

**“Applications de l’hypnose en sexologie:
Justification, méthodes, et exemple d’application dans un contexte de
psychothérapie centrée sur la personne”**

Mémoire pour l’obtention du Certificat de Formation Continue en Sexologie
Clinique

Université de Genève

(Promotion 2009-2011)

Béatrice Jesse Kern Nanchen

Psychologue spéc. en psychothérapie FSP

Chemin des Collines 2

1950 Sion

tél: 079) 708 85 36

email: bjkernnanchen@netplus.ch

Co-directeurs de mémoire: Dr. Francesco Bianchi Demicheli et Dr. Lakshmi Waber

Sierre, le 23/8/2012

TABLE DES MATIERES

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction | 4 |
| Partie I: Apport théorique | 6 |
| <u>Chapitre 1:</u> “Définition de l’hypnose, aperçu historique et hypnose moderne”..... | 6 |
| 1.1 Définition de l’hypnose..... | 6 |
| 1.2 Aperçu historique de l’hypnose..... | 7 |
| 1.3 Hypnose ericksonnienne ou “nouvelle hypnose”..... | 8 |
| <u>Chapitre 2:</u> “Approche centrée sur la personne, hypnose et sexologie”..... | 8 |
| 2.1 Approche centrée sur la personne (ACP) et hypnose..... | 9 |
| 2.2 ACP et sexology..... | 9 |
| 2.3 ACP, hypnose et sexology..... | 10 |
| <u>Chapitre 3:</u> “Hypnose et sexualité: échos et pertinence”..... | 12 |
| 3.1 Etat amoureux et hypnose..... | 12 |
| 3.2 Régression en hypnose et dans la sexualité..... | 13 |
| 3.3 Dissociation en hypnose et dans la sexualité..... | 15 |
| <u>Chapitre 4:</u> “Effets de l’hypnose, lien corps-esprit, attention, émotion et image”..... | 17 |
| 4.1 Le lien corps esprit..... | 17 |
| 4.2 Attention, émotion, détente et confiance en soi..... | 18 |
| 4.3 Hypnose, image, imaginaire, représentation et fantasme..... | 19 |
| Partie II: Applications actuelles de l’hypnose en sexology | 22 |
| <u>Chapitre 1:</u> “Aspects généraux de la pratique de l’hypnose en lien avec la sexologie”..... | 22 |
| 1.1 L’induction..... | 22 |
| 1.2 Suggestion, métaphore et analogie..... | 22 |
| 1.3 L’autohypnose..... | 23 |
| 1.4 Approche corporelle et hypnose..... | 24 |

| | | |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <u>Chapitre 2:</u> | “Réflexions autour du cadre” | 25 |
| 2.1 | Etapes-cadre pour le traitement..... | 25 |
| 2.2 | La question de l’entraînement à l’autohypnose..... | 26 |
| <u>Chapitre 3:</u> | “La place du/de la partenaire et l’hypnose avec le couple”..... | 28 |
| 3.1 | La place du partenaire..... | 28 |
| 3.2 | L’hypnose avec le couple..... | 29 |
| 3.3 | Couple et sensorialité..... | 33 |
| <u>Chapitre 4:</u> | “Techniques d’hypnose actuellement utilisées en sexologie”..... | 35 |
| 4.1 | Scripts courants de trances hypnotiques..... | 35 |
| 4.2 | Les outils présentés dans <i>Hypnose et sexologie</i> , ouvrage pionnier d’Aaroz..... | 36 |
| 4.3 | Aaroz, 2005..... | 42 |
| 4.4 | Apport de Mignot..... | 44 |
| 4.5 | Apport de Simon et Mimoun..... | 45 |
| 4.6 | Apport de Tordjemann..... | 46 |
| 4.7 | Apport de Gorisse..... | 47 |
| 4.8 | Apport deDjayabala..... | 48 |
| Partie III: | Présentation de cas..... | 50 |
| Conclusion..... | | 59 |
| Bibliographie..... | | 61 |
| Remerciements..... | | 64 |

INTRODUCTION

“L’hypnose ancre dans le corps cette posture à ressentir, comme l’hospitalité d’un être à faire sien ce qui lui advient, à lui donner un lieu en soi, comme si la pensée pouvait se poser...Ce retour au corps de la pensée, caresse les peaux du dedans, dans un contact qui déplie les espaces les plus repliés de soi. C’est comme si le corps engageait l’être à contenir la rencontre avec toutes ses propres expériences...jusqu’à être au plus proche de sa réalité, dans un contact, un rapport qui nous fait nous sentir vivant”

Eliane Corrin (2007, p. 311)

L’hypnose semble être un outil thérapeutique privilégié pour traiter les problématiques sexuelles en ce qu’elle s’adresse à la fois au corps et à l’esprit. Certaines analogies entre hypnose et sexualité émergent d’emblée: contact avec soi-même, état amoureux, détente, régression, place de l’imaginaire. L’importance de la qualité relationnelle du contexte thérapeutique est évidente, tant les notions d’intimité et de lien sont présentes dans les questions relevant de la sexualité. L’autonomie du patient et le respect de ses choix s’imposent également.

Ce mémoire propose d’aborder les aspects théoriques justifiant l’utilisation de l’hypnose en sexologie clinique et aussi de passer en revue les différentes manières d’appliquer l’hypnose dans ce domaine. Le contexte d’une pratique de psychologue-psychothérapeute dans l’Approche centrée sur la personne selon Carl Rogers est également pris en compte. Dans le cadre du certificat en sexologie clinique, ce travail porte à la fois sur l’expérience professionnelle par l’introduction concrète de l’hypnose dans des situations relevant de problématiques sexologiques (cf. la présentation de cas en troisième partie) et sur une recherche bibliographique concernant la pratique clinique actuelle dans ce domaine.

L’hypnose est un sujet difficile à cerner, phénomène nébuleux tant par sa nature que dans la littérature. Les cliniciens, de formations différentes, l’intègrent dans des cadres divers et de manières très variées: urologie, gynécologie, sexothérapie, psychothérapies d’orientations diverses, utilisation de l’hypnose à chaque séance ou ponctuellement sur certaines “cibles” de

traitement, etc. La littérature sur l'hypnose frappe par une absence fréquente de systématique et d'effort d'objectivation, allant d'une classification personnalisée de méthodes à des descriptions de cas où les résultats prônés semblent presque magiques. Un effort a été fait pour relever dans ce labyrinthe conceptuel les indicateurs permettant de répondre au besoin de ce travail, les questions suivantes servent de fil conducteur:

- Comment justifier l'utilisation de l'hypnose en sexologie: quel peut être le sens et l'apport spécifique de cette pratique dans le domaine de la sexologie?
- Comment sont définis les settings et le cadre (séance individuelle, de couple, autohypnose, sexothérapie ou psychothérapie intégrant la sexologie)?
- Quel effet est visé par l'intervention en hypnose: effet direct sur le symptôme ou effet indirect (par exemple par une augmentation de l'estime de soi ou la baisse d'anxiété)
- Comment l'hypnose est-elle actuellement intégrée en clinique sexologique: quelles problématiques sont traitées par l'hypnose? quelles sont les méthodes hypnotiques utilisées?

La première partie fait office d'introduction, en posant les bases théoriques concernant la nature de l'hypnose, son utilisation en sexologie et l'articulation dans un contexte relevant de l'Approche centrée sur la personne. Les considérations liées à l'application clinique et la description de méthodes spécifiques sont développées dans la deuxième partie. Les ouvrages consultés comprennent la majorité des auteurs francophones abordant actuellement la pratique de l'hypnose en sexologie, tout en faisant la part belle au travail du psychologue et sexologue Daniel Aaroz, qui fait référence dans ce domaine. En troisième partie une présentation de cas illustre l'intégration de cette recherche dans la pratique.

Les différentes thématiques abordées sont le résultat de "trouvailles" glanées au fil des lectures. Le champ de cette recherche étant large, l'accent porte sur la récolte du nombre d'éléments pertinents, au détriment parfois de leur approfondissement. Il s'agit d'un choix initial plutôt pragmatique, dans le but de favoriser l'apprentissage et l'intégration concrète de l'hypnose dans une pratique en sexologie.

PARTIE I: Apport théorique

Chapitre 1: Définition de l'hypnose, aperçu historique et hypnose moderne

Définir l'hypnose, que ce soit en tant qu'état ou en tant que pratique, n'est pas chose évidente malgré l'avancée des recherches en neurosciences. Ceci rend la validation scientifique difficile et maintient l'hypnose dans une "représentation sociale encore fort répandue de...pratique magique" (Wenger, 2008, p.2). Ce chapitre propose quelques définitions de l'hypnose, en incluant un bref aperçu historique. L'hypnose moderne y est présentée, telle qu'elle est communément pratiquée aujourd'hui.

1.1 Définition de l'hypnose

Selon Salem et Bonvin: "la transe hypnotique est généralement définie comme un état modifié de conscience...il s'agit bel et bien d'un état de veille et non de sommeil (les tracés électroencéphalographiques le confirment)...la conscience est (à la fois) *rétrécie*... et en même temps *élargie* (par une sorte de disponibilité à soi et à l'environnement)"; la transe "se manifeste par un état de concentration accrue, avec diminution de la réceptivité aux stimuli extérieurs et réorientation de l'attention focale vers les phénomènes internes. Le corps est plongé dans un état...de léthargie, de détente parfois très profonde...L'imagerie, l'intuition et l'évocation l'emportent sur le raisonnement. L'expression des émotions est facilitée, l'impression que quelque chose de peu ordinaire est en train de se passer est fréquemment décrite" (Salem et Bonvin, 2007, p. 20-21). La définition d'Espinosa rejoint les mêmes points: "Pour beaucoup de scientifiques, l'hypnose est un état d'attention focalisée, de dissociation, et d'absorption avec une suspension relative de la conscience...La relaxation hypnotique correspondrait à une modification de la trame de fond du corps-soi, alors que l'absorption mentale décrit l'état de disponibilité attentionnelle du soi en relation avec des contenus de conscience, provoqué par les suggestions hypnotiques...(les personnes sous hypnose) restent conscientes de leur identité et de leur localisation" (Espinosa, 2011, p.10).

Les éléments que l'on retrouve dans ces deux définitions sont l'état modifié de conscience, la concentration, l'attention aux perceptions internes, la détente et l'accès à l'imaginaire, l'intuition et l'émotion. Cette qualité de relation à soi dans la transe hypnotique

pourvoit un “terreau” fertile pour la sexothérapie.

1.2 Aperçu historique de l'hypnose

Une première vérification de l'effet de l'hypnose, considérée comme un “fluide magnétique” par Franz Anton Mesmer fut tentée en 1784. Le roi Louis XVI nomma deux commissions d'enquête afin de vérifier l'existence de ce “fluide” et ses effets curatifs. Celles-ci conclurent à l'inexistence d'un tel fluide et attribuèrent à l'influence de l'imaginaire les effets de guérison obtenus. Il est intéressant de noter qu'en “réfutant l'existence du fluide magnétique dont parle Mesmer, cette commission accorde, à son propre insu, une validation scientifique implicite au pouvoir de l'imagination et fait ainsi de Mesmer le précurseur non seulement de l'hypnose mais aussi de la notion même de psychothérapie” (Salem et Bonvin, 2007, p.160). D'autres appellations précoces de l'hypnose vont du “sommeil provoqué” du marquis Armand de Chastenet de Puységur (1751-1825) au “sommeil lucide” de l'abbé José Custodio de Faria (1755/6-1819), puis arrive le terme “hypnotisme” (dérivé du mot grec hypnos, signifiant sommeil) introduit par James Braid (1795-1860) (Wenger, 2008).

L'hypnose continue de se développer sous l'influence de Jean-Martin Charcot (1825-1893), fondateur de l'école de la Salpêtrière et d'Hippolyte Bernheim (1840-1919), fondateur de l'école de Nancy. Bernheim “considérait l'hypnose comme un phénomène psychologique normal, propre à chaque être humain. L'hypnose était devenue à ses yeux à la fois un effet de la suggestion verbale ainsi qu'un moyen d'augmenter la suggestibilité du sujet par rapport à son état de veille.” (Wenger, 2008, p 32). Sigmund Freud (1856-1947) fut élève de ces deux écoles mais abandonna l'hypnose, jugeant ces procédés imprévisibles et craignant d'éventuels effets érotiques dans la relation thérapeutique. Il s'en suivit un déclin d'intérêt par la médecine, jusqu'en 1930.

Dans les années '30, Clark Hull (1884-1952) mène un programme de recherche sur l'hypnose, aux Etats-Unis. L'hypnose s'y développe dans le contexte de traitement des traumatismes de guerre. Milton Erikson (1930-1981), en étroite collaboration avec le mouvement écosystémique de Palo Alto, considère l'hypnose avant tout comme une relation. L'inconscient est considéré non pas comme un réceptacle obscur mais comme un réservoir personnel de ressources utiles et créatrices (Wenger, 2008, p.26-36). Erickson a révolutionné

l'hypnose, en abandonnant ses aspects autoritaires pour favoriser une dynamique qui respecte les choix des patients et les considère comme actifs dans le processus de la transe (Bioy et Keller, 2009, p.30).

1.3. Hypnose ericksonienne ou “nouvelle hypnose”

Selon Bioy et Keller, “l'hypnose dite ericksonienne est à ce jour la plus pratiquée dans le monde, considérée comme la plus *moderne* et parfois même représentée sous l'appellation *nouvelle hypnose*” (Bioy et Keller, 2009, p. 29). L'aspect communicationnel est décrit par Salem et Bonvin comme “une interaction dyadique circulaire, décodable en termes de boucles de rétroaction mutuelles (feed-back), avec une distribution des rôles explicitement ou tacitement convenue et le désir partagé de mener à bien le projet thérapeutique “ (Salem et Bonvin, 2007, p.67). Le thérapeute n'est plus considéré comme tout-puissant, l'importance étant placée sur la relation thérapeutique et le processus émergent chez le patient. L'induction en hypnose classique est faite au travers de rituels précis: fixer un pendule ou un point, induire la lévitation de la main, etc. Dans la nouvelle hypnose, les possibilités d'induction sont plus larges et peuvent prendre comme point de départ les pensées et ressentis du patient, favorisant ainsi une prise de conscience expérientielle: “la conscience sensorielle et somatique est...la façon la plus naturelle d'aider une personne à modifier son état de conscience” (Aaroz, 1994, p 63).

Dans cette recherche sur le travail de sexothérapeutes utilisant l'hypnose, il s'agira essentiellement d'hypnose ericksonienne et non pas classique. L'accent est mis sur l'expérience du patient et son processus d'évolution.

Chapitre 2: Approche centrée sur la personne, hypnose et sexologie

Les auteurs parcourus, tant dans le domaine de la sexothérapie que dans celui de l'hypnose, mettent souvent l'accent sur l'importance de la qualité relationnelle entre patient et thérapeute. Certaines phrases “phare” de l'attitude de Carl Rogers se retrouvent dans les deux autres champs thérapeutiques, telles que: “c'est au moment où je m'accepte tel que je suis que je deviens capable de changer...”; “C'est alors que le changement se produit, presque à notre insu;” “Je peux faire confiance à mon expérience (ressenti);” et “une évaluation faite par autrui

ne saurait me servir de guide” (Rogers, 1996, p 16-21). Le ressenti du patient comme point de départ et son auto acceptation sont au cœur des trois démarches.

2.1 Approche centrée sur la personne et hypnose

Pour Bioy et Keller l’approche de Carl Rogers et d’Erickson ont une base conceptuelle commune: “De son histoire personnelle (régression de sa poliomyélite qu’il explique par une *autosuggestion massive*) Milton Erickson affirme que tout individu possède en lui les ressources de la guérison par l’esprit, mais aussi la nécessité de développer d’autres modes de communication que ceux habituellement privilégiés” (Bioy et Keller, 2009, p 28-29). Nous retrouvons ici la notion de tendance à l’actualisation du soi de Carl Rogers (Rogers, 1996). Dans la transmission des concepts de Milton Erickson par ses élèves, certains aspects s’avèrent identiques au travail préalable de Carl Rogers, dont entre autres “les notions d’empathie, de congruence, de thérapie centrée sur le client, des approches expérientielles, communicationnelles et pédagogiques de la thérapie” (Bioy et Keller, 2009, p. 31). L’aspect relationnel de l’hypnose est reflété par plusieurs auteurs: “L’hypnose n’est probablement pas une science, peut-être un art, certainement une pratique. Elle ne prend sa véritable identité que dans sa mise en œuvre thérapeutique, dans la rencontre” (Bellet, Patrick, *Hypnose*, cité dans Lepoint p.46).

