



Traitement de la fibromyalgie par hypnose et TCC

Article de *Jean Touati*, hypnothérapeute

Juin 2010

Résumé

L'hypnose est particulièrement indiquée pour le traitement des douleurs chroniques : migraines, névralgies, céphalées, fibromyalgie, douleurs neuropathiques, rhumatologiques, abdominales, cancéreuses, etc.

L'hypnose et les TCC (Thérapies Comportementales et Cognitives) sont de plus en plus utilisées dans les *Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur hospitaliers (CETD)*. Exerçant au *CETD de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne*, j'accompagnais, aux côtés d'un médecin et d'une psychologue clinicienne tous deux spécialisés en Thérapies Comportementales et Cognitives - TCC -, un groupe de dix patientes souffrant de fibromyalgie. Ces patientes suivent une TCC en groupe s'articulant sur 12 séances de 2h. A mi-parcours je proposerai une courte séance d'hypnose collective sur laquelle elles livreront un témoignage particulièrement intéressant.

Afin de comprendre ce que vivent au quotidien les patientes que nous avons accompagnées dans le groupe thérapeutique je présente ce qui caractérise la douleur chronique et la pathologie de la fibromyalgie pour ensuite livrer le témoignage des patientes s'exprimant sur leurs douleurs et sur leur ressenti à la suite de cette courte séance d'hypnose.

Compte tenu des règles déontologiques de respect du secret professionnel et de réserve vis-à-vis des patients, les prénoms ainsi que certains éléments biographiques ont été modifiés.

La douleur chronique

On peut distinguer deux types de *douleurs* : la douleur aiguë et la douleur chronique.

La *douleur aiguë* de courte durée inclut notamment la douleur post-opératoire, la douleur post-traumatique ou la douleur provoquée par certains actes et soins. Elle nécessite le plus souvent une prise en charge médicamenteuse.

La douleur chronique définit une douleur ressentie depuis au moins 3 mois. Contrairement à la douleur aiguë, la douleur chronique encore appelée « douleur maladie » peut persister malgré les traitements antalgiques usuels. Il s'agit par exemples de *douleurs comme celles provoquées* par les lombalgies, l'arthrose, les céphalées chroniques, le cancer, également la *douleur neuropathique* ou la douleur chronique *de la fibromyalgie* dont je vais développer, ci-après, la pathologie.

La douleur et en particulier la *douleur chronique* relève d'un processus éminemment subjectif dans lequel sont étroitement liées les composantes somatiques et psychologiques. Melzack et Casey (1968) ont montré que du point de vue neurophysiologique la douleur se manifeste selon deux composantes : la *sensory pain* qui joue un rôle de pure information (transmission de la localisation et de l'intensité du stimulus) et le *suffering*, qui représente la face subjective de la douleur : la souffrance.

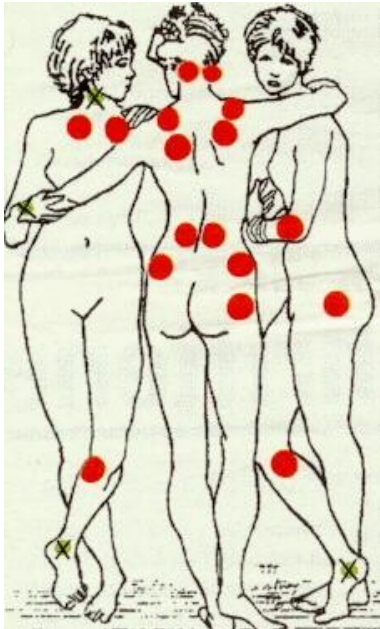
La douleur chronique s'inscrit dans l'histoire affective du sujet, elle envahit la conscience et rend indisponible à l'autre, isole le patient tout en le rendant plus dépendant de son entourage qui subit indirectement son impact. En effet, la douleur est toujours associée à un climat émotionnel qui mobilise l'ensemble de l'individu : perception sensorielle, interprétation cognitive, expression et adaptation comportementales, répercussions affectives ; l'ensemble de ces facteurs pouvant également être influencés par le milieu socioculturel du patient.

