



HAL
open science

Apport de la régression en âge dans la prise en charge du traumatisme consécutif aux soins dentaires chez l'enfant

Yala Mouloudj

► To cite this version:

Yala Mouloudj. Apport de la régression en âge dans la prise en charge du traumatisme consécutif aux soins dentaires chez l'enfant. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932329

HAL Id: hal-01932329

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932329>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

Année 2016

N°9329

THÈSE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par
Yala MOULOUDJ
Né le 4 juin 1987 à Larba Nath Irathen

**Apport de la régression en âge dans la prise en charge
du traumatisme consécutif aux soins dentaires chez l'enfant**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 2016

Membres du jury

Pr J.-M. MARTRETTE	Professeur des Universités Praticien Hospitalier	Président
<u>Dr J. PREVOST</u>	<u>Maître de Conférences Praticien hospitalier</u>	<u>Directeur de thèse</u>
Dr J. GUILLET-THIBAUT	Maître de Conférences Praticien Hospitalier	Juge
Dr Marin VINCENT	Maître de Conférences associé Praticien Hospitalier	Juge

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE
Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI — Dr Céline CLEMENT
Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG – Pr M. VIVIER – Pr ARTIS -
Doyen Honoraire : Pr J. VADOT, Pr J.F. LOUIS
Maître de conférences CUM MERITO : Dr C. ARCHIEN

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme Mme M. Mme M. M.	DROZ Dominique JÄGER Stéphanie PREVOST Jacques HERNANDEZ Magali IFFAURE Quentin MERCIER Thomas	Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistante * Assistant Assistant *
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mme Mme	FILLEUL Marie Pierrya EGL OFF Benoît RI AISE Claire LACHAUX Marion	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Assistante Assistante
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme M. Mme Mme	CLEMENT Céline CAMELOT Frédéric LACZNY Emily NASREDDINE Grayce	Maître de Conférences * Assistant * Assistante Assistante
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. Mme Mme	AMBROSINI Pascal BISSON Catherine JOSEPH David PENAUD Jacques MAYER-COUPIN Florence PACLI Nathalie	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistante Assistante *
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	Mme M. Mme M. Mme M.	GUILLET-THIBAUT Julie BHAVETTI Pierre PHILIPIN Bérengère DELAITRE Bruno K CHENBRAND Charlene MASCHINO François	Maître de Conférences * Maître de Conférences Maître de Conférences * Assistant Assistant Assistante * Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M.	YASUKAWA Kazutoyo MARTRETTE Jean-Marc	Maître de Conférences * Professeur des Universités *
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. Mme M.	MORTIER Éric AMORY Christophe BALTHAZARD Romy ENGELS-DEJTSCH Marc GEVREY Alexis GEBHARD Cécile VINCENT Marin	Maître de Conférences * Maître de Conférences Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistant Assistante Maître de conférences Associé
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielles, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. Mme Mme M. M. M. M. M. Mme M.	DE MARCH Pascal SOLIGNYER Jacques VAILLANT Anne-Sophie CORNE Pascale CILLEI Marc HIRIZ Pierre KANNENGIÈSSE François VOEHREL Bathsabée VU LLAUME Florian	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences * Maître de conférences Associé * Assistant Assistant * Assistant Assistant * Assistante * Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mme Mme M. M.	STRAZIELLE Catherine MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre HARLE Guillaume	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistant Associé

Souligné : responsable de la sous-section * temps plein

Mis à jour le 01.09.2016

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions
émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'attend leur donner aucune approbation ni improbation.*

À notre Président de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Marc MARTRETTE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Doyen de la Faculté d'odontologie de Nancy

Chef de Service du CSERD de Nancy

Docteur en Sciences Pharmacologiques

Habilité à diriger des Recherches

Sous-section : Sciences biologiques (Biochimie, Immunologie, histologie,

Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie).

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de thèse et nous vous en sommes sincèrement reconnaissant.

Nous vous remercions pour votre pédagogie ainsi que pour votre bienveillance envers les étudiants.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de notre profond respect.

À notre juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jacques PREVOST

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Sous-section : Pédodontie

Nous sommes très honoré que vous ayez accepté de diriger ce travail et nous vous en remercions

Vos conseils ont été précieux et nous avons particulièrement apprécié votre investissement dans votre mission auprès des enfants, ce qui m'a beaucoup aidé dans la rédaction de ce manuscrit.

À notre juge,

Monsieur le Docteur Julie GUILLET-THIBAUT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifié en chirurgie orale

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Ancien interne en chirurgie orale

Ancien assistant hospitalo-universitaire

Responsable de la Sous-section : Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique,
Anesthésiologie et réanimation

*Nous sommes très honoré d'avoir accepté spontanément
de faire partie du jury de cette thèse.*

*Nous vous remercions particulièrement pour votre
investissement pédagogique durant toutes ces années,
aussi bien dans la formation théorique qu'en formation
clinique.*

À notre juge,

Monsieur le Docteur Marin VINCENT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maître de Conférences associé des Universités - Praticien Hospitalier

Nous vous remercions pour votre soutien et vos conseils tout au long de ma dernière année. Travailler en clinique a été un grand plaisir et m'a beaucoup apporté dans ma pratique ; nous vous remercions encore de nous faire l'honneur de participer à ce jury.

Remerciements

Au Dr. André DOEBLE, Médecin spécialiste en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, praticien en hypnose et EMDR à Longwy et Esch/Alzette (Luxembourg)

Au Dr. Jacques WAJSBROT, Médecin généraliste et praticien en hypnose et programmation neuro-linguistique à Metz;

Au Dr. Dominique FRANCOIS, Médecin-dentiste praticien (Luxembourg)

A toute l'équipe de la Faculté d'odontologie de Nancy

A toute l'équipe du Docteur Eric GERARD, chef du service odontologie du CHR de Mercy à Metz,

A toute l'équipe du Docteur Daniel ANASTASIO, chef du service odontologie du CHR Bellair à Thionville,

A toute l'équipe du Docteur Magalie BROCHARD, chef du service odontologie de l'hôpital Legouest à Metz,

Je tiens à vous remercier chaleureusement pour votre tout ce que vous m'avez apporté pendant les différentes étapes de mon cursus.