2.2. Approche centrée sur la personne et sexologie

Une des conditions nécessaires à l’accompagnement thérapeutique est, selon Rogers, la congruence du thérapeute (Rogers, 1996). Dans ce même esprit, Aaroz souligne l’importance de l’attitude du sexothérapeute envers la sexualité. Particulièrement en hypnose, la profondeur des interventions nécessite une attitude claire (Aaroz, 1994).

Bien que Rogers ait peu développé sa réflexion concernant la sexualité, il a relevé des thèmes importants, tels que “la réalisation des fantasmes sexuels, la tolérance plus grande des gens face à l’homosexualité féminine en opposition à l’homosexualité masculine, l’importance d’abandonner les rôles de genre (dans le sens de “jouer un rôle”...) et d’entretenir un côté masculin et féminin dans tous les deux sexes, l’éducation sexuelle qui doit être accompagnée de l’éducation sentimentale,...etc.” (Martinez Alonso, 2008, p.13).

La notion de sexualité et de santé sexuelle dans le cadre de l'approche centrée sur la personne a été développée par Peter Schmid. Ici, la sexualité est mise en lien avec le besoin d'expression et de relation de l'individu. Elle est considérée comme une force constituant un langage corporel de la personne, une force créative et diversifiée: "une sexualité épanouie est caractérisée par un mouvement dirigé, elle n'est pas figée. Elle est l'expression d'une liberté tant psychique que corporelle, une ouverture sans gêne à l'expérience" (Schmid, P. F., "Intimität, Zärtlichkeit und Lust. Sexualität: Transzendenz der Person". In P.F. Schmid, Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Paderborn: Junfermann, pp. 487-508, in Martines Alonso, 2008, p.21).

2.3 Approche centrée sur la personne, hypnose et sexologie

La nouvelle hypnose, selon Aaroz, évite les inductions imposées par le thérapeute et prend son point de départ dans les pensées et ressentis du patient, favorisant ainsi une prise de conscience expérientielle. Les caractéristiques principales de la nouvelle hypnose dans le domaine de la sexologie sont selon Aaroz: une attitude centrée sur la personne, une attitude positive envers l'inconscient en tant que ressource, l'inclusion de la relation, voire du partenaire (Aaroz 1994).

Pour Joëlle Mignot, la sexologie et l'hypnose envisagent la personne dans sa globalité et non en tant que symptôme cible et la qualité de la relation thérapeutique est déterminante (Mignot, 2011, p. 7). Cohier-Rahban considère que l'utilisation de l'état hypnotique "permet au patient de s'approcher au plus près de ce qui le concerne, de ce qu'il est, de ce qui en fait un sujet désirant" (Cohier-Rahban, 2011, p. 138). Elle ajoute "L'hypnose permet au patient de prendre conscience de sa liberté dans une expérimentation vécue dans son corps, de laquelle il peut à tout moment se retirer...L'expérimentation de cette liberté va permettre la fabrication et/ou l'amplification de l'alliance qui reste potentiellement thérapeutique et de la sécurité affective de base minimale pour avancer en créant des liens satisfaisants pour la personne dans sa vie...liens à soi, aux autres et au monde" (Cohier-Rahban, 2011 p. 154).

La notion de lien amène à la notion d'intimité: intimité dans la rencontre sexuelle, intimité de la relation du patient à lui-même à travers son attention accrue à ses perceptions intérieures,

et aussi intimité du lien entre thérapeute et patient en transe, notamment à travers le langage de l'analogie. Le climat relationnel sécurisant et respectueux central à l'hypnose et à l'approche centrée sur la personne est primordial pour permettre un accès privilégié aux profondeurs de la problématique sexuelle du patient.

Chapitre 3: Hypnose et sexualité: échos et pertinence

Au cours de cette recherche, plusieurs thématiques communes à l'hypnose et au champ de la sexualité sont apparues: ces thématiques sont présentées ici de manière succincte. Outre le lien corps esprit, notamment dans les phénomènes de détente, de lâcher prise ainsi que dans le vécu émotionnel, on trouve également l'importance de l'image et du fantasme. Les notions de régression et de dissociation sont centrales dans l'hypnose comme dans la sexualité, sans oublier l'état amoureux, état hypnotique par excellence.

3.1 Etat amoureux et hypnose

Freud fit état de l'analogie entre état amoureux et hypnose: "...en dehors de l'hypnose, dans la vie réelle, ...d'accorder avec une telle soumission sa vie psychique propre à celle d'une autre personne a un équivalent unique mais parfait dans certaines relations amoureuses caractérisées par un total abandon de soi" (Freud, S., "Traitement psychique (traitement d'âme)" in: *Résultats, Idées, Problèmes 1890-1920*, 7ème éd., Paris, PUF, 2001, p. 1-23 cité dans Bioy et Keller, 2009, p.83). Il fut désarçonné par ce qu'il appela "l'élément mystique agissant derrière l'hypnose" qui selon lui amena une de ses patientes guéries de douleurs chroniques à lui sauter au cou au réveil d'une transe hypnotique (Freud, S., *Ma vie et la Psychoanalyse*, Paris, Gallimard, 3ème édition 1928, p. 40-41 cité dans Bioy et Keller, 2009, p. 83). Freud cherchera la source de la suggestion hypnotique dans la libido, définie en tant qu' "énergie, considérée comme grandeur quantitative (...), de ces pulsions qui ont affaire avec tout ce que nous résumons sous le nom d'amour" (Freud, S., 1921," *Psychologie des foules et analyse du Moi*," in: *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, 2001, p. 167, in Bioy et Keller, 2009, p.89). L'amour représente ici plusieurs aspects, tels que "l'amour des poètes", "l'union sexuelle", "l'amour de soi", "l'amour filial et parental, l'amitié et l'amour des hommes en général" ainsi que "l'attachement à des objets concrets et à des idées abstraites" (Bioy et Keller, 2009, p. 89).

Simon et Mimoun relèvent trois aspects hypnotiques dans l'état amoureux, soit 1) "une absorption où les sujets sont totalement immergés dans leur monde, leurs sensations, leurs émotions internes et se coupent de la réalité environnante," 2) "une hypersuggestibilité entretenue en boucle par les deux protagonistes: regards tendres énamourés... gestes...

entraînant une réponse immédiate, principe de suggestion renforcée” et 3) “une dissociation psychique, véritable perte de contact avec la réalité, où les sujets ne sont accessibles à aucun raisonnement ou information contraires à ce qu’ils ressentent” (Simon et Mimoun, 2009, p.24).

Benhaiem pour sa part, évoque l’acte sexuel amoureux comme relevant de l’état hypnotique: “ L’acte sexuel amoureux est une magnifique séance d’hypnose. Le désir focalise l’attention; l’imagination oriente les sens et bouleverse le corps; la perception se rétrécit en amenuisant la pensée, la raison, la notion du temps: tous les gestes exacerbent le jeu amoureux; la personne est totalement absorbée dans cette expérience. Puis le paroxysme provoque le plaisir et suit une phase d’ouverture et de bien-être qui apaise les partenaires (dans le meilleur des cas), les personnes ont ainsi participé au cycle de la nature qui incite les humains à la sexualité” (Bernheim, p. 253). Il y a également bien des ressemblances entre transe hypnotique et transe orgasmique, comme l’évoque Tordjemann en se référant aux “poses sans équivoques des grandes dames traitées par Mesmer autour de son fameux baquet” (Tordjemann, 2001, p.16). Ainsi état amoureux et état de transe se confondent, tant par la fascination et l’absorption dans les sensations que dans une relation particulièrement exclusive et intensifiée.

3.2 Régression en hypnose et dans la sexualité

Selon le Petit Robert, la régression est une “évolution vers le point de départ, un “recul” ou “diminution”, un “retour à un stade antérieur de développement” (Robert, 1994). Cette notion se retrouve abondamment explorée dans les écrits sur la sexualité ainsi que dans ceux décrivant le processus hypnotique et son utilité en thérapie. L’absorption du sujet au plus profond de son monde sensoriel peut être qualifiée d’état régressif. Aaroz cite l’expression de Kaplan, la “régression au service du plaisir”, sous-entendant qu’un état de régression est nécessaire à l’émergence de l’orgasme (Kaplan, H.S, *Disorders of Sexual Desire*, New York, Bruner/Mazel, 1979, in Aaroz, 1994).

En hypnose, la régression peut être implicite ou explicite: implicite dans la qualité et le setting relationnel (ton de voix enveloppant, accueil par le thérapeute des aspects plus vulnérables de la personne), explicite quand le contenu de la transe vise une régression d’âge. Dans leur article “Régression et hypnothérapie,” Lutz et Fix se réfèrent aux théories

freudiennes, selon lesquelles "l'hypnose, état amoureux sans but sexuel direct, foule à deux, en tant que manifestation d'une disposition héréditaire provenant de la phylogénèse de la libido humaine, est en elle-même une régression" (Lutz et Fix, 2007, p. 213).

La notion de l'hypnose en tant qu'expérience de régression est également présente chez Ferenczi, l'hypnothérapeute étant considéré comme représentant parental. De plus, selon lui, les phénomènes de régression en hypnose seraient à même d'évoquer la vie intra-utérine, état de régression le plus fondamental (Ferenczi, S. 1924, *Thalassa*, Paris, Payot, 1977 in Bioy et Keller 2009, p. 101).

Développer l'aspect transférentiel de la régression dépasserait le cadre de ce travail. A noter pourtant que François Roustang conteste cet amalgame entre transfert et régression. Selon lui, l'hypnose est un phénomène d'augmentation de la sensorialité, d'expansion du champ des perceptions internes, qui limiterait justement les phénomènes de transfert puisque le patient se focalise par la transe sur son propre vécu en tant que sujet et non pas sur la relation avec le thérapeute (Roustang, François, cité dans Bioy et Keller, 2009, p. 117).

Le retour à des sensations et cognitions antérieures est fondamental dans tout travail thérapeutique en hypnose, que ce soit pour activer des ressources (expériences antérieures de plaisir, lieu connu où l'on a ressenti la sécurité, etc.) ou pour permettre au contexte expérientiel lié à une problématique d'émerger. Par exemple, l'utilisation de la transe pour un travail thérapeutique sur les traumatismes tels que les abus sexuels, est particulièrement utile. Pour Tordjemann, l'hypnose "permet, en état de dissociation, de revivre l'agression en dosant l'émotion" (Tordjemann, 2001). Elle donne au patient la possibilité de "sortir de la honte, de la culpabilité en quittant le secret...(par) le lien au corps rétabli. Non plus un corps morcelé, dissocié, mais unifié "(Lalanne, 2011, p.99). L'hypnose peut permettre une exploration du vécu traumatique, mais aussi l'exploration de souvenirs ressource permettant de faire émerger une sensorialité agréable et de rétablir un sentiment de sécurité intérieur.

3.3 Dissociation

Selon le Nouveau Petit Robert, la dissociation implique séparation, dédoublement ou encore dissolution, voire rupture ou désagrégation. Erickson considère l'hypnose comme un état de dissociation normal, ressemblant au sommeil, accompagné d'une suggestibilité augmentée (Mignot, 2011, 84). La dissociation est ici considérée comme un phénomène régulateur de la psyché humaine et non comme un concept lié à la psychopathologie.

Michaux définit la dissociation de la manière suivante: "...globalement, on nomme dissociation la résultante de processus psychiques remaniés qui va permettre, en hypnose, au patient d'être à la fois ici et ailleurs (dans la salle de consultation et dans sa chambre), maintenant et dans un autre temps (actuellement et dans un souvenir ou un futur anticipé) ou de se positionner à la fois comme acteur et spectateur de sa propre expérience (à la fois vivre le fait que sa main se soulève par une suggestion de lévitation et également être observateur de ce phénomène, comme s'il ne s'en sentait pas totalement responsable)" (Bioy et Michaux, 2007, p.7). Dans le domaine sexologique, la dissociation, par exemple sous forme de déni, peut être décelée dans l'absence de représentation de l'appareil génital, voir de sensation, plus fréquemment chez la femme (Mignot, 2011, p.86).

La dissociation sous-entend "un autre phénomène caractéristique de l'état hypnotique: l'attention sélective...la capacité de focaliser l'attention sur une partie d'une expérience, tout en occultant les autres parties." Ce phénomène implique plusieurs niveaux de conscience, dont l'un est nommé "observateur caché...une partie du moi, lucide et critique, (qui) observe l'autre partie du moi plongée dans la transe" (Salem et Bonvin, p. 23-25). L'observateur caché est bien connu dans les problèmes sexologiques, faisant ses commentaires souvent négatifs, semant l'inquiétude et perturbant le sujet pendant l'acte sexuel. L'hypnothérapie permet de débusquer, comprendre et parfois de neutraliser cet observateur caché afin d'amener le patient à focaliser sur les aspects de son vécu qu'il choisit. Par l'expérience de l'hypnose, le patient apprend à la fois à focaliser son attention et à percevoir un champ d'expérience plus élargi.

Les notions d'état amoureux, de régression et de dissociation s'entremêlent dans les discours sur l'hypnose et la sexualité. Bien que ces sujets complexes ne soient qu'effleurés

dans ce chapitre, ils sont centraux et pertinents à toute compréhension des phénomènes hypnotiques ainsi qu'à l'application de l'hypnose en sexologie.

Chapitre 4: Effets de l'hypnose, lien corps-esprit, attention, émotion et image

Les cliniciens utilisant l'hypnose en sexologie sont emphatiques sur son apport, bien que la recherche sur l'efficacité de l'hypnose se soit focalisée surtout sur le traitement de la douleur. Simon et Mimoun déclarent que "l'hypnose ericksonienne réalise une excellente indication dans les troubles de la sexualité. Elle recrée un contexte conduisant du désir au plaisir, par le biais des mémoires corporelles, favorise l'accès aux événements réussis et aux émotions liées. Il s'agit d'une véritable sollicitation des ressources propres au sujet, donc à la biochimie et aux neuromédiateurs cérébraux du plaisir" (Simon et Mimoun, 2009, p.15). Lutz renchérit sur l'importance du corps en hypnose: "Point de butée de la réflexion théorique, la question du savoir du corps nous oblige à l'expérience. C'est cette expérience que tout particulièrement la pratique de l'hypnose suscite et interroge, car le vécu toujours indicible de l'état hypnotique nous permet parfois d'approcher au plus près l'articulation mystérieuse du somatique au psychique. Pas d'état d'âme qui ne corresponde à un état de corps et des sensations particulières associées à des représentations imaginaires" (Lutz, 2007, p.186). Dans ce chapitre, l'impact de l'hypnose sur le corps est abordé, dans le domaine de la douleur, mais aussi son impact sur la capacité d'attention, la gestion des émotions et la possibilité de travailler avec l'imaginaire.

4.1 Le lien corps-esprit

L'accès par la transe au lien corps-esprit fait de l'hypnose un outil privilégié dans le domaine des troubles sexuels. Cudicio se réfère à la recherche en neurosciences pour affirmer que "...l'essentiel de la sexualité humaine n'est pas sous le contrôle de la volonté, mais du système nerveux autonome médié par les neurotransmetteurs" (Cudicio, 2007, p.356).

Les bases scientifiques objectivant l'efficacité de l'hypnose se trouvent en majorité dans les recherches sur la douleur. Selon Benhaïem, il existait en 2002 environ 500 références concernant des études sur l'utilisation de l'hypnose dans le traitement de la douleur. Ces études sont rarement contrôlées, "l'hypnose ne se prêtant guère au jeu de l'expérimentation classique...Néanmoins, sur un certain nombre de symptômes, les effets positifs de l'hypnose sont relevés, et notamment dans le traitement de la douleur." Il a été démontré que l'hypnose potentialise les effets analgésiques obtenus avec des médicaments (Wood et Tyzio, 2004, in

Bioy et Keller, 2009) et peut se montrer supérieur à une benzodiazépine (Calipel, 2005, in Bioy et Keller, 2009). Selon plusieurs auteurs cités, l'hypnose peut également réduire l'anxiété et alléger les complications post-opératoires. L'hypnose a été démontrée comme étant plus performante que d'autres moyens de gestion du stress, y compris pharmacologiques, sur "l'anxiété, la douleur, le confort et les constantes vitales" (Faymonville, Mambourg et al., 1997, cités dans Bioy et Keller, 2009, p. 28).