Du fait de son caractère durable, la *douleur chronique* peut avoir un retentissement majeur sur la qualité de vie de la personne et peut être associée à des troubles du sommeil, une fatigue ou une anxiété. Elle peut également déboucher sur une dépression, quelque soit le degré d'équilibre psychique préalable (Cedraschi, 2003) et certains troubles psychopathologiques sont susceptibles d'entretenir ou d'aggraver un symptôme ou un vécu douloureux voire dans certains cas de les produire. Dans tous les cas, ces troubles vont en partie conditionner la douleur, que ce soit à titre étiologique (douleurs psychogènes) ou à titre de complication (dépression, trouble de la personnalité indépendant) ou aux deux en même temps.

Ainsi l'intrication étroite de ces facteurs à la fois somatiques, psychologiques et socioculturels est à prendre en compte dans une approche globale du patient.

La pathologie de la fibromyalgie

Selon Brasseur (1997) la fibromyalgie touche essentiellement les femmes ; les études épidémiologiques montrent qu'elle toucherait 3,4 % des femmes et 0,5% des hommes. Le sujet qui souffre de fibromyalgie éprouve des douleurs diffuses, c'est-à-dire qu'il a pratiquement mal partout, y compris à la colonne vertébrale. La douleur touche aussi bien les parties hautes et basses du corps (par rapport à la taille), que les parties droite et gauche ou la région axiale.



Ces douleurs sont caractérisées par leur grande variabilité au froid, au chaud, à l'humidité, aux changements de temps mais aussi à l'anxiété, au stress, aux mauvaises nuits. Elles sont ressenties comme des crampes douloureuses, associées à des sensations de brûlure. Elles sont reproduites ou aggravées par une simple pression. On parle alors d'allodynie.

Le début peut être brutal (suite à un traumatisme, un choc psychologique, une infection...) ou d'installation progressive. À l'examen, la personne décrit de multiples points douloureux. À la pression de ces points, une douleur est ressentie. Si l'examen met en évidence 11 points douloureux parmi 18 sites anatomiques, on parle de fibromyalgie. En effet, celle-ci se définit par l'association de douleurs diffuses et de points douloureux découverts à l'examen. Ce type de douleur chronique évolue souvent pendant de nombreux

mois, voire plusieurs années. Les patients souffrent assez souvent de nombreux autres symptômes associés, variables selon les cas, notamment : Raideur matinale, Troubles du sommeil avec des réveils fréquents, un sommeil non récupérateur, Fatigue dès le réveil, Troubles digestifs anciens (colon irritable, colopathie), Phénomène de Raynaud (pâleur, sensation de « doigts morts »), Céphalées (migraines ou céphalées de tension), Vertiges, Malaises, Sensation subjective de gonflement, de tuméfaction de la zone douloureuse, Anxiété, Dépression.

L'intensité de la douleur, évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA)₁, peut être très élevée ; elle est estimée supérieure ou égale aux douleurs de la polyarthrite rhumatoïde (Cedraschi, 2003). Tous les examens (radiographie, électromyogramme (EMG), bilan biologique, ou autres (scanner ou IRM) sont normaux : il n'existe pas de lésion démontrée. Cette maladie n'est pas due à une atteinte grave du muscle ou du nerf. Il n'y a pas de

myopathie ou de maladie neurologique et la vie du patient n'est pas en danger. Il s'agit véritablement d'une douleur que l'on endure au quotidien. On pense actuellement qu'il s'agit d'un dysfonctionnement des mécanismes centraux de contrôle de la douleur qui crée un état d'hypersensibilité.