Remerciements

A mes parents : pour tout le soutien que j'ai eu de votre part ; j'ai voulu vous honorer en menant à bien mes études, cette thèse et le titre en sont le résultat.

A ma famille et mes amis qui m'ont également soutenu

A mes camarades de promo, plus particulièrement à mon petit groupe

SOMMAIRE

INTRODUCTION	12
1. Les traumatismes psychologiques	13
1.1. Définition	13
1.1.1 Les différents types de traumatisme : (25)	14
1.1.2 les travaux de Murray BOWEN :	16
1.1.3 La théorie psychanalytique :	19
1.2. Comment se crée le problème traumatique ?.....	22
1.2.1. Les caractéristiques de l'effet traumatique	22
1.2.2. Classification suivant Jean ROISIN	23
1.2.3. Les phases dans la pathologie psycho traumatique	25
1.3. Influence de l'âge sur la perception de l'événement traumatique	25
1.3.1. réactions de l'enfant aux traumatismes psychiques	25
1.3.2. Les différents âges de l'enfance :	27
1.4. Quelles thérapies et quels thérapeutes pour le traiter ?.....	30
1.4.1. Les différentes thérapies :	30
1.4.2. Cas particulier de l'hypnose	32
1.4.3. Psychothérapie et pharmacologie	33
1.4.4. Solutions proposées :	34
1.5. Comment éviter l'événement traumatique ?.....	35
1.5.1. psychologie de la communication	35

1.5.2. Modèles principaux de la communication	37
1.5.3. l'école de Palo Alto.....	40
1.5.4. Le praticien et la communication	41
2. La régression en âge	43
2.1. Définition	45
2.1.1. Principe	45
2.1.2. Pour ou contre ?	46
2.1.3. Applications : quand ? Pourquoi ?comment ?.....	49
2.1.4. Techniques de régressions en âge	51
2.2. Les implications thérapeutiques au cabinet dentaire.....	53
3. De la théorie à la pratique clinique.....	55
3.1. Protocole du déroulement d'une séance chez un hypno-thérapeute	55
3.1.1. Régression en âge pour régler un traumatisme classique	55
3.1.2. Régression en âge pour régler un traumatisme consécutif aux soins dentaires	65
3.2. Enseignements apportés par la séance de régression en âge dans la pratique odontologique.....	79
3.3. De quelle compétence du praticien relève la régression en âge ?	79
3.4. Comment s'adapter et mettre en application les enseignements acquis par la pratique de régression en âge ?	81
Conclusion.....	83
Bibliographie.....	84

INTRODUCTION

Aujourd'hui l'hypnose est une thérapie utilisée dans de nombreuses situations, notamment dans les traitements des angoisses, des phobies ou des troubles du sommeil. Elle est utilisée en psychiatrie, en psychologie, en médecine, en chirurgie, en pédiatrie. L'hypnose a bénéficié des acquisitions des neurosciences, de la psychiatrie et des recherches dans le domaine de la communication. Pour soigner grâce à l'hypnose, on peut utiliser entre autre la technique de régression en âge.

L'objectif de notre travail est d'explorer l'événement traumatique chez le patient enfant ou adulte et de proposer son effacement par l'hypnose et en particulier par la technique de régression en âge.

La première partie exposera la notion du traumatisme psychologique. La seconde développera la technique de régression en âge, et enfin, la dernière partie illustrera aux travers de la présentation de 3 cas cliniques avec la collaboration du cabinet du docteur André Doeblé, médecin psychiatre spécialiste de l'enfant et de l'adolescent et hypno-thérapeute, du déroulement d'une séance d'hypnose utilisant la régression en âge

Dans le domaine de la pratique odontologique, le chirurgien-dentiste peut être confronté à diverses situations :

- le patient a subi un traumatisme consécutif aux soins dentaires.
- le patient a subi un traumatisme autre que celui lié aux soins dentaires et l'acte médical entretient ce traumatisme existant.
- le patient a subi un traumatisme quelconque et que la pratique odontologique exacerbe ses angoisses.

Le présent exposé consistera à explorer plus spécifiquement l'apport de la régression en âge dans la prise en charge du traumatisme consécutif aux soins dentaires chez l'enfant.

1. Les traumatismes psychologiques

1.1. Définition

Le mot « traumatisme » vient du grec « trauma » qui signifie blessure. En médecine, il définit « la transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, soit la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives (20). Le traumatisme psychique ou trauma est un phénomène d'effraction du psychisme, avec débordement des défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant, à la fois pour la vie, l'intégrité physique ou l'intégrité psychique de l'individu exposé comme victime, témoin ou acteur.

L'individu qui subit le traumatisme se trouve dans l'incapacité de symboliser une expérience effrayante. Cet événement est porteur d'un message qui va à l'encontre de ce que la personne tenait pour vrai dans sa compréhension d'elle-même et du monde. Elle se trouve donc dans l'incapacité de penser, d'élaborer, de réagir. Le traumatisme peut naître classiquement d'une confrontation avec le « réel de la mort », mais il peut aussi trouver son origine dans l'attaque du symbolisme : transgression des lois sociales, morales, des tabous, attaque de la logique, du sentiment de sécurité ou de justice (1)

Nous ne pouvons pas placer toutes les situations traumatogènes et les traumatismes qui en résultent sur le même plan. Il est plus adéquat de qualifier un événement de traumatogène plutôt que de traumatique. Ce n'est pas l'événement qui est traumatique, mais la façon avec laquelle le sujet l'a subi. Ainsi une prise d'otage, un viol, l'effondrement d'une maison au cours d'un tremblement de terre, une mort brutale par suicide sont des situations qui comportent des spécificités intrinsèques. Il est plus intéressant pour l'approche clinique de répartir les traumatismes en diverses catégories.