Des études sur l'hypnose visant à traiter la douleur en lien avec l'acte sexuel ont démontré que les traitements visant uniquement la réduction de la douleur n'amènent pas nécessairement d'amélioration dans le fonctionnement sexuel (Bergeron S., Binik Y., Khalifé S., Pagidas K., Glazer H., Meana M., Amsel R., "A randomized comparison of group cognitive behavioural therapy, surface electromyographic feedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis," *Pain* 2001;91:297-306 cité dans Pukall et al., 2007). Une recherche menée par Pukall démontre l'efficacité de l'hypnose dans le traitement de vestibulite. Pour cette étude, on a proposé à des patientes d'imaginer des situations de préliminaires et de pénétration. Elles ont aussi appris une méthode de réduction de la douleur par autohypnose. Une période d'entraînement avec enregistrements a fait partie de la procédure. La réduction de la douleur, combinée avec l'imaginaire d'une expérience sexuelle agréable, ont amené des résultats significatifs dans l'évaluation par les patientes de leur fonctionnement sexuel et de leur satisfaction. L'hypnose apporte ici un effet sur la perception sensorielle, mais aussi une altération cognitive par l'introduction d'affect positif via l'imaginaire.

4.2 Attention, émotion, détente et confiance en soi

Les manifestations de l'état hypnotique apportent un effet positif "en soi," effet particulièrement intéressant dans le domaine de la sexualité. Ces manifestations comprennent "une sensation de détente mentale et de relaxation; une attention soutenue avec absorption de l'attention; une absence de jugement, de contrôle et de censure; une suspension de l'orientation temporo-spatiale habituelle; une expérience d'involontarité (impression de réponses automatiques sans effort ni délibération)" (Bioy et al, 2010, p.18). D'autres manifestations de la transe sont utiles au niveau thérapeutique, soit l'émergence d'images, l'accès aux souvenirs, la capacité de se projeter dans le passé ou le futur (Salem et Bonvin, 2007, p. 26). Selon Brenot,

“De par sa nature, la sexualité s’accommode très mal de la coexistence de manifestations anxieuses, d’anticipation ou d’éléments de la lignée dépressive à type de dévalorisation...les approches par l’hypnose permettent d’apprivoiser les réactions émotionnelles d’anticipation et d’opérer des déliaisons d’événements vécus dans leur contexte émotionnel” (Brenot, 2011, p. 22).

Pour aborder l’émotion sous-jacente à un problème sexuel, Aaroz rend attentif au phénomène qu’il nomme autohypnose négative (AHN), phénomène d’auto sabotage omniprésent dans les troubles sexuels: “une personne qui se livre inconsciemment à l’AHN est véritablement incapable de changer, car elle est convaincue qu’elle ne le peut pas” (Aaroz, 1994, p.125). Il s’agit d’ “images mentales défaitistes auxquelles une personne donne libre cours, qu’elle encourage, et, souvent, s’efforce même de développer, tout en nourrissant intérieurement et consciemment un désir de solution, de changement et d’amélioration...processus de pensée influencés par un contenu subconscient...affirmations négatives qui fonctionnent comme de puissantes suggestions post hypnotiques (Aaroz, 1994, p. 99-100). Aaroz propose l’exploration de trois “domaines” de l’AHN: 1) “les auto affirmations négatives” (en posant la question: “Que vous dites-vous lorsque vous pensez à votre problème?”) 2) “l’imagerie négative” (“Quelles images mentales vous viennent-elles à l’esprit? Comment vous voyez-vous intérieurement lorsque vous vous dites telle ou telle chose?”) 3) “les modifications d’humeur” (“Comment votre humeur se ressent-elle de votre monologue intérieur négatif et de votre visualisation négative?”) (Aaroz, 1994, p.135). Le concept d’autohypnose négative est également utile dans les entretiens avec les couples, pour amener à mieux comprendre et donc permettre d’éviter l’impasse des reproches et autre mécanismes de projection qui peuvent enliser la relation de couple.

Djayabala souligne l’effet apaisant de l’hypnose en ce qu’elle aide le patient à mieux gérer le stress et lui donne donc ainsi un sentiment de contrôle de soi. Ce sentiment de contrôle de soi amène également un effet positif sur le découragement, élément dont l’importance est, selon lui, souvent sous-estimé dans les problématiques sexuelle (Djayabala, 2009).

4.3 Hypnose, image, imaginaire, représentation et fantasme

Bien que toute psychothérapie s’intéresse à l’imaginaire et à la représentation mentale,

l'hypnose utilise ce "matériel" émergeant de l'inconscient de façon active. Concernant les aptitudes à l'hypnose (anciennement hypnotisabilité), il y a une corrélation, selon Aaroz, entre la faculté d'imagination et l'hypnose. L'imagerie mentale ou imagination comprend, selon lui, toutes les informations sensorielles: visuelles, auditives, kinesthésiques, gustatives ou olfactives (Aaroz, 1994, p.38-39). Pour Pallatin, "le fantasme sexuel intègre toute activité mentale capable de générer du plaisir ou d'intensifier l'enthousiasme. Ces pensées sont le plus souvent inarticulées et correspondent davantage à des sentiments qu'à des images; elles sont plus sensuelles que sexuelles. Tout comme la suggestion hypnotique, l'imagination érotique se sert de tout: souvenirs, odeurs, sons, mots, moments spécifiques, textures, ambiances... et dévoile les paradoxes symboliques et les rêveries intérieures de chacun" (Pallatin, 2009, p.52). On retrouve chez ces deux auteurs un accent sur l'aspect pluri sensoriel de l'imaginaire.

L'expérience de l'imaginaire est fertile durant l'enfance: "Les enfants ont une grande habitude de cette *surimpression* entre l'imaginaire et le réel, notamment dans les moments ludiques. Ainsi, lorsqu'un enfant brandit son épée, il ne *joue* pas au soldat, il *est* un soldat. Lorsqu'une petite fille donne à manger à sa poupée, elle ne joue pas à la mère, elle se vit comme une mère... Avec le temps, cette faculté de surimpression entre réalité et imaginaire devient moins évidente, moins spontanée et immédiate. Elle demande à être de nouveau stimulée, et l'hypnose peut aider à cela" (Bioy et al, 2010, p. 10). En début de traitement, il est commun d'inviter les patients à se "rendre" dans un "lieu de sécurité," pour faire une première expérience des effets apaisants de la transe. Il arrive souvent que ce lieu soit issu de l'enfance. Ce "faire comme si" est utile dans plusieurs applications thérapeutiques (voir chapitre sur les techniques spécifiques). Pour Djayabala, l'hypnose permet une meilleure application des exercices à faire à domicile, exercices qui font partie de la plupart des prises en charge sexologiques. Caresses non génitales ou génitales sont selon lui abordées avec plus de facilité après une "visualisation préalable en hypnose et en auto-hypnose" (Djayabala, 2009, p.9).

En sexologie, la représentation corporelle est particulièrement importante et peut être explorée et le cas échéant améliorée, en hypnose. Par exemple, en cas de vaginisme, la représentation corporelle est centrale. Comme le dit Cudicio, il s'agit d'un mécanisme de défense: "...la femme vaginique est vaginique parce qu'elle n'a pas de vagin, non au plan anatomique, mais au plan de sa représentation mentale. Il n'est pas intégré au niveau du

schéma corporel. Sur le plan analogique, cela se traduit par une tentative d'intrusion à l'intérieur du corps et non pas dans une cavité de celui-ci" (Cudicio, 2007, p. 372). Dans le traitement des troubles du désir et du plaisir, Cudicio ajoute "les représentations que chaque femme aura de son sexe et de l'utilisation de celui-ci lui permettra d'accéder ou non aux plaisirs...ne plus se voir pénétrée mais imaginer saisir amoureusement le sexe de l'homme deviendra la source de ses plus grands plaisirs" (Cudicio, 2007, p. 373-374). La représentation est selon cet auteur également centrale dans le traitement de l'éjaculation prématurée: "ayant appris à caresser son sexe avec sa main, (l'homme) remplacera celle-ci par le vagin féminin le moment venu! Centré sur son excitation et son plaisir, l'éjaculation ne peut survenir que rapidement...il s'agit pour lui d'apprendre à caresser le vagin avec son pénis plutôt que de caresser son pénis avec le vagin" (Cudicio, 2007, p. 366-367).

De l'image (du latin *imago*: reproduction ou imitation d'un modèle) au fantasme (étymologiquement plus proche de la vision, ou du rêve), l'imaginaire se situe à différents niveaux, depuis le reflet d'une perception concrète, jusqu'aux tréfonds de l'inconscient et son foisonnement de désirs. Comme le dit Peyranne, "Croire en l'imaginaire érotique, c'est... accepter ce passage incessant de l'illusion au réel" (Peyranne, 2007, p.64). Sans entrer plus en détail dans les différentes fonctions de l'imaginaire, il est intéressant de constater que l'hypnose peut permettre l'exploration de ces différentes "couches," que ce soit par l'élaboration de la représentation du corps ou l'émergence voir l'exploration d'un fantasme ou rêve érotique.

Ce chapitre a été consacré à l'élaboration des effets de l'hypnose sur la relation corps esprit. Ses effets positifs, bien qu'objectivés en majorité par des études sur la gestion de la douleur, semblent se généraliser dans une meilleure gestion des émotions, une amélioration de l'image de soi, de la capacité attentionnelle ainsi qu'une utilisation bénéfique de l'imaginaire.

Partie II: Applications actuelles de l'hypnose en sexologie clinique

Chapitre 1: Aspects généraux de la pratique de l'hypnose en lien avec la sexologie

Le chapitre suivant présente l'application des procédés hypnotiques de base, tels que l'induction, la suggestion et la métaphore. Ces procédés sont décrits sommairement, l'accent étant mis sur leur importance dans les suivis en sexologie. L'autohypnose et l'approche corporelle en hypnose sont également abordées.

1.1 L'induction

L'induction est le passage de l'état de conscience ordinaire à l'état de transe. L'induction hypnotique amène le patient à entrer dans son monde intérieur. L'attention est amenée à se focaliser par la stimulation répétitive d'un des canaux sensoriels, ou plusieurs en alternance (fixation d'un point, bruits répétés, attention aux sensations corporelles) (Salem et Bonvin, p.48-49). Dans la nouvelle hypnose, l'induction se fait de manière naturelle, en prenant appui sur le discours du patient ou sur ses sensations corporelles, de manière personnalisée (Tordjemann, 2009). Dans les prises en charge sexologiques, certains auteurs utilisent l'induction pour introduire d'emblée une qualité d'attention accrue aux sensations corporelles et à la respiration. Ce repérage sensoriel aura une triple fonction: d'induction, de détente et d'apprentissage. L'apprentissage se fait sur la focalisation de l'attention sur les sensations corporelles, sur le repérage des sensations de tension et de détente ainsi que sur le développement de la respiration abdominale. L'induction par attention aux sensations corporelles est un exemple de l'apport immédiat de l'hypnose dans les suivis en sexologie.

1.2 Suggestion, métaphore et analogie

La suggestion lors d'une transe hypnotique vise à "provoquer l'émergence de solutions non pas dictées par l'hypnotiseur, mais propres au sujet" (Salem et Bonvin, p. 53). La suggestion peut être directe (une affirmation claire par le thérapeute), post hypnotique (visant à amener un comportement ou attitude - cible ultérieurs à la séance) ou indirecte. L'allusion et la métaphore sont des exemples de suggestions indirectes (Salem et Bonvin, p 53-54).

Au début d'une thérapie, Djayabala introduit systématiquement des suggestions pour le

renforcement du moi car cela a pour effet d'amener d'emblée une sensation de calme et d'apaisement (Djayabala, 2009). Les trances de renforcement du moi peuvent inclure des métaphores positives pour le sujet, telle que: "l'arbre remarquable," la "régression en âge vers des expériences de maîtrise," ou un "lieu de sérénité." La visualisation d'une image idéalisée de soi ou autres suggestions de renforcement de l'estime de soi peuvent aussi être proposées (Hammond, 2004, p. 105-146). Aaroz prône lui aussi l'importance d'instaurer une expérience initiale positive dans le suivi en hypnose, expérience accompagnée par une détente corporelle. Il propose en début de suivi une technique dite d' "imagerie dynamique," où le patient est invité à développer et installer des pensées, images et sensations positives évoquant une scène qui représente le résultat désiré par la thérapie (Aaroz, p. 135-137).

L'analogie est également utile en sexologie. Cudicio propose par exemple d'utiliser un "transfert analogique" dans la prise en charge de patientes vaginiques. Outre un travail sur la représentation du vagin, il propose la comparaison avec le mouvement de serrer, puis desserrer le poing. Selon cet auteur, "la métaphore est heureuse, car elle représente aussi une prise en main (par la patiente) de son sexe et de sa sexualité" (Cudicio, 2007, p. 373). De manière similaire, Tordjemann propose en cas de vaginisme une induction en auto-hypnose en serrant le périnée (méthode dite "du squeeze"): la patiente doit simultanément comprimer le pouce et l'index, ce qui représente une analogie de la capacité d'obtenir relaxation et ouverture en alternance à la pression et fermeture musculaire (Tordjemann, 2001, p.208).

1.3 L'autohypnose

Le sujet de l'auto hypnose est abordé au travers plusieurs chapitres de cette recherche. Pour Tordjemann, "L'hypnose permettrait...de se réappropriier momentanément le pouvoir architecte de notre monde, de se déprogrammer et de se reprogrammer, en un mot de changer mentalement et physiquement. L'autohypnose active ce changement" (Tordjemann, 2001, p. 60-61). Il est important dans le travail avec les patients de rendre conscient la teneur et l'influence de leur monologue intérieur. Le monologue intérieur et son cortège de sensations et d'images fait partie inhérente de la condition humaine: l'humain s'auto-suggère donc en quasi permanence. La focalisation pendant la transe permet une mise en relief de ce processus, et la mémoire de cette expérience surgit ponctuellement de manière naturelle entre les séances,

permettant ainsi un début de distanciation nécessaire à tout changement.

1.4 Approche corporelle et hypnose

L'approche corporelle en hypnose est fréquemment utilisée par les hypnothérapeutes travaillant en sexologie. Lutz définit cette approche comme un ensemble de techniques utilisant tout élément corporel pour amener une meilleure conscience de soi: ceci permet d'explorer les sensations, "sensations de striction ou de pesanteur, modifications du tonus ou de la posture, douleurs et troubles fonctionnels...on rentre dans le symptôme, en quelque sorte. Dans le noeud lui-même, où se disent à la fois la douleur, les questions, les fantasmes, là où le sens est resté en souffrance". La focalisation sur la sensation des points d'appui du corps permet, au niveau métaphorique, d'introduire tacitement des repères sécuritaires de "portage", de "soutien" qui sont également des repères concrets et immédiatement accessibles, qui se révèlent souvent "efficient et porteur de soulagement"; un autre aspect technique consiste à focaliser l'attention sur la respiration, "sa fréquence, son amplitude, ses mouvements." Si la respiration est traditionnellement utilisée pour la méditation et la gestion des émotions, elle présente également une possibilité métaphorique: " on retrouve le cycle alternant de l'actif et du passif, du prendre et donner, recevoir et lâcher...Souffler, se laisser du temps, se reprendre, respirer, s'affirmer...Prendre sa place, occuper son espace..." (Lutz, 2007, p. 196-201). Tordjemann propose à ses patients de se focaliser sur la respiration, la suggérant comme métaphore du renouvellement et du changement, ainsi que d'un espace de calme et de paix intérieurs (Tordjemann, 2001, p.62-63).

La technique du dialogue avec le corps amène l'hypnothérapeute à se focaliser sur le corps en tant que sujet. Très concrètement, des parties du corps sont identifiées comme participant au problème et interrogées. Ces parties sont encouragées à dialoguer entre elles sur leur fonction, leur besoin, leur proposition de solution, etc. puis une réassociation peut se faire par la suite. Souvent des évocations se font spontanément concernant des événements antérieurs significatifs (Lutz, 2007, p. 202-206).

Comme nous le verrons plus en détail dans les descriptions de techniques spécifiques, l'approche corporelle donne à l'hypnothérapeute la possibilité de s'adresser directement au corps. Les formes d'induction et de suggestion utilisées peuvent aisément être adaptées aux

besoins amenés par la problématique sexologique du patient. Cet accès direct aux sensations corporelles s'avère particulièrement probant dans le traitement des troubles sexuels.

Chapitre 2: Réflexions autour du cadre

Les praticiens reconnus qui utilisent l'hypnose œuvrent dans le cadre de leur profession de base (médecin, psychologue, infirmier(ère), etc.). L'hypnose est un outil qui prend son sens dans un cadre thérapeutique global et cohérent, cadre qui varie d'un thérapeute à un autre. Dans les prises en charge sexologiques, l'hypnose est considérée comme une parmi plusieurs techniques pouvant être utilisées conjointement (Bioy et al, 2010). Les réflexions qui suivent ont été glanées à partir des descriptions cliniques, au fil des lectures. Peu d'auteurs s'arrêtent dans leurs écrits de manière explicite sur leur définition du cadre.