On a souvent affirmé que cette douleur était due à des troubles psychologiques. Il est vrai que le patient fibromyalgique souffre plus que la population normale d'anxiété ou de dépression, mais ces troubles psychologiques ne sont probablement pas la cause primaire de la fibromyalgie. Il est également frappant de voir que la plupart des patientes que nous accompagnons ont connu des histoires difficiles. Des études citées par Cedraschi (2003) soulignent l'importance d'un événement perçu comme traumatique et citent des antécédents de maltraitance ou d'abus sexuels, la survenue dans l'enfance d'événements tels la perte d'un parent, la maladie d'un membre de la famille, une carence maternelle, une impression de surprotection paternelle.

Dans tous les cas il est important de vérifier si de tels troubles existent car ils contribuent à la souffrance du patient et doivent également être pris en compte dans les soins.

La prise en charge des patients est souvent difficile dans la mesure où ces patients douloureux chroniques ont épuisé de nombreux médecins et ne supportent plus de s'entendre dire « qu'ils n'ont rien ». La reconnaissance de la maladie est pour eux d'une grande importance. Le diagnostic permet d'éviter une cascade d'examen, de fixer un pronostic de maladie chronique mais bénigne – la crainte de perdre son autonomie avec l'âge et le temps est souvent présente –, d'être reconnu par l'entourage familial, par l'employeur et par les organismes sociaux.

Il n'existe actuellement aucun médicament qui soit actif de façon complète, constante et persistante. Parmi les traitements non médicamenteux il peut être proposé aux patients un travail en rééducation fonctionnelle qui, par des massages, des techniques de physiothérapie antalgique et de gymnastique aquatique a des effets bénéfiques sur l'évolution de la maladie, également un accompagnement psychothérapeutique avec en particulier l'hypnose et les TCC.

Témoignages de patientes souffrant de fibromyalgie

Écoutons maintenant quelques-unes des patientes, s'exprimant sur leurs douleurs et leur ressenti, lors de leurs séances de thérapie en groupe.

Caroline a 50 ans, elle vit seule, après avoir été en couple, n'a pas eu d'enfant. Elle était juriste. Sa fibromyalgie a été diagnostiquée en 1995. Elle a également un Lupus depuis 10 ans. Elle a travaillé à temps partiel durant 1 an avant d'arrêter totalement il y a 6 mois en étant déclarée en invalidité de 2^{ème} catégorie. Elle est suivie depuis 2 ans dans le centre et avait testé « beaucoup de choses » avant d'être prise en charge en thérapie. Elle n'a pas ressenti d'amélioration avec les médicaments. Elle a essayé l'hypnose mais n'a pas eu d'effets sur la

durée. Elle a fait de la kinésithérapie en piscine, est revenue à la kinésithérapie traditionnelle avec des massages par stimulation électrique et des ultrasons. Elle nous dit : « J'ai toujours l'impression de ramer contre le vent, d'être toujours dans l'effort, même si je ne fais pas grand chose... c'est fatiguant moralement et physiquement... J'ai l'impression que je livre batailles sur batailles et que la guerre est sans fin, je ne suis pas négative, je ne dis pas qu'il n'y pas d'espoir, que je n'y arriverai jamais, mais le chemin est quand même long. » Caroline poursuit en parlant de son tempérament, de sa manière de fonctionner qui la fait rentrer dans un engrenage et conclut par : « La douleur physique oui, mais la douleur psychologique je n'arrive pas à la canaliser ou à la gérer. »

Christine, 40 ans est en arrêt de maladie depuis 1 an. Elle élève seule son fils de 13 ans. Elle se déplace avec une canne. Elle raconte avec un grand détachement, du recul, une acceptation de sa maladie et un certain humour : « Pour venir, j'ai mis 4h pour faire 150 km (en voiture) en m'endormant toutes les dix minutes... Je me couche, lorsque je suis épuisée entre minuit et 2h du matin, je me lève dans un demi-sommeil pour mon fils et je me recouche jusqu'à midi, le temps de me préparer je suis déjà crevée... Je ne supporte plus la moindre contrainte, ne serait-ce que gérer le temps pour respecter un rendez-vous... Le plus pénible ce n'est pas la douleur mais la fatigue. Des fois je me dis "je suis un peu fainéante..., j'en ai plus rien à faire de rien." »