1.1.1 Les différents types de traumatisme : (25)

Les traumatismes de type I

Ils correspondent à des altérations quantitatives d'excitations, c'est-à-dire de mise en tension de l'organisme : par excès d'excitation, comme dans l'abus sexuel par voie orale par exemple; par défaut d'excitation, comme dans les carences affectives graves. Dans le cadre particulier de la maltraitance il faut sans doute évoquer une « réaction traumatique complexe » car il s'agit là de situations traumatiques continues, chroniques, chez des enfants dont la personnalité toute entière se développe dans l'ombre d'une vie toujours menaçante.

Nous nous trouverons donc chez un enfant ayant subi des abus sexuels par voie orale avec des difficultés d'accès à la cavité orale.

Les traumatismes de type II

Ils correspondent à une perte de sens. Il se produit dans la vie des individus un événement incroyable, inimaginable, insensé tel l'attentat du 11 Septembre à New York. D'un seul coup la vie bascule dans l'effroyable et l'incompréhensible.

Le traumatisme de type III

Il correspond à une rupture de contexte, lorsqu'un individu, une famille sont brutalement arrachés à leur culture, dans l'obligation d'émigrer, de s'exiler, et confrontés alors à une société étrangère et à l'acculturation.

Une difficulté de communication à cause de la langue peut rendre l'acte odontologique plus difficile et/ou voué à l'échec.

Le traumatisme de type IV

Il correspond à des situations plus extrêmes encore, que l'on peut qualifier comme perte d'humanité chez des personnes soumises à la torture, chez les victimes d'extermination. Le XXème siècle a inventé la notion de crime contre l'humanité pour qualifier ces situations, notamment les génocides, dans lesquels l'homme risque d'être tué pour ce qu'il est : un homme.

Les soins odontologiques prodigués à des personnes victimes de ces actes de déshumanisation ou génocidaires nécessitent une prise en compte encore plus élevée de leur vécu.

Le traumatisme de type V

On insiste habituellement sur la dimension de passivité des victimes impuissantes à réagir devant ce qui les déborde. Mais il est des situations où les victimes sont en même temps bourreaux. Dans ce dernier type de traumatisme, l'individu est lui-même acteur d'une violence effroyable. Récemment, Mikhaïl Rechetnikov, psychanalyste de l'enfant, a décrit chez des soldats ayant participé à des actes de guerre en Afghanistan et en Tchétchénie des conséquences psychologiques graves chez ceux d'entre eux qui ont été auteurs d'exactions et d'atrocités, qui ont participé à des scènes de tortures, à des tueries et à des violences sexuelles dans un climat collectif de soumission à l'autorité et de levée des interdits de tuer et de violer. On peut sans doute rapprocher de ce cas la situation des enfants-soldats. (59)

1.1.2 les travaux de Murray BOWEN :

Nous ne pouvons passer sous silence les travaux de Murray BOWEN (15) qui distingue en effet chez l'être humain deux systèmes clairement différenciés :

- Le système des émotions, gouvernant les processus vitaux.
- Le système intellectuel ou cognitif impliquant le raisonnement, le jugement, et la conscience.

Entre les deux systèmes se trouve une zone intermédiaire constituée par les sentiments. Les sentiments sont finalement les émotions reprises dans une activité de représentation que permet le système cognitif. « Une représentation » est un phénomène mental qui correspond à un ensemble plus ou moins conscient, organisé et cohérent, d'éléments cognitifs, affectifs. On y retrouve des éléments conceptuels, des attitudes, des valeurs, des images mentales, des connotations, des associations, etc. C'est un univers symbolique, culturellement déterminé, où se forment les théories spontanées, les opinions, les préjugés, les décisions d'action, etc... (22).

On peut d'ailleurs distinguer des émotions primaires ancrées dans la sensorialité et dont on établit une localisation cérébrale au niveau de l'hippocampe et du gyrus cingulaire, et les émotions secondaires prises dans les chaînes associatives de la représentation et localisées au niveau de l'aire préfrontale.

D'après Bowen, une personne bien différenciée est une personne dont le système intellectuel, cognitif est bien dégagé du système des émotions et qui n'est pas trop dépendante affectivement de ceux qui l'entourent.

Nous retenons de cette conception trois idées fondamentales : la différenciation, le lien et la représentation :

- La différenciation, c'est-à-dire la distinction claire entre les individus et entre les systèmes qui composent la vie psychique.
- Le lien, permettant l'articulation entre des éléments qui composent la vie psychique et qui se définissent les uns par rapport aux autres; de même qu'avec les individus qui composent un ensemble familial.
- La représentation est l'activité de la pensée, la mentalisation, l'élaboration, qui permettent la différenciation d'éléments par ailleurs liés entre eux. On pourrait évoquer ici le travail de liaison au sens de Freud (32), avec l'idée d'une cohésion et de limites assurées d'un ensemble, avec l'idée aussi de fixer l'excitation.

Le traumatisme psychique a précisément comme conséquence :

- une mise en suspens, une sidération de l'activité de représentation;
- une déliaison, une dédifférenciation intrapsychique;
- une désorganisation, voire une destruction des liens.

En lien avec la pratique odontologique, nous pouvons postuler qu'en présence de ces facteurs chez un patient gravement traumatisé, les soins deviennent *de facto* inaccessibles, la relation avec ce dernier étant interrompue.