2.1 Etapes-cadre pour le traitement

Dans *L'Aide-mémoire d'hypnose*, Bioy et al. présentent quatre étapes principales pour le suivi de troubles sexuels en hypnose:

- Une évaluation diagnostique (par exemple selon le DSM-IV) afin de récolter les informations concernant l'étiologie du trouble et la demande du patient
- Une exploration des croyances, ressentis et expériences pertinents autour de la sexualité du patient et du/de la partenaire
- Un apport éducatif si nécessaire, afin de corriger d'éventuelles erreurs cognitives concernant la sexualité
- Une étape consacrée au traitement

(selon Stanley R.O., Burrows G.D., "Hypnotic interventions in treatment of sexual dysfunctions", in Bloom P.B. (eds) *International Handbook of clinical hypnosis*, Chichester, John Wiley & Sons, 233-246, cité dans Bioy et al., 2010, p. 281).

L'hypnose en sexologie se pratique en tant qu'outil et en tant que relation. Pour autant, le praticien est tenu de prendre en compte le contexte de la problématique, son étiologie, et de vérifier les connaissances et croyances autour de la sexualité. Dans ces quelques lignes se reflète un cadre conceptuel qui rejoint les points essentiels communs à toutes les approches thérapeutiques en sexologie clinique.

2.2 La question de l'entraînement à l'autohypnose

Certains auteurs insistent fortement sur l'apprentissage de l'autohypnose par sa répétition à domicile. Aaroz est catégorique à ce sujet: l' "imagerie dynamique doit être fortement renforcée par une répétition persévérante à domicile. Je suis persuadé que toute hypnose est autohypnose et qu'il s'agit d'une compétence pouvant être apprise...Les admonitions concernant la pratique seront donc particulièrement fermes et insistantes" (Aaroz, 1994, p. 138-139). Certains thérapeutes demandent à leurs patients de pratiquer l'autohypnose chaque jour, l'élément d'auto responsabilité étant fortement souligné lors de l'établissement d'un contrat thérapeutique.

Djabalaya prône l'utilisation de l'autohypnose dans le but du renforcement du moi, avec un enregistrement de la première séance: ceci "permet à la patiente(ou au patient) de s'habituer à lâcher prise et à aller en état profond de d'hypnose...pour affronter les causes du problème qui seront explorées par l'hypno-analyse à partir du deuxième rendez-vous" (Djabalaya, 2009, p.19). Lepoint insiste également sur l'entraînement à domicile: "L'implication du sujet à sa propre thérapie est explicite en hypnothérapie par l'apprentissage de l'autohypnose, trame essentielle au changement dans les processus communément repérés d'autohypnose négative dans les troubles sexuels. Le sujet est invité à la pratiquer régulièrement, voire quotidiennement, et sa compliance à la prescription sera déterminante de l'évolution favorable mais aussi de sa rapidité. Le sujet est ainsi responsabilisé pleinement dans son changement, ce qui peut le surprendre quant à ses attentes préalables..." (Lepoint, 2011, p.45). Pour Simon et Mimoun, il est important "d'expliquer au patient comment il peut déclencher tout seul un état d'hypnose," mais les "livres, bandes audio ou vidéo, CD et autres techniques d'auto-hypnose basées sur des phénomènes d'auto-suggestion sont ici bannies, car elles ne respectent ni le contexte du symptôme, ni l'écologie psychique du patient, encore moins les ressources propres à chaque patient!" (Simon et Mimoun, 2009, p.54).

Le livre d'Aaroz et Bleck *L'épanouissement sexuel par l'autohypnose* présente pourtant une démarche d'apprentissage à l'autohypnose, ainsi que différents "scripts" pour des transes hypnotiques en lien avec la fonctionnalité sexuelle. Des scénarios de rencontres sexuelles à vivre en autohypnose de couple sont proposés. Des scripts de transe hypnotique sont suggérés pour entraîner l'élimination de certaines croyances et pensées pouvant entraver la sexualité. Le

lecteur pourrait ainsi “utiliser l’auto-hypnose pour changer des pensées sexuelles négatives en pensées positives et pour rendre des pensées positives encore plus présentes et fréquentes” (Aaroz et Bleck, 1998, p. 128). Bien que cette démarche semble intéressante et accessible, il peut effectivement être réducteur, voire contre-indiqué, de proposer au lecteur de tenter d’éliminer certaines difficultés sans les avoir au préalable investiguées avec un thérapeute.

Tous les auteurs ne mentionnent pourtant pas l’entraînement de l’autohypnose comme faisant partie intégrante, voire conséquente, de la thérapie. Pour plusieurs, l’hypnose est utilisée dans le cadre des séances sans explicitement demander au patients de s’entraîner, l’expérience étant considérée comme suffisamment “correctrice” pour amener un changement durable. L’accent mis dépend certainement de l’orientation psychothérapeutique de base. Certains praticiens (probablement d’orientation cognitivo-comportementale) portent l’accent sur l’entraînement de nouvelles attitudes. D’autres praticiens (probablement d’orientation psychoanalytique ou humaniste) feront un travail plus axé sur le changement global de la personne et moins par entraînement de modifications du symptôme-cible.

Chapitre 3: La place du/de la partenaire et l'hypnose avec le couple

Ce chapitre relate les différentes manières d'inclure ou non le partenaire pour aborder les problèmes sexologiques en travaillant avec l'hypnose. La participation du partenaire est décrite au niveau du cadre mais aussi dans des approches faisant du couple le "sujet" de la transe hypnotique.

3.1 La place du partenaire

Pour Aaroz, "l'hypnothérapeute doit non seulement intervenir de manière systémique, mais penser de même" (Aaroz, 1994, p.169). Le partenaire est associé à la phase diagnostique et également à la répétition mentale et autres exercices à domicile. Aaroz inclut systématiquement le ou la partenaire dans les suivis: une des personnes est en suivi individuel et le partenaire est présent en tant que soutien et témoin de la thérapie, bien qu'il ou elle ne participe pas formellement à la transe (Aaroz, 1994). Aaroz rend attentif à la qualité de la relation avec le ou la partenaire: les partenaires doivent avoir une bonne entente, être relativement satisfaits de leur relation, faire montre de respect et de soutien mutuel, et ne pas être parasités par l'implication dans une autre relation. Si la relation est problématique, la sexothérapie ne peut se faire qu'une fois les problèmes relationnels résolus (Aaroz, 2005).

Dans "l'Aide mémoire d'hypnose," Bioy et al. rendent le lecteur attentif à l'importance de la présence du partenaire: "(en ce qui concerne) les troubles sexuels, l'autre est toujours présent, qu'il existe réellement, dans l'imaginaire du patient ou dans sa vie fantasmatique." Un cadre souple est proposé, soit en thérapie de couple, soit en thérapie individuelle, si possible en incluant périodiquement le partenaire: "cela afin de marquer l'implication ou le niveau d'intérêt du partenaire, mais aussi de pouvoir discuter autour des évolutions au sein de la vie de couple...parfois cette discussion n'est pas possible en dehors de ces temps" (Bioy et al., 2010, p. 280).

Selon Djayabala, un des intérêts de l'hypnose est de permettre de traiter les problèmes sexuels sans obligatoirement bénéficier de la participation d'un partenaire, à travers l'hypnose ou l'autohypnose. Il souligne tout de même l'importance de l'adhésion du partenaire pour permettre un changement: "En thérapie sexuelle, quel que soit le problème traité, au premier rendez-vous, il est préférable d'avoir un entretien avec les deux partenaires, soit séparément,

soit ensemble. Autrement, le partenaire peut se sentir utilisé comme un objet et il peut refuser de coopérer” (Djayabala, 2009, p.15).

Rassel dans son article sur les troubles érectiles, recommande aussi d’inclure la partenaire, en soulignant l’importance de son soutien et de l’impact d’éventuels reproches sur l’érection. La présence de la partenaire permet également d’investiguer sa propre fonctionnalité sexuelle. Ce thérapeute ne mentionne pas par contre d’hypnose concernant le couple (Rassel, 2009). Gorisse décrit des suivis individuels, en incluant quelques séances avec le couple, sans non plus mentionner d’hypnose avec le couple. Il lui arrive également de suivre un partenaire, puis l’autre, pour des thérapies individuelles (Gorisse, 2000).

Tordjemann utilise la technique du “rêve induit” avec les couples, afin d’amener une meilleure compréhension du problème. Une fois les deux personnes en transe, il s’agit de suggérer au couple qu’un rêve va apparaître, en les encourageant à laisser spontanément surgir des images selon leur bon vouloir et en utilisant ensuite ce matériel pour thématiser la situation du couple (Tordjemann, 2001, p.83).

Les auteurs cités qui font allusion au travail avec les couples le font en général sans spécifier les modalités de l’utilisation de l’hypnose. La manière d’inclure le partenaire au suivi diffère d’un thérapeute à l’autre, mais l’aspect systémique inhérent à toute prise en charge sexologique fait l’unanimité chez les thérapeutes pratiquant l’hypnose. Dubois résume ce point de vue: “Faire de l’hypnose en sexologie avec le patient désigné limite les résultats, il faut prendre en compte le système couple et faire une thérapie en couple” (Dubois, 2007). La thérapie en couple est toujours indiquée, pour autant que la dynamique relationnelle soit satisfaisante, une thérapie de couple est indiquée si cela n’est pas le cas.

3.2 Hypnose avec le couple

a) L’hypnose avec le couple selon l’approche de Joëlle Mignot

Dans la pratique de Mignot, l’hypnose est utilisée soit avec un seul patient-cible, soit avec les deux simultanément: “Quand la parole ne suffit plus...il est un temps où, ayant fait le bilan avec le couple, et après avoir bien identifié la demande, il est utile d’utiliser l’hypnose à deux comme moyen de se dégager d’un certain nombre de blocages: répétitions, reproches, certitudes, positions trop rigides, etc. Elle permet de sortir de cette impasse en ce qu’elle

propose une approche à la fois centrée sur soi-même dans le vécu du moment, mais inscrite dans la relation et sur l'échange. L'idée est de dégager un temps du réel et du rationnel pour permettre une ouverture et une respiration" (Mignot, 2010, p.127-128).

Joëlle Mignot propose un cadre conceptuel pour le travail avec les couples dans son article "Comment donner du sens au couple..." (Mignot, 2010, p. 124-132). Elle cite Milton Erickson, pour qui le travail en hypnose avec les couples s'inscrit dans une compréhension des différentes sortes d'amour: amour infantile ("je m'aime moi" puis "je m'aime en toi"); l'amour adolescent ("je t'aime parce que tu me plais"); et l'amour adulte ("je veux t'aimer et je souhaite ton bonheur") (Erickson, Milton, "Changer les couples", Conversations avec Milton H. Erickson, Jay Haley, ESF, Paris 1985).

Il existe, selon Mignot, plusieurs grands axes à explorer avec le couple. La place du corps et de la sensualité est abordée, en débutant par une exploration des cinq sens ensemble. Le travail sur la respiration est utile pour passer de l'observation de soi à l'accordage avec l'autre dans un va-et-vient où alternent la relation à soi et avec l'autre. La dimension de l'imaginaire érotique permet une construction et expérience commune en hypnose, en respectant l'imaginaire de chacun, tout n'étant pas révélé à l'autre.

Mignot privilégie trois techniques hypnotiques avec les couples: 1) La régression en âge qui permet d'explorer l'histoire du couple en s'arrêtant sur les images significatives; le travail sur la ligne du temps pouvant inclure aussi une projection dans le futur 2) La métaphore, qui offre une autre approche pour construire une histoire commune en mettant l'accent sur ses aspects symboliques voire en amenant une dimension onirique 3) La dissociation, qui permet d'aller véritablement ressentir le point de vue de l'autre. Cet auteur ajoute que la tendresse et la sexualité du couple peuvent également être imagées et explorées par une transe commune, en vue d'une meilleure intégration. L'observateur caché, oeuvrant souvent comme censeur, peut être interrogé et apaisé. Des mécanismes d'association peuvent être utilisés si une trop grande distance s'est installée entre les partenaires.

b) 'hypnose avec le couple selon l'approche de Cohier-Rahban

Cohier-Rahban pratique de manière similaire à l'auteur précédente, en mettant l'accent sur l'importance d'offrir au couple une expérience commune de transe par son apport sur le corps. Selon elle, l'hypnose avec un couple réintroduit de facto le corps dans la relation. Elle

permet aussi un espace-temps d'une qualité autre, pour reprendre l'analogie de l'état amoureux. Il est ainsi possible de prendre de la distance d'avec le symptôme, d'écouter l'autre là où il en est, de remettre en mouvement la créativité de la relation, y compris au niveau érotique. Cette auteur considère que "le système couple comprend chaque individu et la relation qu'ils ont construite ensemble. Cette relation est à considérer comme un individu à part entière, une entité propre, un système vivant" (Cohier-Rahban, 2010, p. 142).

Dans un exemple de séance de couple, un état hypnotique est induit en posant la question suivante au mari "comment votre corps réagit quand vous pensez ça?" (dans un moment où un le mari exprime une émotion forte). Il s'en suit une exploration et élaboration en hypnose à partir des sensations, en identifiant des événements passés pouvant correspondre à ce même ressenti. La partenaire, qui n'est pas directement interrogée, est par contre invitée au même moment à regarder son conjoint, tout en se centrant également sur ses sensations corporelles. L'auteur précise "j'invite Madame à regarder son conjoint pour deux raisons: l'état hypnotique est contagieux et elle accepte et peut le regarder. Il se laisse regarder alors qu'il a les yeux fermés. Ceci confirme et amplifie la confiance dans leur relation" (Cohier-Rahban, 2010, p. 146). L'hypnose permet ici une centration optimale de chaque personne, libérant chacune des mécanismes de projection et permettant une prise de conscience du monde émotionnel du partenaire, en particulier de sa souffrance.

Un exemple de travail avec la métaphore est également proposé par cette auteur. Les partenaires illustrent leur situation par la construction d'un mur: Monsieur a besoin d'y mettre une fenêtre, Madame trouve qu'il ne s'y prend pas de manière assez concrète ("elle flotte dans le vide"), etc. (Cohier-Rahban, 2010, p. 148). Les images amenées par chacun dans cette collaboration à la construction de la métaphore permettent de reconnaître et d'intégrer les différences en ce qu'elles apportent au couple. À un autre moment de la thérapie de ce couple, un lieu de détente est évoqué et construit, pour permettre le partage d'un moment agréable à deux.

c) L'hypnose avec le couple selon l'approche de Simon et Mimoun

Dans le suivi des couples, Simon et Mimoun effectuent à la fois des séances individuelles avec chaque partenaire, ainsi que des séances de couple. Ils enseignent également au couple "l'auto-hypnose à deux", une fois que l'apprentissage de l'auto-hypnose a

été fait en séances individuelles. Pour l'auto-hypnose à deux, le couple est invité à partager une transe, dans un but commun, dans un aller-retour où chacun amène ses perceptions et son développement à partir d'une expérience commune convenue au départ. Ces auteurs évoquent également la possibilité de "faire l'amour en hypnose," variante de "l'auto-hypnose à deux" (Simon et Mimoun, 2009).

La présence du corps dans l'hypnothérapie avec les couples est manifeste dans une démonstration par Victor Simon lors d'un congrès. Il place deux participants côte à côte sur des chaises avec accoudoirs et ensuite une situation où le couple a vécu un souvenir/lieu agréable est évoquée. Pendant la transe, le thérapeute amène une expérience de catalepsie de la main en levant un avant-bras chez chaque partenaire, du côté le plus proche de l'autre (le bras reste plié et posé sur le coude, main en l'air). Dans l'accompagnement verbal, le thérapeute s'adresse ensuite directement aux deux mains et aux corps, avec des propos suggérant un rapprochement, une communication, une sagesse et des ressources implicites: "le corps sait, le corps trouve des solutions," etc. Parfois les mains se cherchent et se trouvent spontanément, parfois le thérapeute provoque ce rapprochement en guidant concrètement les deux mains l'une vers l'autre jusqu'à ce qu'un contact soit établi (Simon, Atelier sur l'hypnose avec le couple, 2010).

Les hypnothérapeutes cités ci-dessus s'adressent directement au corps dans la prise en charge des couples par l'hypnose: le corps en tant que lieu du ressenti individuel, mais aussi lieu du ressenti du lien avec l'autre; le corps en tant que moyen de joindre l'autre dans un ressenti qui se conjugue à deux par le toucher et par la relation sexuelle. L'utilisation de l'hypnose avec les couples permet d'inclure la dimension corporelle dans la thérapie, plutôt que de se focaliser uniquement sur les pensées et les émotions. L'intérêt d'utiliser l'hypnose pour adresser les aspects sexuels de la relation s'en suit logiquement.

