigu et dans les états de stress post-traumatique. In : M. De Clercq & F. Lebigot, *Les traumatismes psychiques*, 281-286. 2001.
22. Erickson MH, Rossi EL. Autohypnotic Experiences of Milton H. Erickson. *Am J Clin Hypn* 1977; 20(1), 36-54.
23. Bohart AC. The client is the most important common factor- Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *J Psychother Integr* 2000; 10(2), 127-149.
24. D'Andrea W, Pole N. A naturalistic study of the relation of psychotherapy process to changes in symptoms, information processing, and physiological activity in complex trauma. *Psychol Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2012; 4(4), 438.
25. Cohen JN. Using feminist, emotion-focused, and developmental approaches to enhance cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Psychother : Theory, Research, Practice, Training* 2008; 45(2), 227.
26. Levine P. *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books. 1997.
27. Van der Hart O, Steele K, Boon S, Brown P. The treatment of traumatic memories- Synthesis, realization, and integration. *Dissociation* 1993; 6(2/2), 162-180.
28. Bryant RA, Mallard D. Seeing is believing- the reality of hypnotic hallucinations. *Consciousness Cogn* 2003; 12(2), 219-230.
29. Bremner MD, Marmar CR. (Eds.). *Trauma, memory, and dissociation* (Vol. 54). American Psychiatric Pub. 2002.
30. Fisher J. Dissociative phenomena in the everyday lives of trauma survivors. *Ann Bos Univers Med Sch Psychol Trauma* 2001; 1-22.
31. Ehlers A, Hackmann A, Steil R, Clohessy S, Wenninger, K, Winter H. The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behav Res Ther* 2002; 40(9), 995-1002.
32. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J Pers Soc Psychol* 2004; 86(2), 320.
33. Block J, Kremen AM. IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *J Personal Soc Psychol* 1996; 70(2): 349.
34. Nathanson DL. Affect and hypnosis: On paying friendly attention to disturbing thoughts. *Intl J Clin Exp Hypn* 2009; 57(4), 319-342.
35. Gold SN. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Journal cover, 6, 1. 2008.

SUMMARY

Literature often defines pelvic pain as a multifactorial disorder. Painful events, or traumas, create or trigger such pain. For our clinical practice and research, we have developed a set of specific techniques designed to help trauma victims. While being meant to be a complement to the sexological or medical approach, these techniques enable us to eliminate the post-traumatic factors that are associated with pelvic pain. This article describes the principles of the Brief Trauma Therapy (BT) toolbox, while integrating the treatment of vaginismus, as illustrated by a case study.

KEY WORDS

Trauma, post-traumatic, flashback, dissociation, desensitization, emotions, hypnosis, pelvic pain

Correspondance :
Mme AMÉLIE SIMON

Psychologue et hypnothérapeute
Doctorante à l'Université
catholique de Louvain
Fondatrice de l'école
de Thérapie Brève du Trauma
email: amelie.simon.psychologue@gmail.com
tél : +32 499 18 98 96