C'est là, par exemple, que se situe pour nous le véritable sens des interventions thérapeutiques lorsqu'elles sont mises en place dans les suites immédiates d'une catastrophe. On insiste trop en général, au début de l'intervention, sur la notion de débriefing comme la nécessité de faire raconter ce qui s'est passé le plus précisément possible. Ce faisant, on oublie souvent que ce n'est pas tellement le contenu de la parole qui compte ici, mais bien davantage le lien qu'elle instaure. Ces interventions post-immédiates font du lien. Elles sont une façon de dire aux victimes :

« Vous êtes là avec nous, vous revenez de la mort, mais vous êtes en vie, et vous faites toujours partie de la communauté des vivants ». En fin de

compte, ce n'est pas tant ce que peuvent dire les victimes qui est important, c'est ce que disent et font les intervenants.

Dans l'optique de l'attention portée au lien, le partage, non seulement des informations, mais plus encore des émotions, des ressentis, est ici essentiel.

C'est sur la base d'une sensorialité partagée que peuvent ensuite se penser les émotions et s'établir un lien entre affect et représentation.

Nous insistons pour dire que la pratique odontologique doit prendre en compte ces concepts et il est recommandé de « débriefer » avec le patient suite à l'intervention même bénigne pour capter ses ressentis, partager sa perception de l'acte odontologique et éventuellement apporter un correctif à une représentation biaisée.

Dans cette optique, tenons toujours compte de « l'avant », du « pendant » et de « l'après » acte dentaire, c'est-à-dire d'expliquer avant ce qu'on va faire, de maintenir la communication pendant l'acte et de « débriefer » immédiatement après l'acte. Il est également important de ne pas minimiser un ressenti chez le patient qui peut nous sembler bénin alors que dans sa représentation mentale ou son ressenti, il implique une dimension traumatogène.

1.1.3 La théorie psychanalytique :

Le concept de « traumatisme » occupe également une place très importante dans la théorie psychanalytique. Ainsi, le Dictionnaire International de la Psychanalyse insiste sur la notion de *soudaineté* et le définit comme un « événement qui par sa violence et sa **soudaineté**, entraîne un afflux d'excitation suffisant à mettre en échec les mécanismes de défense habituellement efficaces, le traumatisme produit le plus souvent un état de sidération et entraîne à plus ou moins long terme une désorganisation dans la vie psychique » (26).

Pour C. Barrois (3), le traumatisme est un choc violent, **inattendu**, lié d'une rencontre avec le « réel » de la mort, la personne y réagit avec **effroi** et dans un sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Ensuite, l'événement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente.

L'aspect soudaineté de l'évènement entraîne un débordement des défenses psychologiques du sujet, ce qui produit un état dans lequel le sujet ne peut véritablement saisir ce à quoi il est confronté, il ne peut pas le représenter symboliquement, lui donner du sens. En effet, le sujet confronté à un état « d'impréparation » ne peut réagir à la violence de l'évènement en raison d'un défaut d'angoisse signal, ce qui le laisse sidéré sur le plan psychique. La notion d'impréparation amène à son tour au concept de **vulnérabilité**, et à la notion de période vulnérable au traumatisme, accentuant le caractère relatif du traumatisme (18).

Qu'est-ce que l'effroi ?

L'effroi est une dimension centrale dans le psycho-traumatisme et renvoie à un état de sidération et d'immobilité psychique du sujet confronté à la grande violence de l'événement traumatique (18)

S. Freud (32), distingue l'effroi des deux affects que sont la peur et l'angoisse qui accompagnent l'attente d'un danger connu ou inconnu. L'effroi surprend le sujet sans qu'il n'ait pu, au moyen de l'angoisse, se préparer à cette rencontre avec l'objet traumatique.

Dans le langage psychanalytique, l'effroi est « *l'affect ressenti par le sujet plongé sans préparation dans la situation de détresse. L'effroi prive ordinairement le sujet de toute possibilité de réaction : il met le moi hors d'état d'exercer ses fonctions de liaison des quantités d'excitation. Il est de ce fait toujours présent à l'origine de la névrose traumatique que S. Freud nomme parfois névrose d'effroi.* » (27).

Ainsi, l'effroi se caractérise par un état de surprise sans préparation que le moi subit suite à une violence traduite par un état de sidération, d'effraction psychique et de suspension de la pensée, le sujet est incapable d'agir et de résister. Les psychanalystes évoquent souvent le regard de Méduse effrayant pour faire référence au traumatisme psychique.

F. Lebigot (48) précise que si l'on note de l'effroi, il est certain qu'il y a eu traumatisme et que le syndrome de répétition fera son apparition à un moment ou à un autre.

« *L'effroi est ce moment, repérable dans la clinique, où l'image traumatique fait effraction dans l'appareil psychique. C'est un moment généralement très bref, où le sujet se sent vidé de toute pensée. Il ne ressent plus aucune émotion* » (48).

R. Roussillon (64), indique que la sidération provoquée par le trauma affecte également la temporalité et l'ensemble du système « *secondaire* » de la psyché, l'expérience paraît durer interminablement, être sans fin ou plutôt hors du temps, hors de l'histoire et hors de la temporalité historisante.

Le traumatisme psychique est associé à des situations où le sujet a été confronté à sa mort ou à la mort de l'autre. La mort signifie le retour au néant mystérieux et tant redouté. Il n'y a pas de représentation de la mort

« nous savons tous ce qu'est un cadavre, mais nous ne savons pas ce qu'est la mort » (3). Ainsi, un événement est dit « traumatique » lorsqu'une personne est confrontée à la mort, à la peur de mourir ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne a pu être menacée.