3.3 Couple et sensorialité

Pallatin, dans un article touchant et complet, "Cancer, sexualité et hypnothérapie," propose une série de suggestions visant à aider les couples à retrouver le goût du vivant partagé. Cette approche peut, à mon avis, être tout à fait pertinente aussi pour des couples

souffrant de désir déficient ou absent, sans qu'il ne soit nécessairement question d'atteinte organique. Ces suggestions sont inspirées de trois auteurs, Perel, Chopra et Jansen. (Perel, E., *L'intelligence érotique*, Paris, Robert Laffont, 2007; Chopra D., *Boundless Energy*, London, Rider, 1995, page 11 et Jansen T., *La solution intérieure*, Paris, Pocket Evolution, 2007, cités dans Pallatin, 2009). Il s'agit de :

-“Suggestions pour renforcer le goût pour la sensualité: ...par l'usage de tous nos sens... s'abandonner complètement à la sensation et au plaisir, laisser notre corps et notre âme se remplir de tout ce qui nous comble...aussi partager notre ressenti...en transmettre l'essence...”

-“Suggestions pour réapprendre le toucher, les caresses et l'érotisme sans pratique sexuelle: ...simplement éprouver le désir d'être proche de quelqu'un..., d'être caressé tendrement... d'être touché... nous confondons sexualité et toucher... il est possible de se contenter de toucher le pétale d'une fleur, ...les cheveux de l'être aimé...”

-“Suggestions pour développer l'érotisme sans sexe: métaphore du repas...se réjouir de ses saveurs... sans précipiter le dessert; métaphore de la nourriture du corps... le toucher procure un grand bonheur... besoin de réconfort... (comme) l'eau pour la bouche...(l'air) frais pour respirer...”

-“Suggestions pour développer la complicité et l'intimité: ...avoir une confiance totale en l'autre... être simplement dans son lien avec l'autre... hors de toute contrainte... ce moment de partage où il ne se passe rien d'autre que d'être ensemble...”

-“Suggestions pour se rapprocher de l'autre: imaginez que vous avez fait ce rêve... de vos retrouvailles... vos corps s'embrasaient.. vous vous laissez envahir par l'ivresse... les baisers... vos corps fusionnent.

-“Suggestions pour la pratique de l'amour médecin: ...l'énergie sexuelle est une énergie très puissante et peut-être plus puissante que l'énergie des molécules chimiques... un processus de transformation... le bien-être de ce corps énergétique commun” (Pallatin, 2009, p. 54-58).

Les hypnothérapeutes cités dans ce chapitre ont développé différentes manières de travailler avec les couples. Le cadre varie selon la cible du traitement et la manière de pratiquer

des thérapeutes, mais dans la grande majorité des descriptions de cas cliniques, le partenaire est à un moment donné inclus dans les prises en charge sexologiques. La manière d'appliquer l'hypnose dépend des praticiens: hypnose avec une seule personne (avec ou sans la présence du partenaire) ou hypnose avec le couple en tant que sujet.

Chapitre 4: Techniques d'hypnose actuellement utilisées en sexologie

Ce chapitre présente les techniques hypnotiques comme autant d' "outils" dans la clinique en sexologie et intéressera surtout les praticiens en hypnose. Bioy et al. reconnaissent l'importance du travail d'Aaroz, dont l'ouvrage fait selon eux toujours référence, malgré sa première parution datant de 1982. Son apport original justifie la présentation complète des techniques, ainsi que des développements qu'Aaroz propose dans un article plus récent. Les auteurs francophones présentés puisent abondamment dans les outils proposés par Aaroz. Le travail de ces auteurs est tout de même abordé, dans certains accents ou développements amenés au domaine de l'utilisation de l'hypnose en sexologie. Malgré quelques répétitions difficilement évitables, une attention a été portée à présenter les éléments spécifiques ou la "couleur" particulière proposés par chaque thérapeute. A noter l'innovation amenée par Joëlle Mignot, par la conceptualisation de son travail synthétisé en axes de travail. Le chapitre débute par une synthèse des scripts de transe hypnotique utilisés en sexologie que l'on trouve dans la littérature.

4.1 Scripts courants de trances hypnotiques

Les scripts couramment utilisés en sexologie ont été résumés en "six grandes formes" par Bioy et al. Ces scripts comprennent:

- "Ceux qui proposent une exploration de la *boîte de contrôle* (par une analogie entre le cerveau et un ordinateur; l'exploration de la console permettant d'actionner un barrage ou une écluse, etc.)
- Ceux qui vont plutôt être axés autour de la relaxation ou du contrôle de l'anxiété (couplés à des propositions d'auto-hypnose).
- Ceux qui vont procéder par métaphores, avec des analogies portant sur deux situations contraires comme l'ouverture/la fermeture, la rigidité/le flasque ou encore l'activité/la passivité (mise en scène d'une porte, d'un personnage en pâte à modeler, d'un voyage en tandem avec celui qui est moteur et celui qui peut aider ou se reposer, etc.).
- Ceux qui vont aborder les sensations de plaisir et de sensibilité (en travaillant sur une

partie du corps, comme par exemple la main, pour ensuite déplacer la sensation ailleurs).

-Ceux portant autour de la question de la temporalité et de la performance (avec une mise en scène autour d'un sport relevant de l'athlétisme en mettant en concurrence la construction du mouvement et du parcours et des conditions de la finalité, par exemple).

-Ceux portant sur la vie fantasmatique et la diversité des scénarios (par exemple par jeu autour de la diversité d'un plateau de fruits, puis un déplacement sur le problème en question)" (Bioy et al., 2010, 280-281).

Ces descriptions de scripts sont très succinctes, mais certains seront développés plus amplement dans les sous-chapitres qui suivent.

4.2 Les outils présentés dans *Hypnose et sexologie*, ouvrage pionnier d'Aaroz

Dans cet ouvrage, Aaroz définit trois champs d'application de l'hypnose en sexologie: 1) étiologique ou diagnostique; 2) symptomatique et 3) d'apprentissage par répétition mentale. Ces techniques, livrées par l'auteur comme une "boîte à outils," sont décrites ici de manière schématiques. Cette "boîte à outils" est tantôt rangée par technique, tantôt par trouble sexuel.

a) Les techniques de diagnostic

Ces techniques permettent de manière progressive d'identifier le problème, d'identifier d'éventuelles significations en lien avec l'histoire du patient, et de vérifier si le patient est prêt à s'impliquer et à se défaire du symptôme.

1. "L'examen sexuel imaginaire":

Il est demandé au patient de décrire son corps et de l'évaluer, comme s'il se trouvait devant un miroir à trois faces. Les questions du thérapeute facilitent l'émergence d'associations et l'évocation de souvenirs.

2. "La sagesse subconsciente":

Il est proposé au patient d'imaginer une boule de cristal, un écran, ou un rêve, qui va spontanément révéler différents aspects du problème (ce faisant encourageant la personne à faire confiance aux ressources de l'inconscient). L'expérience peut aussi être vécue en couple, l'une des personnes initiant un contenu et l'autre la rejoignant dans la description de l'histoire

de l'origine du problème.

3. "Le questionnaire idéomoteur":

Par cette technique, on propose au patient, une fois en transe, de répondre à des questions en levant un doigt, en désignant à l'avance quel doigt signifie oui ou non (généralement les indexes droit et gauche). Ceci permet d'interroger l'inconscient ou "esprit intérieur" concernant l'origine du problème par le biais de questions proposées par le thérapeute.

4. "La super-mémoire":

On demande ici au patient de décrire en détail tous les éléments dans son anamnèse et tous les aspects de la relation, qui pourraient de près ou de loin être liés à son problème. Ceci amène une compréhension de la situation qui est en soi thérapeutique. Le partenaire peut être associé à cette exploration.

5. "La vision future":

Il est demandé au patient ou au couple d'imaginer dans tous les détails, quelles seraient les modalités et implications liées à leur situation, une fois le problème résolu, en comparaison avec la situation et le problème tels qu'ils se présentent actuellement.

(Aaroz, 1994, p. 170-174)

b) Technique exploratoire

Il s'agit par une technique dite "thérapie de l'état du moi" d'inviter le patient en transe à laisser apparaître la partie de la personnalité responsable du symptôme sexuel. Un dialogue s'en suit: sur le nom de cette partie, ce qu'elle accompli comme fonction, ce dont elle aurait besoin, quelle solution elle peut proposer, etc.

La technique des "états du moi" peut également faire apparaître et mettre en scène des parties antagonistes à l'intérieur du patient: par exemple l'être symptomatique et l'être non-symptomatique, leur permettre de dialoguer, et aussi d'identifier en quoi la partie de l'être non-symptomatique aurait besoin d'être renforcée pour se passer du symptôme. Une variante serait de travailler avec l'apparition du symptôme sous forme symbolique (forme animale, forme humaine, forme abstraite, etc.) (Aaroz, 1994, p. 179-18, se référant à une technique développée par Watkins, J. dans *The Therapeutic Self*. New York: Human Sciences Press, 1978).

c) Techniques symptomatiques directes

1. "Bien-être et santé":

Des suggestions de fonctionnement sain du corps sont évoquées, par exemple par la métaphore d'un courant ou d'une lumière capables de circuler dans tout le corps et, ce faisant, de potentialiser le fonctionnement sexuel.

2. "Technique de transfert":

Il s'agit d'une technique adaptée de l'hypnose utilisée pour l'analgésie (dans la clinique de la douleur, l'analgésie de la main est induite en hypnose, puis il est suggéré de "transférer" cette sensation à la zone douloureuse). Par cette technique de transfert, il est possible pour le patient d'évoquer une expérience-ressource positive (par exemple de relaxation, d'estime de soi, de force, etc.) de l'approfondir, puis de la "transférer" à la situation sexuelle. Certaines métaphores peuvent servir de ressource et être transférées, par exemple un "arbre majestueux".

3. "La passerelle affective":

Il est demandé au patient de focaliser sur le ressenti désagréable lié à son problème, de permettre à ce ressenti s'intensifier en repérant, quand ils émergent, d'éventuels liens avec une situation antérieure dans sa vie. La situation à l'origine du symptôme ou des situations analogues émergent et peuvent être ainsi élaborées et traitées.

d) Techniques utilisées pour traiter divers troubles du fonctionnement sexuel féminin

L'auteur décrit ici des techniques spécifiques. Il est bien entendu qu'elles sont combinées avec les techniques décrites précédemment.

1. "Trouble vasocongestif" (lubrification absente ou insuffisante):

Aaroz utilise ici "l'imagerie dynamique". Il est proposé à la patiente d'imaginer et d'élaborer un scénario susceptible d'aboutir à une rencontre sexuelle en s'arrêtant sur chaque élément de son désir. Un vocabulaire évocateur est utilisé, créant de facto une ambiance érotique. La salivation est utilisée ici comme base pour la "technique de transfert". La patiente est amenée à découvrir sa capacité à produire une salivation sous hypnose, et par analogie à transférer cette capacité de lubrification à son vagin. Elle est ensuite encouragée à pratiquer cela chez elle, en ne précipitant pas le coït avant d'avoir bien installé la lubrification.

2. Vaginisme:

Les techniques de relaxation et de diagnostic sont utilisées au préalable. Puis il est demandé à la femme de décrire ce qu'elle ressent (une porte qui se ferme, un noeud, etc.) et une modification de l'image problématique est proposée en hypnose, en développant une image compatible avec la pénétration.

3. Anorgasmie (Aaroz préfère le terme de "préorgasmie," selon lui plus porteur d'espoir):

Par "l'excursion corporelle" il est proposé à la femme de visiter l'intérieur de son vagin comme si elle visitait par exemple une grotte. Elle peut mentalement en palper les parois et repérer les endroits suscitant du plaisir. Ces endroits sont imagés (en tant que chose, son, sensation, odeur, couleur, etc.) et intensifiés plusieurs fois. Le partenaire est progressivement inclu dans cette exploration (à la fois dans l'imaginaire et par des exercices à domicile).

4. Dyspareunie:

Dans un premier temps des techniques de relaxation en hypnose sont utilisées, ainsi qu'une évaluation de la qualité de la relation de couple. Un travail sur l'auto-hypnose négative est souvent nécessaire.

5. Manque de plaisir:

Une investigation des causes et de l'étendue de l'insatisfaction doit être faite, avec une évaluation du réalisme des attentes. Par "la manipulation du symptôme" il est possible de développer avec la patiente sa capacité à moduler en les intensifiant certaines sensations qu'elle perçoit dans son corps (température, taille de ses membres) pour ensuite l'amener progressivement à faire de même dans les zones de sensations érotiques. (Aaroz, 1994, p. 193-206)

e) Techniques utilisées pour traiter divers troubles du fonctionnement sexuel masculin

Aaroz insiste ici particulièrement sur l'importance de renforcer l'estime de soi masculine pour assurer le succès d'une sexothérapie, et non de se limiter à une approche sur le symptôme.

1. Troubles vaso-congestifs (érectiles):

Pour les difficultés érectiles, Aaroz propose par "imagerie dynamique", d'installer la reviviscence d'une scène relaxante (non sexuelle) et d'y introduire une figure féminine non

menaçante. Cette figure pourra se rapprocher du patient sur plusieurs séances en augmentant l'aspect érotique de la scène, y associant des suggestions de sensation d'érection. Par analogie, il est aussi possible d'utiliser l'exercice de lévitation du bras, ou la catalepsie d'un doigt qui devient rigide.

2. Dysorgasmie (éjaculation précoce, tardive, absente et rétrograde):

Les aspects relaxants de l'hypnose sont mis en avant pour le traitement de ces troubles ainsi que les techniques de valorisation du moi. L'engourdissement d'un doigt peut être induit, puis transféré par suggestion post-hypnotique à la sensation du pénis. Au moment choisi par le patient, le réinvestissement de toutes les sensations érotiques est ensuite enclenché. Il peut aussi être utile de proposer une transe induisant la notion d'un centre de contrôle dans le cerveau, ce centre contrôlant l'érection et l'éjaculation par le biais de cadrans gradués.

3. Dyspareunie:

Une fois les causes organiques exclues ou traitées, les techniques classiques de gestion de la douleur sont utilisées, telles que le transfert de la sensation d'un membre anesthésié pendant la transe à la zone douloureuse ou le réglage de l'intensité de la douleur en visualisant des cadrans. Une fois la qualité de la relation vérifiée, les mêmes techniques sont utilisées que pour les cas de dyspareunie féminine.

4. Le "plaisir déficient" chez l'homme:

Pour adresser un manque de plaisir, Aaroz propose d'amener le patient à prendre conscience de ses sensations corporelles dans le moment présent (exercice dit de "l'éveil vital") et de l'amener à intensifier la perception de ses sensations. Une analogie est ensuite proposée entre élan vital et élan sexuel, puis il est suggéré que ces sensations se manifesteront lors d'une future rencontre sexuelle. Dans une transe qu'Aaroz nomme "exagération mentale" le patient imagine un scénario sexuel optimal, puis est encouragé à augmenter la sensation de plaisir jusqu'à la limite du supportable, pour ensuite envisager un taux de plaisir supportable pendant un acte sexuel futur. (Aaroz, 1994, p. 208-221)

f) Dysfonctions du désir (chez les deux sexes)

Diverses techniques sont utiles ici, telles que "les états du moi", "la passerelle affective", "le langage du corps", "le symptôme messager" ainsi que le "questionnaire idéomoteur". Le patient peut aussi être amené à visualiser un cadran gradué et coloré (tel qu'utilisé dans

l'apprentissage de la gestion de la douleur), pour régler l'intensité du désir et s'exercer ainsi à une auto-suggestion de cet état. Il peut être utile de proposer une "revivification" d'une expérience ou d'un moment de vie où la personne a pu vivre une sexualité positive. Si aucune expérience positive passée ne peut être évoquée, un scénario peut être créé par le patient ou la patiente, qui s'entraînera ensuite à reproduire cet état. (Aaroz, 1994, p. 225-231)

g) Dysfonctions de l'élaboration sexuelle et culpabilité

Pour remettre en question certaines croyances ou attitudes négatives liées à la sexualité, Aaroz demande au patient d'en établir une liste. Une transe évoquant des personnages représentant une autorité crédible est induite, et ces personnages pourront ensuite instaurer et affirmer des croyances bénéfiques remettant en question les croyances négatives. Si ces croyances ou attitudes négatives sont liées à un aspect spécifique de la sexualité, des connotations positives, voire artistiques (image de coquillage, d'ornement en ivoire, etc.), peuvent être suggérées afin d'obtenir une modification de la croyance ou attitude-cible.