Sara, 34 ans, mariée avec 2 enfants, est assistante maternelle en activité :

« La douleur est apparue en 2003 mais je pense qu'elle a été toujours présente, rien n'a pu me soulager. J'ai très mal au réveil, je n'arrive pas à m'arrêter (dans mes tâches), la douleur me pousse à faire toujours plus de choses et au bout d'un moment je n'en peux plus. J'ai vu plusieurs médecins, je pensais que j'étais folle. J'ai fait des recherches sur internet et j'ai trouvé la fibromyalgie et le CETD et j'en ai parlé à mon médecin qui m'a adressé ici... Jusque-là, je me disais : "Ça se passe dans ma tête", j'étais contente que l'on m'ait mis, ici, un nom sur ma maladie... »

Contrairement à Caroline et Christine, Sara non seulement poursuit sa vie active mais se contraint, sans comprendre ce qui la pousse, à en faire toujours davantage :

Sara : « Moi c'est l'inverse, il faut que j'aïlle jusqu'au bout de mes forces. La pression je la mets toute seule, même dans mon travail, je ne demande rien à personne, moi je vais jusqu'au bout de mes forces, il faut que je fasse tout, c'est à moi de faire tout, c'est à moi de finir. Je fais un planning, il faut que tout tombe comme je l'ai prévu, il faut que je contrôle toujours tout et c'est pas facile ; je vais crier avec tout le monde, je vais au lit à 1 h du matin s'il le faut, il faut que ce soit fini... J'ai l'impression que je ne suis bien que lorsque j'en peux plus, lorsque je suis obligée de m'arrêter... Des fois je me sens fatiguée, j'ai l'impression que j'ai des voix dans ma tête qui n'arrêtent pas, j'ai l'impression qu'ils sont tous en train de crier dans mes oreilles. »

Le cas de Sara, dans laquelle se reconnaissent l'ensemble des patientes que nous suivons met en évidence une tendance à l'hyperactivité confirmée par certaines études (Cedraschi, 2003). Comme nous le voyons chez Caroline et Christine cette hyperactivité laisse la place, après l'installation des symptômes, à une diminution drastique de l'activité accompagnée, entre autre, d'une fatigue intense.

La douleur s'accompagne parfois de colère envers soi-même, envers les professionnels de la santé qui ne comprennent pas, ou n'admettent pas, souvent par ignorance, la réalité de cette maladie, et aussi parfois de la honte « d'être atteinte par cette maladie qui ne se voit pas » ou encore de la culpabilité « parce que c'est psychologique ».

Sara : « Je suis en colère envers moi, j'ai du mal à accepter la maladie... moi, j'ai honte de dire que j'ai la fibromyalgie, j'ai l'impression d'être jugée, qu'il faut que je me justifie, j'en ai marre, j'arrive à ne plus rien dire. Finalement j'ai cette maladie et je ne profite de rien (toutes les caisses maladie ne la reconnaissent pas), dans le fond je suis comme eux, je ne crois pas à cette maladie... Je pense que je passe toute m'a vie à me juger... J'ai appris beaucoup de chose [au cours de la thérapie], que ma douleur a avoir avec mes émotions. Mais je ne suis pas arrivée encore à digérer tout ça... Je me dis que les émotions on peut les contrôler donc quelque part je suis responsable. On se dit que si j'étais moins émotive, je ne l'aurais pas. »

Caroline rebondit sur la culpabilité : « On va tous au bout des choses à fond et on n'accepte pas la maladie. Le propre de la fibromyalgie c'est qu'on est coupable de quelque chose. Pourquoi elle c'est développée chez moi ? Je me sens coupable parce que c'est psychologique. »

Effet d'une séance d'hypnose sur la fibromyalgie

A mi-parcours de leur TCC je leur proposerai une séance d'hypnose collective d'un peu plus d'une demi-heure. A l'issue de la séance, je leur demande si elles veulent donner quelques impressions :

(En riant) « Toutes mes douleurs sont parties sauf le cou (à cause des sièges) » ; « J'avais envie de dormir, je me sens plus calme, mais j'ai toujours les douleurs » ; « Plus j'entendais que ma main était légère, plus je la sentais devenir lourde » ; « je me laisse plus aller avec ce genre d'exercice qu'avec la relaxation, je n'entendais pas la voix, pour moi c'était le silence. »

Sara dit qu'elle arrivait seule à retrouver ces sensations après les séances d'hypnose qu'elle a faite au centre. Je leur explique une démarche auto-hypnose pour pratiquer seule.