L'événement traumatique, par sa violence, a créé une rupture du pare-excitation de l'image traumatique comme un « corps étranger » S. Freud, qui fait alors éternellement retour par défaut d'élaboration. C'est parce que le sujet ne parvient pas à transformer ce ressenti en pensée et à l'associer à des mots et à des émotions qui prennent sens pour lui que l'image traumatique revient de manière incessante. Les symptômes de répétition marquent la prédominance du perceptif qui ne peut être lié à aucune représentation mentale pour pouvoir être associé et intégré à la mémoire. Le traumatisme psychique correspond à une absence d'élaboration, de mentalisation, de représentation. (32)

À la lecture de ces définitions, qu'est-ce que le traumatisme psychique et dans quelles circonstances peut-on parler de traumatisme ?

Nous retenons que pour avoir un effet potentiellement traumatique, l'événement, par sa soudaineté et son intensité, viendrait menacer l'intégrité psychique du sujet. Cela dépasserait ses possibilités de réaction, et ce par un défaut d'angoisse signal, faisant effraction dans son appareil psychique. Le sujet peut réagir par différents sentiments : impuissance, effroi, détresse et abandon

1.2. Comment se crée le problème traumatique ?

1.2.1. Les caractéristiques de l'effet traumatique

L'effet traumatique dépend-il de l'intensité de l'événement qui dépasse la capacité défensive du Moi ? ou est-ce l'état de non préparation du « Moi » au moment de sa confrontation à l'événement traumatique ?

- L'intensité : C'est le facteur « quantitatif » sur lequel l'accent a été souvent placé dans les grands travaux classiques sur le trauma psychique. F. Lebigot indique que « *le traumatisme se rapporte à la menace vitale qui surprend le sujet quand il est en état de repos* » (48). L'intensité de l'événement varie dans la survenance du traumatisme comme dans le cas des catastrophes naturelles et des guerres. L'horreur de la situation va être à l'origine d'un état de stress dépassé représentant une menace vitale comme la peur de mourir.

Dans la pratique odontologique, un enfant placé pour la première fois sur le siège d'un praticien percevra comme des agressions la lumière du scialytique, le bruit des instruments rotatifs, le bruit des instruments sur les plateaux métalliques, les odeurs puissantes des produits (pulperyl®, solvants...), la taille des instruments comme les seringues, les daviers,..., le cabinet qui lui est inconnu, le praticien déshumanisé car en blouse blanche et portant masque, gants et lunettes de protection...

- L'impréparation du Moi : l'état dans lequel se trouve le Moi au moment de l'événement, le sujet se trouve dans l'incapacité de réagir et de faire face à l'événement. C'est lié soit à la soudaineté de l'événement, le sujet a été surpris par la survenue de la situation traumatique, sans signal d'alarme l'avertissant qu'un danger menaçait son intégrité psychique et qu'il fallait mobiliser des défenses en conséquence ; soit à la fragilité du Moi, due à un problème structural comme un défaut de représentation et de mentalisation ou au fait que l'enveloppe « pare-excitation » a subi une série d'événements qui l'ont fragilisée de sorte

qu'il suffisait d'un seul autre événement, quelle que soit sa nature, pour qu'elle se transperce et se déchire, en laissant passer les excitations à l'intérieur de la psyché

L'odontologiste devra être conscient que son patient n'a peut-être pas été préparé ou mal préparé à l'acte qu'il va lui faire subir. Souvent d'ailleurs, l'impréparation est quasi-totale pour la première visite chez le dentiste du petit patient. L'enfant sera plongé dans l'univers évoqué ci-avant, avec une telle soudaineté que malgré toutes les précautions que pourrait prendre un praticien averti des risques de trauma, il en restera nécessairement des traces, tel qu'un blocage suite à une extraction dès la première fois qui aurait pu être évitée en séquençant les interventions pour permettre à l'enfant de s'approprier l'environnement certes inconnu et perçu comme hostile, et comme nous le verrons plus tard, en prenant garde de ne pas faire d'acte lors de la première visite.

Par contre, le chirurgien-dentiste pourra être également amené à recevoir un jeune patient qui a été victime d'un accident et qui s'attend à l'intervention pour être rétabli dans son intégrité physique. Bien que l'appréhension demeure, ce petit patient est davantage prêt psychologiquement à recevoir les actes odontologiques même si c'est pour la première fois.

Dans tous les cas ci-avant évoqués le praticien tiendra compte de l'âge de l'enfant et de sa compréhension pour lui permettre de se réapproprier sa propre situation traumatique et, dans une vision de résilience du trauma, être lui-même acteur de sa thérapie en lui proposant par exemple de tenir la canule à aspiration, de passer des petits instruments, d'interpréter les radios,.....(48)

1.2.2. Classification suivant Jean ROISIN

J. Roisin (62) classe les événements traumatiques sous trois catégories :

- Des évènements pourvus de capacités traumatiques importantes, comme par exemple dans les cas de torture ou d'agression violente. En effet, ces évènements touchent à l'intégrité psychosomatique du sujet dans le sens où il peut susciter sa propre mort.

- Des évènements à potentiel traumatique incertains : les éléments qui le constituent ne mettent pas en jeu le pronostic vital du sujet mais lui rappellent la mort et le poussent à se la représenter. C'est le cas des sujets qui assistent sans être concernés aux scènes de violence.