Pour résoudre des sentiments de culpabilité liés à la sexualité, une démarche de "rééducation de l'enfant intérieur" est décrite: d'abord le patient évoque la ou les séquences développementales problématiques dans l'apprentissage de sa sexualité. Le patient adulte est introduit dans les images-souvenir pendant la transe et un dialogue s'instaure entre le patient-adulte et le patient-enfant, permettant d'établir une relation positive entre ces aspects de la personne, permettant une élaboration des besoins, et amenant une nouvelle possibilité de maturité. (Aaroz, 1994, p. 232- 234)

h) Gestion de la colère ou de l'anxiété

Si le patient associe systématiquement l'acte sexuel à un sentiment de colère, une image mentale de sexualité sans colère est entraînée, tout en élaborant par ailleurs autour des circonstances génératrices de cette colère.

Afin de permettre une dissociation entre anxiété et sexualité chez certains patients, Aaroz propose d'évoquer le scénario anxiogène dans tous ses détails, puis de suggérer l'introduction du patient dans son propre scénario en tant que réalisateur du "film", induisant ainsi la possibilité de contrôler et modifier les éléments problématiques.(Aaroz, p. 236-239)

4.3 Aaroz, 2005

Dans cet article Aaroz complète la “caisse à outils” proposée ci-dessus et passe en revue l'utilisation de l'hypnose dans 5 aspects de la sexualité: l'identité de genre, l'orientation sexuelle, les préférences (ou pratiques) sexuelles, le fonctionnement sexuel et les normes ou habitudes sexuelles. L'auteur reprend ici les 5 étapes du développement sexuel humain décrits par Seligman (Seligman, M.E.P. What you can change...and what you can't. New York, Fawcett Columbine, 1993, in Aaroz, 2005).

a) Identité de genre

Pour des patients questionnant leur identité de genre et souhaitant une préparation à un changement de sexe chirurgical, Aaroz propose l'utilisation de l'hypnose pour: explorer la représentation des aspect féminin et masculin dans l'imaginaire du patient; faire l'expérience de l'identité projetée; renforcer la motivation; faire l'apprentissage de la gestion de la douleur et s'entraîner mentalement à s'adapter à la nouvelle situation. La technique utilisée au départ consiste en une exploration approfondie de chaque aspect de la personnalité (technique de la thérapie des parties du moi, décrite précédemment), dans ce cas le patient en tant qu'homme et en tant que femme. Le patient commence, sous hypnose, par imaginer la personnalité correspondant à son sexe biologique, est encouragé à percevoir le discours de ce “personnage” concernant sa sexualité et surtout son ressenti. La même expérience est répétée en se centrant sur le “personnage” de sexe opposé. A partir de ces deux personnages internes, il est proposé au patient de se projeter dans le futur, et d'effectuer une répétition mentale afin de préparer au mieux les changements à venir.

b) Orientation sexuelle

Les techniques d'exploration des parties de la personnalité et de répétition mentale sont également utiles avec des patients questionnant leur orientation sexuelle. Se mettre à l'écoute des “parties de la personnalité” permet en effet d'apaiser le conflit interne et d'amener une acceptation progressive de la légitimité de l'expérience du désir sexuel pour une personne du même sexe.

c) Pratiques sexuelles

Les mêmes techniques sont présentées dans le traitement des pratiques sexuelles limitatives (par exemple dans la vignette clinique citée, il s'agit d'une femme focalisant

exclusivement sur la stimulation anale, ce qui pose problème dans son couple). Aaroz utilise la technique des états du moi pour obtenir une prise de conscience du fonctionnement de la partie qui domine, ce qui permet de faire des liens avec le passé si cette partie est restée figée dans un comportement lié à l'enfance. Une autre partie plus adulte de la personne peut émerger pendant la transe: dans cet exemple clinique, la partie plus mûre permet à la patiente de remettre en question certaines croyances et jugements antérieurs et donc d'élargir les possibilités de pratiques sexuelles. Ces nouvelles possibilités peuvent ensuite être renforcées par la technique de la répétition mentale.

d) Fonctionnalité sexuelle

Aaroz définit la fonctionnalité sexuelle par les étapes suivantes: désir, excitation, préliminaires, orgasme et "processing" (l'intégration de l'expérience a posteriori). Il inclut également la masturbation dans la fonctionnalité sexuelle.

Pour les troubles du désir, le point de départ sera une expérience sexuelle antérieure positive. Si le patient n'a aucune expérience positive, on lui propose d'imaginer une personne qu'il admire en tant que personne sexuellement saine. Si le désir est très inhibé, l'accent est mis sur un lent apprentissage de repérage d'expériences sensorielles agréables, à commencer par la respiration et la relaxation. Si l'étiologie du trouble est d'origine traumatique, cet événement est traité en premier.

Dans les cas de sexualité compulsive, les personnes présentant un désir obsessionnel sont amenées à explorer la partie qui est plus compulsive et la partie qui est plus rationnelle en eux, de manière à augmenter la capacité de contrôle.

Les troubles découlant d'une excitation non maîtrisée sont souvent liés à des facteurs de stress et d'anxiété, ces derniers pouvant être adressés de facto par l'aspect relaxant de l'hypnose. Dans la prise en charge de ces troubles, les "parties de l'ego" peuvent être interrogées et ainsi amener une prise de conscience des thématiques liées au problème (mauvaise image de soi, peur de l'intimité, etc.). L'association d'une couleur à l'image négative représentant le problème-cible peut être proposée aux femmes souffrant de vaginisme, en leur suggérant par la suite un éclaircissement et égayement de cette couleur qui s'avère en général initialement sombre, suggérant ainsi une amélioration et un espoir possibles.

Les mêmes techniques de "parties de l'ego" et "répétition mentale" sont utilisées par

Aaroz dans les difficultés à engager dans des préliminaires à la pénétration, dans des difficultés à l'orgasme, et les évaluations négatives post-relation sexuelle.

Une autre technique se trouve mentionnée dans cet article: demander au patient quelle image ou comparaison (analogie ou métaphore) émerge en lien avec la problématique. Cet image donnera des informations précieuses au thérapeute et peut servir de point de départ pour une transe d'exploration avec possibilité de modifier l'expérience en trouvant ou plutôt en laissant émerger des solutions.

4.4 Apport de Joëlle Mignot

Joëlle Mignot conceptualise son approche en définissant des d'axes de travail. Ces axes sont décrits dans le travail avec les femmes, ainsi qu'avec les hommes souffrant d'éjaculation précoce.

a) Sexualité féminine

Dans son article "Retisser la sexualité féminine" Mignot propose quatre axes de travail en hypnose avec les femmes: l'axe corporel, l'axe de l'imaginaire, le travail sur le temps et la dissociation et association.

L'axe corporel propose à la patiente de créer une "cartographie" du corps. La conscience corporelle interne se développe en portant attention à la tonicité, la visualisation des parties du corps qui semblent plus éclairées ou plus obscures, ceci amenant une mise en "relief" des différentes parties du corps, y compris les parties oubliées ou qui semblent inexistantes. Un travail sur la sensorialité par l'exploration des cinq sens puis par l'apprivoisement de l'excitation sexuelle peut également se faire. La respiration en hypnose peut être dirigée vers différentes parties du corps et ainsi en modifier la perception, la respiration abdominale étant particulièrement utile pour la perception du bassin. Un dialogue entre différentes parties du corps peut aussi être indiqué.

L'axe de l'imaginaire permet d'accéder à la dimension du sens. Par l'imaginaire, il est possible d'accéder aux ressources de la personne, soit par des souvenirs d'expériences positives pouvant nourrir l'érotisme, soit par différentes métaphores.

L'axe temporel va permettre d'investiguer par régression en âge les différents éléments constituant la sexualité. L'anticipation négative souvent présente peut aussi être adressée. Il

peut être utile également de faire un travail sur la perception temporelle dans la réduction des séquelles d'événements traumatiques. La notion de dissociation et d'association est présente dans chacun de ces axes (Mignot, 2011, p.79-84).

b) Ejaculation précoce

Nous retrouvons les mêmes axes dans un article de Joëlle Mignot prônant une approche comprenant 7 "voies d'accès" pour les hommes sujets à l'éjaculation précoce. Il s'agit de: 1) la prise de conscience du corps dans sa globalité et la prise de conscience du "corps sexuel" par un travail sur la respiration et par un travail utilisant la "passerelle" (ou aller-retour) entre représentation et sensation 2) un travail sur l'excitation sexuelle au niveau du sens et des représentations (par exemple le clivage femme mère-pute) 3) un travail d'expansion de la perception des notions du temps et de l'espace 4) un travail sur "l'anxiété et l'alexithymie et leur cousin l'évitement" 5) l'apprentissage d'une alternance voulue entre dissociation et association afin de moduler l'excitation sexuelle 6) l'investigation de la relation à la femme 7) la construction de nouvelles métaphores (Mignot, 2011, p. 102-113).

4.5 Apport de Simon et Mimoun

Simon et Mimoun présentent une approche de l'hypnose "très centrée sur les langages du corps plutôt que sur l'imaginaire et ses fantasmes" (Simon et Mimoun, 2009, p.30). Ici le thérapeute propose au patient "...de laisser exprimer ses affects, ses sensations corporelles afin de mettre à jour et susciter sa capacité de réponse somatique et émotionnelle, en explorer le sens par la pression, contre-pression, striction, sur les zones où le patient signale des sensations douloureuses" (Simon et Mimoun, 2009, p.41).

Par exemple dans une description de cas, une femme exprime pendant la transe un sentiment d'oppression dans la poitrine en évoquant sa manière de contrôler excessivement ses conquêtes masculines. Cette sensation rappelle à la patiente la présence de son père à l'adolescence, père vécu comme envahissant, invasif et surprotecteur. Le thérapeute applique alors sa propre main à l'endroit cité, et la patiente réagit en la repoussant, mettant ainsi symboliquement à distance la relation paternelle (Simoun et Mimoun, 2009, p. 43). Dans cette méthode le thérapeute touche la patiente de manière à amplifier un sentiment d'oppression existant, ce qui dépasse la pratique usuelle de l'hypnose (les modalités d'une démarche

hypnothérapeutique incluant cette utilisation du toucher par le thérapeute devraient être définies de manière plus explicite, ce qui dépasse le cadre de ce travail).

Simon et Mimoun intègrent la méthode sexocorporelle de bascule du bassin, développée par Jean-Yves Desjardins, à l'hypnose: "une fois la méthode apprise, on la revit en hypnose. Tout comme le sportif de haut niveau revoit les mouvements qu'il doit faire pour les intégrer complètement et les percevoir intimement, le patient en transe hypnotique vit intimement le rapport sexuel" (Simon et Mimoun, 2009, p. 78).

Ces auteurs font également la part belle à l'utilisation de la métaphore. Celle-ci peut découler d'une image proposée par le patient comme dans le cas cité d'un homme souffrant d'éjaculation précoce qui évoque l'image une voiture décapotable défectueuse conduite par sa femme. Dans la transe hypnotique et en suivant les suggestions du thérapeute, ce patient reprend progressivement les commandes de son "véhicule" à un rythme qui lui convient (Simon et Mimoun, 2009, p. 30-32). Les métaphores peuvent également être proposées par le thérapeute. Selon ces auteurs "la métaphore colle à la peau du problème; il existe une liaison directe entre la métaphore thérapeutique et le symptôme: le système analogique de l'inconscient...En écoutant le praticien, le patient s'identifie à la situation décrite, sans pour autant se sentir impliqué: il l'est pourtant malgré lui, ou plutôt grâce à son inconscient" (Simon et Mimoun, p. 37). De multiples exemples de métaphores sont proposés: métaphore du chêne et du roseau (pour un trouble érectile), péniche approchant une écluse (éjaculation retardée), exploration d'une grotte (vaginisme), etc.

4.6 Apport de Tordjemann

Cet auteur reprend également pour la plupart les outils proposés par Aaroz, jusque dans sa manière de classer les différentes techniques. Certains développements sont néanmoins intéressants, notamment la notion de relier de manière explicite le corps et l'esprit.

"Connecter le corps et l'esprit"

Tordjemann propose un exercice qu'il nomme "pont somatique": à partir du ressenti du corps, le patient est invité à laisser librement émerger ses pensées, images et émotions. Cette méthode est selon lui utile avec les patients qui peinent à évoquer un contenu psychique. A l'inverse, le "pont des affects" prend appui sur une émotion, en proposant au patient d'y

associer une sensation corporelle, de situer dans son corps l'écho sensoriel qui pourrait correspondre à une émotion, image et/ou pensée données. Ceci permet d'identifier les sensations corporelles qui seraient les conséquences de messages sur soi et d'émotions. Selon Tordjemann, cette connexion corps-esprit est nécessaire pour permettre l'évolution d'un symptôme, car elle permet d'accéder à une compréhension plus approfondie et une relation à soi plus complète (Tordjemann, p. 101-109).

“Neutraliser les affects négatifs”

Pour identifier et mieux gérer l'effet perturbateur de pensées parasites, Tordjemann propose un exercice spécifique. Contre ce “vagabondage de l'esprit” il propose d'identifier les pensées et suggère l'autohypnose comme antidote. Ici la technique de l'autohypnose consiste à compter à rebours de 20 à 0 en imaginant inscrire chaque nombre sur un tableau noir et en le prononçant (en nommant un seul chiffre par inspiration). Une fois les pensées repérées, il est suggéré de les laisser passer, comme des bulles qui “éclatent en surface” (Tordjemann, 2001, p. 115).

Un autre exercice, “l'abréaction silencieuse” est considéré comme particulièrement utile en cas de sentiments d'agressivité. Il est proposé au patient de projeter sur un écran TV imaginaire des scènes lui permettant d'exprimer son émotion à travers des actes, avec une intensité dépassant la censure habituellement acceptable (Tordjemann, 2001, p. 110-111), ceci amenant un soulagement cathartique et également une image de soi plus affirmée.

4.7 Apport de Gorisse

Les études de cas présentées par Gorisse s'inspirent pour la plupart d'outils répertoriés par Aaroz. Dans une description de cas où il aborde un problème d'impuissance masculine secondaire (problème survenant avec une jeune épouse uniquement, le mari étant habitué aux rapports sexuels avec des prostituées) il utilise le recadrage verbal (en dédramatisant) ainsi qu'une prescription d'expérience de plaisir (caresses sans pénétration) avec l'injonction de ne pas prêter attention à la présence ou non d'érection. Il ajoute des séances d'entraînement à la visualisation d'un rapport coïtal réussi avec l'épouse, suggérant des mots associés au calme, à la détente et au plaisir (Gorisse, 2000, p.21-27).

Pour traiter un cas d'anorgasmie féminine (dans ce cas il s'agit d'anorgasmie avec

partenaire uniquement, la patiente y parvenant par masturbation) le thérapeute demande à l'inconscient du patient de fournir des scènes du passé susceptibles d'être à l'origine de la problématique. Il s'en suit un entraînement par le biais de la visualisation à l'expérience positive de rapports sexuels, en ajoutant une augmentation progressive des sensations agréables (sans se préoccuper d'orgasme), le thérapeute introduisant dans la transe l'intensification de l'excitation par paliers en citant les chiffres de 1 à 10 (Gorisse, 2000, p. 32-40).

Ce thérapeute utilise aussi l'hypnoanalyse pour explorer le vécu des patients autour de la sexualité, tout en se servant d'outils spécifiques pour modifier les symptômes-cible. Il souligne également la fréquence du manque d'assurance du moi en lien avec les troubles sexuels et l'importance de renforcer l'estime de soi dans ces traitements. Gorisse intègre des jeux de rôle soit directement dans la séance, soit en hypnose, dans le but de renforcer le moi.

L'entraînement à la respiration profonde fait également parfois partie des traitements, notamment en cas de vaginisme. Pour cet auteur, l'hypnose est particulièrement efficace dans le traitement des troubles sexuels: "cette méthode permet de rechercher rapidement les informations nécessaires au bon déroulement de la psychothérapie, par exemple les inhibitions et les blocages éventuels, c'est-à-dire la cause du symptôme. Elle permet également de restructurer l'inconscient en lui donnant des suggestions post-hypnotiques" (Gorisse, 2000, p.119).

4.8 Apport de Djayabala et al.

Les auteurs réunis par Varma Djayabala dans les *Actes du deuxième Congrès de l'Association Européenne des Praticiens d'Hypnose* utilisent eux aussi les outils répertoriés par Aaroz, parfois sous d'autres appellations. Par exemple, des méthodes décrites comme relevant de l' "hypno-analyse" dans l'ouvrage de Djayabala sont répertoriées par Aaroz en tant qu'outils "diagnostiques". Le "pont des affects" est abondamment utilisé par ces auteurs dans la recherche de lien entre le symptôme et des événements antérieurs dans la vie du patient.