Sara me demande si l'on peut voir sa douleur, l'imaginer comme un objet qu'on arrive à tenir. Je trouve intéressant qu'elle exprime spontanément cette idée ; cela faisait partie des suggestions que, consciemment, elle n'a pas entendues.

Lors de la séance suivante, Mylène prend la parole sur le travail en hypnose : « J'ai eu une migraine terrible, mais par contre, ça m'a un petit peu bousculé, j'ai réussi à poser ma main sur ma hanche et sur ma tête mais très bizarrement, la douleur était là mais avec une espèce de calme, quelque chose de difficile à décrire qui est un peu perturbant. Encore mieux que le fait de savoir que quand j'ai mal, il faut que je me mette au calme. Il y a une distance qui s'est faite par rapport à la douleur. » Elle parle également des bénéfices du travail fait jusque-là.

Lyse enchaîne : « J'étais mal comme tout, je n'ai pas perçu grand-chose, je n'ai pas entendu grand-chose... » et parle de ses doses de médicaments qui ne sont pas efficaces, des nuits sans sommeil.

Valérie : « Le lendemain, en sortant, j'ai eu des vertiges, de la fatigue, des problèmes pour marcher, des crises d'angoisse, je me suis dit : qu'est-ce qui m'arrive ? Le jour suivant j'ai vu que j'avais des douleurs à 0. » Valérie a pris l'habitude de noter son ressenti douloureux, ça lui permet de se rendre compte de son évolution, elle applique bien les grilles d'auto-observation et les techniques de contrôle de la douleur.

Caroline : « J'étais chamboulée psychologiquement, j'ai chialé toute la soirée, toute la nuit, j'ai l'impression que ça a fait remonter plein de choses. J'ai pensé à tous ce temps passé, ça m'a fait remonter plein de pensées négatives. Je me suis dit ce n'est peut-être pas pour rien que ça s'appelle une psychothérapie parce que ça chamboule vraiment, parce que j'ai l'impression d'être en plein travail de remue « ménage » dans ma tête et dans mon corps. »

Sara, a les larmes aux yeux. Elle n'a pas envie de parler.

Lors du bilan final de la thérapie, Mylène s'adresse spontanément à moi : « Je voulais juste vous dire par rapport à la séance d'hypnose que l'on avait faite avec vous, il y a quelque chose qui m'aide et que j'ai retenu, notamment dans les douleurs très aiguës, c'est de visualiser mon corps et, vous avez dit, avec votre main caresser l'endroit qui vous fait mal et j'avoue que ça c'est resté très très ancré et maintenant j'arrive à le faire sur les douleurs aiguës, je me mets dans un tableau qui me fait plaisir et du coup j'arrive à visualiser mon corps, et visualiser ma main et effectivement à caresser, des fois ça marche plus ou moins bien mais au fur et à mesure je me rends compte que ça marche de plus en plus, en tous cas que la douleur dure moins longtemps. Ça m'a vraiment marqué. »

Autre cas de douleur chronique : Traitement de la migraine par l'hypnose

Elias a 56 ans, il est migraineux chronique, « un cas d'école » dit-il. Il habite en Nouvelle Calédonie et vient me consulter au cours d'un déplacement sur Paris. Je ne pourrai le voir qu'une seule fois.

Je vous propose quelques passages de cette unique séance où Elias parle de ses symptômes et de sa souffrance. Et puis, de le retrouver six mois plus tard lorsqu'il revient me voir pour me parler de sa nouvelle vie qu'il résume en ces termes : « Je suis passé de l'ombre à la lumière, hein ! ». Vous verrez également comment il a vécu et ce dont il se souvient de sa séance d'hypnothérapie.