Dans le champ des soins odontologiques, certains actes nécessitent une prise en charge sous anesthésie générale qui offre une solution pour des patients qui cumulent un besoin en soins multiples et des difficultés de coopération, ou l'observance à la régularité des sessions de soins en présence de formes très agressives de la maladie carieuse par exemple. L'anesthésie générale fait peur, plus que la chirurgie souvent. Les patients en consultation d'anesthésie disent qu'ils ont peur de ne pas se réveiller. La représentation de l'anesthésie générale est donc indubitablement la mort car le sujet se représente inconscient et voit le risque de ne pas se réveiller accru. Le praticien prendra très au sérieux toute remarque du patient dans ce sens et fera tout pour répondre du mieux qu'il peut aux attentes de ce dernier pour qu'il soit à la fois bien renseigné et apaisé quant aux risques extrêmement limités. Il pourra également recourir dans les cas difficiles à des solutions de substitution car la démarche médicale ne peut pas s'entendre sans un choix éclairé du patient ou de son représentant qui a toujours le dernier mot. Ceci signifie également que le praticien doit impérativement respecter ce choix et aller dans une vision d'humanité à la rencontre de son patient et non l'inverse.

- Des évènements dépourvus de capacités traumatiques mais qui peuvent devenir traumatiques pour certains sujets dont le Moi se trouve fragilisé ou non averti. Il s'agit d'événements de la vie quotidienne, comme par exemple entendre le bruit d'un avion, le bruit des instruments de soins odontologiques, le travail dans la cavité orale.

**Le traumatisme est donc la conséquence de toute situation
qui n'a pu être véritablement intégrée.**

1.2.3. Les phases dans la pathologie psycho traumatique

Sur le plan clinique, nous distinguons trois phases dans la pathologie psycho-traumatique :

- La phase immédiate ou « réaction émotionnelle immédiate »
Elle dure quelques heures à une journée, et peut être dénommée « stress ». Ce stress peut être adapté, ou dépassé avec sidération, agitation, fuite panique et action automatique.
- La phase post-immédiate
Elle peut être une phase d'évolution et de surveillance. Voire une phase de latence précédant l'installation d'une névrose traumatique.
- La phase différée ou chronicisée
C'est la période de mise en place du « syndrome psycho-traumatique différé » (14).

1.3. Influence de l'âge sur la perception de l'événement traumatique

1.3.1. réactions de l'enfant aux traumatismes psychiques

La tradition clinique a longtemps crédité l'enfant d'une certaine « imperméabilité » aux traumatismes psychiques, car son psychisme était censé demeurer protégé tant par son immaturité intellectuelle que par le cocon de son univers de jeux et d'imaginaire, ainsi que sa plasticité mentale et sa faculté d'oubli.

C'est la seconde guerre mondiale qui a attiré l'attention sur la souffrance psychique des enfants victimes de guerre. Les étiologies traumatiques incriminées comprennent : les bombardements, les exodes et l'expérience des camps de concentration avec leurs corrélats de frayeur, d'insécurité et de carence parentale.

Selon une étude de Anna FREUD et Dorothy BURLINGHAM (31), l'état psychique de ces enfants était directement corrélé avec la propre réaction de leurs parents. Suivants d'autres auteurs, l'incapacité de l'enfant à verbaliser

l'expérience traumatique peut faire passer inaperçu un intense besoin de secours (14).

Le psychiatre américain PYNOS (29) souligne la complexité de la question de stress traumatique chez l'enfant du fait de l'interaction des souvenirs traumatiques dans le développement d'une personnalité en devenir. Il prône une intervention thérapeutique précoce et pluridisciplinaire pour normaliser les représentations internes du sujet. Il insiste sur la capacité de résilience et d'adaptation des jeunes.

De nombreux enfants d'âge préscolaire, en particulier des filles, seront soumises, passives et excessivement compliantes. Mais ces enfants qui ont subi un trauma ne sont pas toujours aussi passifs et aussi compliants. Environ 25 % d'entre eux ont tendance à être négatifs, hostiles et agressifs envers leurs camarades et envers les adultes, aussi bien qu'hyperactifs avec agressivité et hostilité. Certains de ces enfants vont alterner entre un retrait dans la soumission et une conduite hostile et opposante.

Dans la période juvénile du développement (entre 7 et 12 ans), ces enfants sont solitaires, retirés du monde, méfiants et sans joie. Ils vont quelques fois montrer des conduites qui apparaissent comme très matures, mais qui sont seulement un faux-semblant qui recouvre la peur sous-jacente, l'absence d'émotions et la personnalité infantile.

Quelquefois, ils sont très compulsifs, quelquefois, ils présentent un contrôle très pauvre de l'impulsivité, avec une faible tolérance au retard dans l'addition des conduites agressives et destructrices. Tous ces enfants montrent un manque total d'estime de soi. Ils semblent se regarder avec le contentement et le déplaisir. Cela est très souvent observé dans l'attitude des enfants par rapport à eux-mêmes ou par rapport aux autres.

Il y a aussi une incidence importante de conduites masochistes et autodestructrices qui peuvent prendre la forme de véritables tentatives de suicide ou de gestes suicidaires, ou de prédispositions aux accidents et aux automutilations.

Toutes ces difficultés persistent dans l'adolescence. L'agressivité et les conduites auto agressives peuvent devenir plus inquiétantes, avec des

développements graves de la délinquance ; et à ce moment-là, des conduites violentes et des tentatives de suicide surviennent.

Dans les populations de patients psychiatriques adolescents et de délinquants juvéniles, des histoires de traumatismes ont été retrouvées fréquemment. Les délinquants juvéniles qui ont subi des traumatismes sont plus aptes que les délinquants qui n'ont pas subi de traumatismes à commettre des violences. Ils abusent fréquemment de la drogue et de l'alcool pour lutter contre leur manque d'estime de soi, et avec les problèmes accablants qu'ils ont avec tout un chacun dans leur entourage : la famille, les camarades et l'école.