Djayabala et.al ajoutent une technique dite de "stimulation alternée" pour désamorcer la charge émotionnelle négative associée à un souvenir. Le patient est amené à évoquer un souvenir qui interfère dans son fonctionnement sexuel. Le thérapeute stimule ensuite

alternativement les deux côtés du corps du patient (par les canaux auditifs, oculaires ou tactiles) pendant que le patient est en transe, ce qui amènerait progressivement une atténuation de la charge émotionnelle négative associée à l'événement-cible.

Rassel reprend l'exercice classique de l'induction de la catalepsie d'un bras en l'associant ici au traitement de dysfonctions érectiles. Il suggère au patient que son bras se raidit et se lève: "J'attire son attention sur le fait que plus il essaye de le fléchir, plus son bras devient raide....(selon) la loi de l'effet inverse...plus on s'efforce de faire quelque chose, plus c'est difficile d'y parvenir" (Rassel, 2009, p.67).

En partant de l'ouvrage incontournable d'Aaroz, ce chapitre a présenté différents outils hypnotiques utilisés actuellement dans le traitement des troubles sexologiques. La description de chaque outil est condensée, le but de ce "catalogue" étant surtout de fournir un inventaire des applications concrètes possibles dans ce domaine.

PARTIE III: Présentation de cas

Après une explication concernant la méthodologie et le choix du cas, la thérapie est présentée en débutant par l'anamnèse et la description de la problématique, suivi par un résumé chronologique des séances. Cette dernière partie se termine sur une discussion mettant en lien la présentation de cas et les éléments présentés au préalable dans ce travail de recherche.

Méthodologie

Dans le bilan du suivi fait à la dernière séance, deux questions ouvertes ont été posées: "quels ont été les moments importants pour vous dans votre thérapie?" et "comment avez-vous vécu les expériences d'hypnose au cours de votre thérapie?" afin de permettre l'utilisation d'informations concernant sa thérapie à des buts de formation, l'accord écrit de la patiente a été demandé à la fin de la dernière séance.

Choix de la situation et diagnostique

Ce cas illustre l'utilisation de l'hypnose dans une problématique relevant de plusieurs aspects du champs de la sexologie: dyspareunie, conflits liés à l'identité de genre, désir d'enfant, douleurs dues à une endométriose. La plainte de la patiente correspond aux critères diagnostiques de la CIM 10 pour "Dyspareunie non organique" (F52.6), des douleurs pendant la pénétration amenant une insatisfaction au niveau de la sexualité. Cette thérapie permet également de démontrer comment une demande initiale comprenant des attentes "magiques" autour de l'hypnose est adressée.

Anamnèse, problématique et première impression

Il s'agit d'une femme de 35 ans, mariée, sans enfant, travaillant comme indépendante dans une profession traditionnellement réservée aux hommes. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois. La relation avec le père est marquée par le conflit, celui-ci étant selon la patiente "rigide dans ses opinions, autoritaire et dénigrant envers les femmes." La relation avec la mère est meilleure mais celle-ci est décrite par la patiente comme trop soumise à son mari. Depuis toute

petite, la patiente dit avoir souhaité être un garçon. Elle a opté pour une position d'opposition à l'autorité paternelle, adoptant une profession et des attitudes plutôt masculines pour se valoriser, et prenant souvent la défense de sa mère et de la fratrie. Elle dit avoir systématiquement choisi la difficulté et l'épreuve dans son parcours scolaire (études supérieures et bilingues) et professionnel. La relation avec son mari est décrite comme bonne, avec un dialogue de qualité, de l'entre-aide et des projets communs. Les loisirs sont plutôt actifs: rénovation d'un chalet, sports d'endurance. La situation professionnelle est bonne également, mais éprouvante. Au niveau émotionnel, la patiente se décrit comme hypersensible et souvent proche des larmes, ce qu'elle tente de contrôler par des attitudes opposées: raisonnement logique et répression de son ressenti, tout en avouant que cet état de conflit interne l'épuise.

P consulte par intérêt pour l'hypnose, ayant lu un ouvrage évoquant la guérison de maux physiques par l'identification de causes d'origine psychiques. Elle se plaint de dyspareunie lors de la pénétration: les douleurs sont apparues dès les premiers rapports sexuels. Ces douleurs apparaissent surtout quand la lubrification est insuffisante, ou la pénétration "trop brutale". La patiente souffre également d'endométriose depuis juin 2009, ayant arrêté la contraception orale un an auparavant. Au début du suivi, P hésite à se soumettre à une opération pour traiter l'endométriose, cette intervention étant sans garantie de succès et perçue comme invasive. Elle consulte régulièrement une naturopathe, un médecin chinois et divers thérapeutes, et met beaucoup d'efforts dans la quête de la cause de son problème. Depuis 2009 elle pratique régulièrement la méditation et le Chi Gong. Dans une même logique cherchant à vaincre le corps par la maîtrise de l'esprit, elle a participé à des week-ends de médecine Ayurvédique pendant lesquels elle a appris à entrer en transe et a marché pieds nus sur des braises.

P donne une première impression plutôt androgyne (habillement unisexe, sans touche féminine). Le visage est crispé, elle pleure abondamment pendant les premiers entretiens. La douleur de l'endométriose est souvent invalidante au niveau professionnel et relationnel, et affecte son estime d'elle-même et ses projets d'avoir un enfant: "pourquoi une nouvelle âme voudrait-elle venir dans toute cette douleur!?" La douleur chronique affecte son humeur et l'épuise. La patiente frappe par sa détermination pour une recherche quasi obsessionnelle d'explication: utiliser l'hypnose pour chercher la cause psychologique de son endométriose, en

guérir et pouvoir avoir un enfant est la seule issue envisageable selon elle. Elle se décrit comme un bulldog “quand je mords je ne lâche plus, si je lâche, je ne reprends plus.” Le projet d’enfant est important pour son mari également. Des démarches en vue d’une adoption sont envisagées.

Résumé des entretiens

Premiers entretiens:

Trois entretiens sont consacrés à l’anamnèse et à amener progressivement un recadrage de la demande. Une explication est donnée sur la manière dont l’hypnose peut être utile dans son cas: non pas nécessairement pour en trouver la “cause” mais plutôt pour “explorer sa relation avec elle même”, “explorer son identité de femme”, permettre de “mieux gérer la douleur,” et obtenir “une meilleure intégration des les conflits intérieurs”. Un langage métaphorique évoquant le “mystère de la vie et son flux”, l’imprévu, la surprise, l’ouverture à la variété des solutions, est utilisé. La nécessité d’assouplir sa vision de l’issue de la thérapie et de pouvoir accepter d’envisager la possibilité qu’elle puisse ne pas avoir d’enfant par procréation est également abordé. Une approche par “hypnose corporelle” lui est proposée, dans une démarche intégrative qui contraste avec son attitude de contrôle cherchant habituellement à utiliser le psychisme “contre” le corps. Cette proposition est acceptée.

Quatrième entretien:

La priorité de la patiente pour cette séance est la gestion de la douleur. Pendant cette séance, une transe est induite par l’attention au corps: les zones habituelles de la douleur sont “visitées” par le souffle. A chaque inspiration, la patiente est invitée à imaginer qu’elle “envoie son souffle sur l’endroit douloureux, dans la zone douloureuse...”; elle peut si elle le souhaite imaginer ce souffle coloré par une couleur apaisante. Elle est encouragée à pratiquer cela jusqu’à la séance suivante.

Cinquième entretien:

La patiente a pu pratiquer l’exercice proposé et la gestion de la douleur est reportée meilleure, jusqu’à un certain seuil de douleur. Nous revenons sur son identité de femme. Elle parle de “verrouillage du patriarcat” dans sa famille et également dans la famille de son mari, où il est très difficile de “laisser entrer” le changement. Elle décrit une enfance où elle était

entourée de garçons, et se souvient avoir catégoriquement refusé d'enfiler une robe que sa mère voulait qu'elle porte. Les premières règles sont vécues comme traumatisantes et honteuses, associées de suite à des douleurs. Le développement mammaire a également occasionné de la honte.

Dans la transe de cette séance, la patiente (couchée) est invitée à laisser sa respiration descendre dans son bas-ventre, de "visiter" ses organes de femme avec le souffle, de recevoir et laisser entrer l'inspiration "comme une vague". Des mots connotant réceptivité, ouverture et féminité sont utilisés. Elle est invitée également à ajouter une légère "palpitation" en serrant et relâchant le périnée, en rythme avec le souffle (ouverture sur l'inspiration, léger serrement sur l'expiration), afin "d'éveiller une sensation de réceptivité active" et aussi de laisser venir une image qui corresponde à cette sensation d'ouverture (elle choisit une fleur). A la fin, la patiente dira "je sens une douceur autour, c'est comme si mes organes féminins existent. Avant, ils n'existaient pas et avec la douleur je bloque (elle fait un geste tranchant avec le plat de la main, au niveau du plexus solaire)."

La patiente est invitée à pratiquer jusqu'à la séance suivante "cet exercice qui permet aux femmes d'habiter la sensation de réceptivité active" y compris lors des rapports sexuels (il m'a semblé important de connoter "réceptivité" avec "actif", vu le besoin de contrôle de la patiente).

Sixième entretien:

La patiente a pensé à respirer et à "s'ouvrir" pendant les rapports et n'a plus de douleurs liées à la pénétration. Elle rapporte: "ça m'a fait rentrer en moi, m'écouter. Ce n'était pas le cas avant. J'étais centrée sur mon partenaire et centrée sur l'idée ça va faire mal."

P s'interroge sur d'éventuelles peurs inconscientes: "est-ce que j'ai peur de mourir en couches?" "est-ce que j'ai peur d'avoir un enfant?" Je lui propose une transe pour explorer sa représentation de la maternité, en utilisant la métaphore de la grotte (métaphore d'un lieu de gestation, de l'inconscient, d'un lieu primitif où siège l'instinct, image symbolisant le mystère féminin). Elle est invitée, une fois la transe induite, à entrer dans une "grotte où se trouvent des femmes de tous âges, ayant vécu toutes les expériences possibles liées à la maternité (beaucoup ou peu d'enfants, pas d'enfants, enfants qui meurent, toutes sortes de vécus de femmes liées à la vie et à la mort)." Elle est au centre de ce cercle de femmes. Il est suggéré

qu'elle peut si elle le souhaite, leur poser des questions sur ce qui la concerne. Cette expérience s'avère très puissante pour P qui se sent pour la première fois "faire partie d'un monde de femmes."

Septième entretien:

La patiente parle du conflit intérieur entre sa partie émotive et son exigence d'être "hyper performante." Elle se souvient quand, enfant, des peurs lui causaient des douleurs intestinales. Son émotivité a souvent été difficile à gérer: cela déborde soit par des irruptions de larmes, soit par des explosions de colère. Depuis le début du suivi elle remarque qu'elle est plus attentive à ses émotions, et que leur intensité la dépasse beaucoup moins.

Une transe sur l'exploration des "états du moi" lui est proposée. La "partie émotive" se présente comme un voile avec les qualificatifs "fraîche", "joyeuse," "discrète", "de couleur changeante blanche ou verte". La partie qu'elle désigne comme "hyper performante ou il-faut-être-parfaite" est une présence très différente: "plus lourde", "statique", "volumineuse", "angulaire," "dense," "un plot". Un dialogue s'instaure entre les deux parties et la "partie hyper performante" accepte à la fin que la "partie joie" soit dorénavant invitée à accompagner la patiente à son travail.

Huitième entretien:

P évoque à nouveau à quel point c'est encombrant d'avoir des émotions quand on doit fonctionner dans une profession exigeant de se positionner face à des hommes, et qu'elle ne sait pas comment intégrer son sentiment de vulnérabilité dans ce quotidien. Une discussion s'en suit autour de la notion de vulnérabilité-sensibilité en tant que ressource (recadrage). Aussi, une distinction est faite entre les notions de "rôle" et de "personne." Ceci permet à P de réaliser qu'elle a tendance à trop s'impliquer émotionnellement dans son travail. Elle entrevoit une possibilité de dissociation positive entre son rôle professionnel et son vécu émotionnel.

Neuvième entretien:

P est en attente d'une opération pour traiter son endométriose. Elle évoque plusieurs antécédents d'opérations chirurgicales et de douleur liées à ces événements, pleure en évoquant l'atteinte à son intégrité corporelle et exprime également des craintes de possibles séquelles sur le fonctionnement intestinal. Je lui propose une transe de centration sur son ressenti corporel, en laissant "circuler" ses émotions grâce à la respiration et en "visitant" les

parties de son corps qui ne sont pas en souffrance. Pendant la transe, son visage est crispé, marqué par la souffrance. Après la transe, elle dit avoir eu “des images bizarres d’accouchements”. Elle enchaîne en parlant de la distance qu’elle a commencé à mettre dans la relation avec sa mère. Elle évoque également l’histoire gynécologique de sa mère qui dans la trentaine a dû avoir une ablation de l’utérus et des ovaires en raison d’hémorragies mensuelles conséquentes. Elle mentionne également que ses parents ne comprennent pas la complexité du problème d’endométriose et qu’elle ne se sent pas soutenue.

Dixième entretien:

P revient sur la relation avec sa famille, s’étant rendu compte qu’elle tient ses parents au courant d’une foule de détails intimes et que les contacts avec eux, ainsi qu’avec sa grand-mère, sont très fréquents. Elle décide qu’il est plus important pour elle d’investir sa relation avec son mari dans un rôle de femme et d’épouse plutôt que de mettre l’accent sur sa place de fille de ses parents. Elle autorise également son mari se positionner parfois dans un rôle parfois protecteur, plutôt que d’être rigoureusement autonome comme elle le faisait auparavant, ce qui induit une dynamique plus sexuée dans le couple.

Onzième entretien:

Nous faisons un bilan du suivi jusqu’à ce jour. La relation au temps a changé: auparavant la priorité était à la rentabilité et l’efficacité. Maintenant, P s’accorde plus de temps pour elle-même (par exemple prendre des pauses, boire si elle a soif) et pour ses relations (par exemple parler à sa voisine). Elle ressent plus de douceur et de féminité dans son image d’elle-même. Ceci se reflète d’ailleurs dans son apparence (vêtements, gestuelle) et je lui en fais part. Elle parvient à se positionner de manière plus claire au niveau professionnel, alors qu’avant elle oscillait entre laisser des limites être outrepassées et un positionnement conflictuel voir agressif. Elle dit s’exprimer avec plus de féminité dans son attitude. Les relations sexuelles se passent mieux, et il n’y a quasi plus de douleur à la pénétration.

Douzième au quinzième entretiens:

Ces entretiens sont consacrés à la préparation par l’hypnose à l’opération. L’opération durera 11 heures et se passera bien (ablation de 20 cm d’intestin). Une deuxième opération est prévue pour dégager les trompes de l’endométriose et permettre par la suite une démarche de procréation assistée.

Seizième entretien:

Nous abordons son désir de grossesse et sa détresse face à l'injonction de sa naturopathe qui lui dit "d'arrêter de vouloir un bébé" (dans l'idée que son désir est trop insistant et donc empêche la conception). Sans contrer les dires de cette thérapeute, je propose une transe qui évoque son parcours de vie, en introduisant une métaphore des "carrefours des possibilités" (dans l'idée que chaque fois qu'un choix est fait, il y aurait eu d'autres issues possibles) et en utilisant un vocabulaire empreint de notions de richesse par la diversité, de variété des issues et solutions pouvant se présenter, de réceptivité à l'imprévu, au mystère et à la surprise, etc.

Dix-septième au vingt-deuxième entretiens:

Ces entretiens sont consacrés à la relation conflictuelle avec son père. Elle aborde également un problème d'alcoolisations ponctuelles mais importantes chez son mari, ce qui la met dans un état de stress qu'elle ne parvient plus à supporter. Je lui donne l'adresse d'un collègue qui pourra recevoir le couple pour adresser ce problème d'alcool.

Vingt-troisième et dernier entretien:

La patiente a subi une deuxième opération et n'a plus de douleurs dues à l'endométriose. Elle est engagée dans un projet de fécondation in vitro, avec en parallèle un projet d'adoption. La relation avec son mari s'est améliorée et le problème d'alcool est stabilisé. Elle se sent mieux et souhaite faire une "pause" dans ses thérapies.