— Je suis migraineux, un grand migraineux, un cas d'école si vous voulez. Ça fait une vingtaine d'années, même plus, je ne vois pas où est le départ d'ailleurs. Depuis plusieurs années c'est difficile. J'ai plusieurs médecins dont un qui s'occupe de la douleur. Il s'avère que ce n'est pas efficace.

Il m'a donné pas mal de molécules. Je suis au Naramig, un vasoconstricteur destiné à la migraine. C'est efficace. Mais pour le système cardiovasculaire c'est peut être pas ce qu'il y a de mieux. Il y a deux ans j'étais à deux migraines par semaine, je suis toujours à deux migraines par semaine. La vie devient un enfer.

Lire la suite  [Traitement de la migraine par l'hypnose \(douleur chronique\)](#)

Définitions

1. Échelle visuelle analogique (EVA) est la plus utilisée en clinique de la douleur. Elle se révèle être la plus fiable et la plus efficace en terme de sensibilité et de rapidité. Elle se présente sous la forme d'une réglette de 10 cm avec un curseur que le patient déplace entre « l'absence de douleur » (0) et « la douleur maximale » (10).

Bibliographie

BRASSEUR, L. (sous la direction de) *Traitement de la douleur*. Paris : Edition Doin, 1997

CEDRASCHI, C. *Aspects psychologiques de la fibromyalgie*. Revue du rhumatisme. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, 2003

MELZACK, R., CASEY, K.L, (1968) *Sensory, motivational and central control determinants of pain*. In D.R. Kenshalo (Ed.), *The skin senses* (pp. 423-439). Springfield CC: Thomas

Autres textes

Dans ces textes je présente des outils et méthodes de l'approche TCC tout en portant un regard croisé basé sur ma pratique d'hypnothérapeute.

Principes des thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Je présente dans ce texte une synthèse sur les TCC et détaille ensuite le programme TCC proposé au CETD de l'hôpital Ambroise Paré (Boulogne-Billancourt) aux patientes souffrant de fibromyalgie (douleur chronique).

Lire  [Principes des thérapies comportementales et cognitives TCC](#)

Analyse fonctionnelle TCC : la grille SECCA

Cette grille d'analyse, utilisée pour l'analyse fonctionnelle par le thérapeute, permet au patient, au travers d'une auto-observation, de comprendre l'interaction entre ses mécanismes de pensées et ses comportements. En partant d'une situation – Stimulus – il lui est demandé d'observer et de consigner ses Emotions, ses Cognitions (pensées, images mentales, croyances) puis ses Comportements et ses mécanismes d'Anticipation.

Lire  [Analyse fonctionnelle TCC : la grille SECCA](#)

Méthodes de relaxation en TCC

Je présente la mise en œuvre de deux démarches de relaxation : le *contrôle de la respiration* et la méthode *Jacobson*.

Lire  [Méthodes de relaxation en TCC](#)

Modifier les schémas de pensée dysfonctionnels en TCC

Je présente une démarche thérapeutique en TCC visant à faire évoluer les "schémas de pensée dysfonctionnels".

Lire  [Modifier les schémas de pensée dysfonctionnels en TCC](#)

TCC et hypnose – complémentarités et limites : la relation thérapeutique

Je présente dans ce texte mes réflexions sur la gestion de la relation thérapeutique en TCC.

Lire  [TCC et hypnose – complémentarités et limites : la relation thérapeutique](#)

TCC et hypnose – complémentarités et limites : la rationalité des TCC, l'imagination et la liberté de l'hypnose

Je présente dans ce texte une réflexion sur les limites de l'approche TCC en ouvrant une perspective sur une démarche intégrative se nourrissant à la fois de l'hypnose et des TCC.

Lire ⓘ TCC et hypnose – complémentarités et limites : la rationalité des TCC, l'imagination et la liberté de l'hypnose