Quand l'enfant arrive à l'âge de la puberté, le syndrome post-traumatisme peut s'accroître. Les caractéristiques principales du syndrome post-traumatique comprennent l'anxiété, la culpabilité, les perturbations du sommeil, les troubles de l'humeur, de la concentration et de la mémoire. La victime peut ou non revivre un traumatisme brusquement et de façon intrusive, comme dans les cauchemars, ou dans les souvenirs de ces événements, ou comme dans des ressentis brutaux ou des reviviscences soudaines des événements.

Les soins dentaires qui se passent mal peuvent être considérés comme appartenant à la même catégorie des événements traumatiques avec **une mémoire traumatique**, comme tout aussi bien les abus physiques. L'enfant qui a vécu ces soins trouve le plus souvent difficile de relater ce qui lui est arrivé tant la pratique odontologique recouvre une multiplicité d'actes divers que l'enfant, en surplus, NE VOIT PAS.

1.3.2. Les différents âges de l'enfance :

Evoquons d'abord les enfants en âge d'être à la crèche. Ils manquent à la fois de maturité et d'expérience, n'ont pas conscience de la particularité de la mort ni des événements qui bouleversent leur vie et/ou celle de leur entourage. Les nourrissons sont principalement affectés par la disparition des personnes qui les maternent, celles qui les nourrissent, les lavent, les accompagnent au moment du coucher, etc...

Ensuite, les enfants en âge d'être à l'école maternelle intègrent petit à petit le concept de mort mais ne réalisent pas qu'un décès représente une séparation définitive. Ils croient que le défunt regagnera un jour le foyer ou qu'il

« vit » dans un autre monde. Ils sont, comme leurs cadets, perméables à la réaction de leur entourage aux drames qui les accablent et souffrent de la perte d'une figure d'attachement (réelle ou affective) ainsi que de la désorganisation de leur environnement consécutive aux situations délétères. En grandissant, ils prennent progressivement conscience de la gravité d'un événement et la menace vitale perçue peut causer un véritable traumatisme.

Notons toutefois qu'ils sont susceptibles d'interpréter péjorativement des événements sans gravité et qu'un incident mineur peut se dérouler traumatisant.

Le simple fait de mettre un enfant de 3 ans sur le fauteuil du chirurgien-dentiste peut induire des réactions disproportionnées, alors qu'en soi, cet acte est lu comme anodin par un adulte. Il est donc recommandé de laisser l'enfant sur les genoux de sa mère ou de son père pour que la relation d'attachement parent/enfant ne soit pas perturbée par un acte qui pourrait être ressenti comme une séparation, d'autant plus que le chirurgien-dentiste est un étranger pour cet enfant.

Les enfants en âge d'être à l'école primaire comprennent que toute forme de vie est condamnée à disparaître, y compris la leur.

Plus l'enfant grandit, plus il est apte à percevoir le danger et à comprendre la gravité d'un événement, d'en apprécier les enjeux et d'en prévoir les conséquences. Dès lors, la menace vitale perçue et les blessures deviennent, comme pour l'adulte, les facteurs étiologiques principaux des troubles ultérieurs.

Dans les soins dentaires, à cet âge, l'enfant a une plus grande acuité de ce qui lui arrive et par conséquent le praticien tiendra compte du fait qu'il perçoit son environnement quasi comme un adulte. Cependant, il s'agit toujours d'un enfant et même si l'enfant semble avoir beaucoup de maturité, le praticien prendra beaucoup de précautions pour ne pas créer de trauma car il est toujours face à un enfant.

Ce n'est que lorsqu'ils sont en mesure de réaliser le caractère mortifère d'un événement, soit après l'âge de trois ans, que ce dernier pourra se révéler

traumatique au sens conventionnel du terme. Notons que l'éducation, la culture et la religion influencent la conceptualisation de la notion de mort et que les expériences vécues en accélèrent généralement la compréhension.

Les plupart des réactions des tous petits de 3 à 6 ans s'appliquent aux grands enfants et aux préadolescents. Ceux que les événements ont mûris précocement peuvent également présenter des troubles rencontrés habituellement chez les adolescents.

Selon Hélène ROMANO (63), le trauma n'a pas d'âge et peut blesser à tout moment. L'adage "petites victimes-petits traumas" ne tient pas. La réalité est tout autre et la pratique clinique auprès d'enfants confrontés au réel de l'événement traumatique, nous amène à constater, au quotidien, combien les bébés, les enfants plus grands et les adolescents, perçoivent, à leur niveau, les bouleversements subis et ne sont pas épargnés par le trauma, ni par la mort. L'événement traumatique, certaines fois unique mais d'autres fois, subi de façon réitérée, vient marquer l'histoire d'enfance de ces futurs adultes et peut venir durablement hypothéquer leur devenir.

Voir un enfant souffrir ; entendre les plaintes d'un tout petit ; savoir qu'un enfant sans défense a pu subir des violences ; savoir qu'un enfant endeuillé n'aura plus auprès de lui son père, sa mère pour l'aider à grandir est insupportable. Ce sont autant de situations qui confrontent les adultes à quelque chose qui est de l'ordre de l'irreprésentable. Et bien souvent les adultes ne peuvent pas voir, ni entendre cette souffrance qui s'inscrit dans la vie des plus petits. C'est alors l'indifférence, la banalisation, voire le déni, qui répondent aux blessures de l'enfant traumatisé. Ce n'est pas tant qu'ils ne veulent pas comprendre que l'événement a pu toucher l'enfant, mais bien davantage qu'ils ne peuvent pas penser cette réalité.

L'attention à porter aux enfants exposés à un événement traumatiques, est donc plus que nécessaire pour qu'ils ne se retrouvent pas seuls, face au trauma et qu'ils puissent reprendre leur vie.