Résultats et discussion

Il a été demandé à la patiente en guise de bilan quels ont été les moments importants pour elle dans la thérapie. Elle évoque la transe où elle a été incluse dans un "cercle de femmes". Ce sentiment d'appartenance, de pouvoir d'être une femme parmi d'autres, l'a selon elle aidé à la fois pour sa propre féminité et dans sa relation avec les autres. Par rapport à la transe qui évoquait le conflit intérieur entre son côté hyper performant et son côté plus doux, il lui reste une impression de "beaucoup de lumière, quelque chose de léger, qui se rappelle à mon bon souvenir dans le tous les jours." Elle résume son expérience d'hypnose en évoquant la surprise: "C'était surprenant, une connexion, un monde qui se crée...et la surprise est en elle-même crée un déclic. C'est presque plus fort que d'avoir marché sur le feu."

La thérapie de P met en évidence plusieurs aspects importants dans l'utilisation de l'hypnose. La clarification de la demande est importante. Comme le souligne Lepoint, quand les patients sont convaincus que l'hypnose apportera la solution en révélant le "pourquoi du problème", il est nécessaire de recadrer en proposant de l'utiliser plutôt comme un outil au service de "la conquête du comment": un outil qui s'inscrit dans une démarche qui aura pour but d'élargir leur compréhension et d'amener une amélioration à leur problématique (Lepoint, 2011, p. 33). L'aspect systémique a été présent dans ce suivi, dans l'exploration et la remise en question de la relation à la famille d'origine et le rapprochement de la relation de couple.

La prise en charge a permis à la patiente de résoudre son problème de dyspareunie, par repérage sensoriel doublé d'un travail sur la représentation de ses organes sexuels et d'un travail sur la respiration. L'identité de genre a été explorée par la métaphore, ainsi que la transe sur les "états du moi", ce qui a amené une amélioration de la relation de couple, un assouplissement du fonctionnement global du fait d'un sentiment d'apaisement et d'acceptation dans la relation à soi. Ce travail d'intégration a amené une diminution du clivage intra-psychique entre masculin/féminin, corps/esprit, côtés rationnel/émotionnel. Le fonctionnement général de la patiente s'en est trouvé amélioré: gestion du temps plus souple, diminution des conflits et amélioration de la communication. L'apprentissage de l'autohypnose à but d'antalgie a amené un léger soulagement dans la perception de la douleur et une diminution de l'angoisse pré-opératoire. La patiente a également assoupli son attitude par rapport à certains aspects de sa vie: elle a progressé dans l'acceptation de l'éventualité de ne pas pouvoir donner naissance à un enfant, tout comme elle a pu accepter de renoncer à sa quête quasi obsessionnelle cherchant à trouver la "cause" de l'endométriose.

Le suivi de P démontre l'intégration de l'approche centrée sur la personne, de l'hypnose et de la sexologie. Un soin particulier a été amené en début de suivi sur la clarification de la demande, élargissant le projet thérapeutique à une exploration de la relation à soi par le biais de l'attention au corps et aux pensées et images associées au ressenti. En début de chaque entretien, l'attention a été portée là où la patiente le souhaitait sur le moment. Les "cibles" du traitement ont été adressées en fonction du matériel amené par la patiente. Différents outils d'hypnose ont été utilisés: trances utilisant la métaphore, trances à but d'association ou de dissociation, trances à but d'antalgie, repérage sensoriel. L'effet général de l'hypnose en tant

qu'activation des ressources inconscientes de la personne se reflète dans les propos de la patiente. Elle évoque son étonnement face à la spontanéité et l'intensité des images et sensations pendant les trances, le fait même de cette surprise ayant amené pour elle un changement ou "déclat".

La réflexion autour de cette présentation de cas met en évidence l'étendue du champ de ce qui relève de la sexologie. En partant de symptômes (douleurs dues à la dyspareunie et l'endométriose), un élargissement à la notion d'identité de genre, à la relation à soi et aux autres s'en est suivi. Les résultats positifs sur les symptômes initiaux se sont généralisés dans le fonctionnement global de la patiente.

CONCLUSION

Ce travail de recherche a permis de répondre aux questions posées initialement, amenant un étayage théorique à la pratique de l'hypnose en sexologie dans le contexte d'une pratique d'orientation centrée sur la personne. Les aspects relevant du cadre, de la méthode et des outils spécifiques de l'hypnose utilisés pour traiter des problématiques sexuelles ont été passés en revue, et la mise en pratique de ce matériel illustrée par la présentation de cas.

Une limite de ce travail se trouve dans l'absence d'études contrôlées et dans l'impossibilité de distinguer la pratique de l'hypnose des phénomènes hypnotiques inhérents à d'autres types de techniques. Selon Aaroz : "Les preuves de l'efficacité de l'hypnose en sexothérapie sont difficiles à rassembler, parce que la plupart des comptes rendus sont des études de cas où les variables relatives au sujet n'ont pas été contrôlées, où il n'existe pas de procédures de mesure valides et fiables et où il n'y a généralement pas de description précise du programme thérapeutique utilisé" (Aaroz, 1994, p.59). Pour Salem et Bonvin "...il s'agit toujours d'une relation psychologique intersubjective, qui échappe nécessairement aux mesures objectivantes des sciences *dures*, trop de paramètres étant activés en même temps...le type d'interaction et de communication qui s'instaure entre hypnothérapeute et patient constituent des données primordiales de la relation hypnotique. Cette communication inclut des variables complexes, verbales, paraverbales, non verbales et contextuelles..." (Salem et Bonvin, 2007, p. 14). Concernant l'hypnose, une revue de la littérature de recherche s'avère décevante: "Certains problèmes sexuels pourraient être traités par l'hypnose, mais il existe peu de recherches portant sur l'hypnose dans ce domaine qui ont répondu aux critères permettant d'être inclus dans cette revue de la littérature" (Almas et Landmark, 2008, p. 244).

Les phénomènes hypnotiques sont partout. Dans son article présentant l'approche sexocognitivo-comportementale, El Feki relate l'utilisation qu'il fait de l'imaginaire: par exemple à partir d'une couleur en lien avec une situation, il est proposé au patient de créer un tableau imaginaire; l'imaginaire érotique peut aussi être exploré et élaboré en suivant les suggestions du thérapeute (le patient étant en position couchée et faisant la double bascule, etc.) (El Feki et al. 2010, ch. 2). La méthode dite "sexocorporelle" élaborée par Jean-Yves Desjardins prend également en compte l'imaginaire érotique. Il est intéressant de noter que dans cette approche,

la manière de ressentir l'excitation sexuelle est considérée comme déterminante du contenu de l'imaginaire (Desjardins et al., 2010, ch. 2). L'approche sexoanalytique invite le patient à relater ses rêves et fantasmes en lien avec la sexualité. Une élaboration approfondie est faite en lien avec l'histoire de la personne, ses liens parentaux, ses dynamiques relationnelles et son identité, en résonance avec ce matériel émergeant de l'inconscient. Bien qu'il n'y ait pas d'induction formelle et qu'on ne parle pas de "transe hypnotique", la relation à soi que cet état d'absorption implique est du même ordre. Les changements induits par le processus sexoanalytique sont peu à peu révélés par une même lecture du processus fantasmatiques et oniriques (Crépault, 2010, ch. 4).

L'hypnose est un outil qui s'applique toujours dans un contexte. Le question de la demande est importante: une problématique sexuelle peut émerger en psychothérapie sans que le patient ne souhaite s'engager dans son exploration. Une problématique relevant de la psychothérapie peut émerger d'une demande de sexothérapie. Il est aussi nécessaire de préciser aux patients que l'hypnose est une technique et qu'il peut être utile de faire appel à d'autres outils sexothérapeutiques (Lepoint, 2011). Malgré les aspects non maîtrisables voir nébuleux de l'hypnose, c'est un outil propice pour le traitement de problèmes sexuels pour autant qu'elle soit pratiquée avec une solide connaissance de ses mécanismes.

L'apport de l'hypnose en sexologie a été exploré en passant en revue les "outils" utilisés ainsi que l'articulation entre ce moyen thérapeutique et différents cadres et méthodes. Bien que les résultats cliniques relatés avec enthousiasme par les différents thérapeutes semblent probants, ils éclosent à travers une symbolique propre à chaque patient et dans une relation et un contexte défiant toute généralisation. Michaux qualifie même les effets de l'hypnose de "succès étonnant qui (engendre) simultanément l'étonnement, l'admiration mais aussi la méfiance et...même un certain effroi" (Bioy et al., 2010, XIII). La pratique de l'hypnose comprend une part de mystère, de créativité voir de poésie. La justification pour son utilisation se trouve surtout, quelle que soit la problématique, dans les effets relatés par les patients eux-mêmes.

Bibliographie

Araoz, Daniel, *Hypnose et sexologie*, Paris, Albin Michel, 1994

Araoz, Daniel, "Hypnosis in Human Sexuality Problems", *American Journal of Clinical Hypnosis*, Avril 2005, 47 (4), 229-242

Araoz, Daniel et Bleck, Robert, *L'épanouissement sexuel par l'autohypnose*, Bruxelles, Satas, 1998

Almâs, E. and Landmark, B. "Non-pharmacological treatment of sexual problems - A review of research literature", *Sexologies*, Volume 19, Issue 4, October-December 2010, 202-211

Benhaiem, Jean-Marc, *L'hypnose qui soigne*", Paris, Josette Lyon, 2005

Bioy, Alain, et Keller, Pascal-Henri, *Hypnose clinique et principe d'analogie - Fondements d'une pratique psychothérapeutique*, Bruxelles, De Boek, 2009

Bioy, Alain et Michaux, Didier, *Traité d'hypnothérapie, fondements, méthodes, applications*, Paris, Dunod, 2007

Bioy, Alain, Wood, Chantal, et Célestin-Lhopiteau, Isabelle, *L'aide-mémoire d'Hypnose*, Paris, Dunod, 2010

Brenot, Philippe, "L'hypnose naturelle", *Sexualités humaines*, Hors-série 1, avril-mai 2011, 17-22

Cohier-Rahban, Véronique, "Une thérapie de couple par l'hypnose", *Sexualités humaines*, Hors-série 1, avril-mai 2011, 136-157

Corrin, Eliane, "De l'hypnose pour panser le corps", in Bioy Antoine et Michaux, Didier, *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications*, Dunod, Paris, 2007, Chapitre 12

Cudicio, Patrice, "Hypnothérapie et sexologie", in Bioy Antoine et Michaux, Didier, *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications*, Dunod, Paris, 2007, Chapitre 15

De Martino, Joël, "Hypnose et sexothérapie", in Lopès P. et Poudat, F.-X., *Manuel de sexologie*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2007, 327-380

Dennis, Emmanuel, "Traitement de la dyspareunie, un cas clinique", *Hypnose et thérapie sexuelle, actes du deuxième congrès de l'Association Européenne des Praticiens d'Hypnose*, Paris, L'Harmattan, 2009, 23-40

Djayabala, Varma, Introduction, *Hypnose et thérapie sexuelle, actes du deuxième congrès de l'Association Européenne des Praticiens d'Hypnose*, Paris, L'Harmattan, 2009, 7-10

Djayabala, Varma, "Traitement de la frigidity par l'hypnothérapie intégrative", *Hypnose et thérapie sexuelle, actes du deuxième congrès de l'Association Européenne des Praticiens d'Hypnose*, Paris, L'Harmattan, 2009, 11-23

Dubois, Laurence, "Thérapie Stratégique et hypnose dans le traitement de patientes présentant un vaginisme", dans *Recherches et succès cliniques de l'hypnose contemporaine*, Virost, Claude, Dir., Souffle d'Or, Gap, 2007, 35-46

Durandeu, André, "Sexologie et humanisme," dans Lopès P. et Poudat, F.-X., *Manuel de sexologie*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2007, 429-432

El Feki, Mansour, *La Sexothérapie, quelle thérapie choisir en sexologie clinique*, Bruxelles, De Boeck, 2010

Espinosa, Jean-Claude, "L'éclairage des neurosciences", *Sexualités humaines*, Hors-série 1, avril-mai 2011, 13-16

Espinosa, Jean-Claude, "Tout baigne, un cas d'impuissance", *Sexualités humaines*, Hors-série 1, avril-mai 2011, 116-121

Gorisse, Jacques, *L'hypnose en sexologie, études de cas*, Paris, Ellipses, 2000

Hammond, D. Corydon, *Métaphores et suggestions hypnotiques*, Bruxelles, Le Germe, 2004

Lepoint, Cécile, "La nécessaire confluence éthique", *Sexualités humaines*, Hors-série 1, avril-mai 2011, 32-52

Lutz, Brigitte, "Approche corporelle et hypnothérapie" in Bioy, Antoine et Michaux, Didier, *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications*, Dunod, Paris, 2007, Chapitre 7

Lutz, Brigitte et Fix, Cécile, "Régession et hypnothérapie" in Bioy, Antoine et Michaux, Didier, *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications*, Dunod, Paris, 2007, Chapitre 8

Martinez Alonso, Maria, "Points de rencontre entre l'approche centrée sur la personne et la sexoanalyse, une réflexion sur le concepts et les méthodes de deux approches thérapeutiques", Mémoire pour l'obtention du Certificat de Formation Continue en Sexologie Clinique, Université de Genève, 2009

Mignot, Joëlle, "Comment donner du sens au couple", *Sexualités humaines*, Hors-série 1, avril-mai 2011, 124-133

Mignot, Joëlle, "La belle réconciliation: l'hypnose pour l'éjaculation rapide", *Sexualités humaines*, Hors-série 1, avril-mai 2011, 102-113

Mignot, Joëlle, "Retisser la sexualité féminine", *Sexualités humaines*, Hors-série 1, avril-mai 2011, 68-88

Pallatin, Anne, "Cancer, sexualité et hypnothérapie", *Hypnose et thérapie sexuelle, actes du deuxième congrès de l'Association Européenne des Praticiens d'Hypnose*, Paris, L'Harmattan, 2009, 41-59

Peyranne, Jean, "Imaginaire et érotisme", dans Lopès P. et Poudat, F.-X., *Manuel de sexologie*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2007, 64-68

Pukall, C., Kandyba, K., Amsel, R., Khalifé, S., and Binik, Y. "Effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: A preliminary investigation", *Journal of Sexual Medicine* 2007;4;417-425

Rassel, Xavier, "Traitement hypnocomportemental du trouble érectile", *Hypnose et thérapie sexuelle, actes du deuxième congrès de l'Association Européenne des Praticiens d'Hypnose*, Paris, L'Harmattan, 2009, 61-83

Robert, Paul, *Le nouveau petit Robert, Dictionnaires le Robert*, Paris, 1994

Rogers, Carl, *Le développement de la personne*, Dunod, Paris, 1996

Salem, Gérard, et Bonvin, Eric, *Soigner par l'hypnose*, Issy-les Moulineaux, Masson, 2007

Simon, Victor. et Mimoun, Sylvain, *Comment résoudre ses problèmes sexuels grâce à l'hypnose*, L'esprit du temps, Le Bouscat, 2009

Thibaut, Catherine, "L'hypnose dans le traitement des troubles du désir sexuel", *Hypnose et thérapie sexuelle, actes du deuxième congrès de l'Association Européenne des Praticiens d'Hypnose*, Paris, L'Harmattan, 2009, 85-96

Tordjemann, Gilbert, *Hypnosexe*, Paris, Payot et Rivages, 2001

Wenger, Denise, "Les hypnotistes en blouse blanche, regard anthropologique sur l'hypnose pratiquée par les médecins en Suisse romande", Mémoire de licence en ethnologie, Université de Neuchâtel, 2008

Cours et congrès

Simon, Victor, Atelier sur l'hypnose avec le couple, congrès annuel IRHYS (Institut Romand d'Hypnose suisse), Crêt-Bérard, Suisse, 2010

Waber, Lakshmi, Atelier hypnose et sexologie, congrès annuel IRHYS, Crêt-Bérard, Suisse, 2010

Sites des revues spécialisées consultés online

American Journal of Clinical Hypnosis
Cahiers de sexologie clinique
International journal of Clinical and Experimental Hypnosis
Sexualités humaines
Hypnose et thérapies brèves

Sites internet consultés

AFEHM Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médical (www.hypnose-medicale.com/afehm.html)

IRHYS Institut Romand d'Hypnose Suisse (www.irhys.ch)

IFHE Institut Français d'Hypnose Ericksonienne (www.ifhe.net)

SHYPS Société suisse d'Hypnose clinique (www.shyps.ch)

(dernière consultation internet le 5.2.2012)

Remerciements

Mes remerciements vont aux directeurs du mémoire: Dr. Lakshmi Waber pour sa disponibilité et ses suggestions initiales, en particulier la notion d'analogie, ainsi qu'au Dr. Francesco Bianchi Demichelli. Je remercie également tout mon entourage pour son soutien tout au long de ce travail, en particulier mes deux filles, Romane et Giliane Nanchen.