Il est ici essentiel de rappeler qu'un enfant seul n'existe pas. Pour grandir, se sentir en sécurité, comprendre le monde extérieur, l'enfant a besoin de l'autre et tout particulièrement de ses proches. Les prises en charge d'enfants exposés directement à des événements traumatiques nous permettent de constater que ce n'est pas tant la gravité du drame qui fait impact traumatique

dans la vie psychique de l'enfant que les réactions de son entourage. En effet, même s'il n'a pas les mêmes ressources psychiques qu'un adulte, l'enfant perçoit les bouleversements de son entourage et peut être durablement blessé psychiquement par les réactions de ses proches.

Face à un événement traumatique, l'enfant a besoin de retrouver la confiance en lui et en l'autre à un moment où tous ses repères, toutes ses croyances ont été mises à mal, voire anéantis par l'événement. Quand l'enfant se sent incompris, rejeté, abandonné par celui censé le protéger, l'effondrement psychique peut être majeur et venir majorer les troubles post-traumatiques éventuels. Il peut s'effondrer rapidement après les faits, mais bien souvent à distance à la période adolescente ou à l'âge adulte.

Il s'agit pour l'adulte de rester disponible psychiquement pour l'enfant, c'est-à-dire d'être en capacité de contenir sa détresse, de le soutenir, de le rassurer, de le protéger, de ne pas tenter de dénier la violence de ce qu'il a pu ressentir et de l'accompagner. Si nous comprenons l'idée que les enfants doivent être portés, fabriqués, pensés dans un lien structurant aux parents, à la famille, à la société, alors apparaît immédiatement l'idée d'un soutien à ces parents d'enfants traumatisés. L'attention portée à ces enfants ne peut se faire sans cette idée d'un portage nécessaire aux proches et d'une représentation de la parentalité dans ces situations de deuils et de trauma. Cette anthropologie de l'intime et du quotidien, autour du lien aux enfants et à ceux qui les portent, permet de repérer des tuteurs de résilience, encore appelés adultes transitionnels. Grâce à eux, grâce à leur présence, à leurs mots et aux rites qu'ils mettent en place, les enfants exposés au traumatisme pourront continuer de vivre au-delà de tous les drames subis.

1.4. Quelles thérapies et quels thérapeutes pour le traiter ?

1.4.1. Les différentes thérapies :

Les interventions psychothérapeutiques les plus recommandées incluent la thérapie comportementale, la thérapie cognitive ou encore la thérapie

cognitivo-comportementale. Les résultats de plusieurs études telles que traitées entre autre par F. LEBIGOT (48) confirment leur efficacité dans le traitement du trouble de stress post-traumatique.

La thérapie comportementale vise à modifier l'attitude de la personne en réduisant les comportements d'évitement et apporte des stratégies pour réduire ses symptômes anxieux.

Le praticien veillera à modifier son comportement à l'égard du patient en tentant de réduire au maximum tout geste susceptible d'induire un stress quelconque. Il anticipera également toute intervention par une approche douce, calme et bienveillante.

La thérapie cognitive s'oriente à changer les cognitions (pensées, idées, anticipations, interprétations) erronées et dysfonctionnelles vis-à-vis des conséquences du traumatisme.

Dans la pratique odontologique, lors de l'anesthésie par exemple, le praticien anticipe la sensation de gonflement et de fourmillement en montrant au jeune patient à l'aide d'un miroir qu'il n'y a aucune transformation du visage et qu'il ne s'agit que d'une simple sensation qui est temporaire et qui va disparaître.

La thérapie cognitivo-comportementale peut être composée de désensibilisation, de technique d'exposition progressive à des éléments rattachés au traumatisme pour analyser les comportements et les pensées, apprendre de nouveaux comportements et remplacer les pensées et les émotions non désirées par d'autres qui sont davantage adaptées.

En ce qui concerne **l'approche dite EMDR** = « Eye Movement Desentization and Reprocessing » ou intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires. L'EMDR est une approche de psychothérapie reconnue au cours des dernières années pour son efficacité dans le traitement du trouble de stress post-traumatique. C'est une méthode de désensibilisation et de retraitement des informations (souvenirs, images) par les mouvements oculaires s'apparentant à l'effet de suivre des yeux un pendule dans les expériences d'hypnose. Selon les chercheurs, les mouvements oculaires permettent, sous certaines conditions de diminuer la détresse associée à des souvenirs douloureux.

1.4.2. Cas particulier de l'hypnose

Pour ce qui est de **la thérapie par l'hypnose**, tous les spécialistes ont leur propre définition et aucune théorie ne fait autorité. Le phénomène hypnotique est si complexe que les praticiens disent volontiers qu'il y a, non pas une, mais plusieurs hypnoses. Seule certitude : ce n'est pas un état de sommeil, mais un état modifié de conscience (EMC), comme le rêve, la transe, la relaxation, les expériences mystiques, la méditation...

La « transe hypnotique » correspond à une modification de la vigilance normale – celle qui nous permet de raisonner et de vivre au quotidien. Mais elle a ses caractéristiques : dans un environnement monotone où rien ne se passe, où les stimuli sont peu intenses, notre cerveau est en « manque » d'informations. Il se met alors à en produire lui-même en puisant des images dans notre inconscient. En quelque sorte, on « rêve » tout en restant conscient. En outre, contrairement à l'état de vigilance normale, où l'attention embrasse de nombreux centres d'intérêt en même temps et passe rapidement de l'un à l'autre, elle est concentrée, en hypnose, sur un sujet beaucoup plus restreint. C'est ainsi que, peu à peu, la personne hypnotisée oublie la réalité extérieure pour entrer dans une réalité intérieure, mais qu'elle vivra comme extérieure. Seule exception : la voix de l'hypnotiseur continue d'être entendue. Ses mots deviennent un stimulus très particulier qui augmente le pouvoir de la suggestion. Celle-ci provoque alors des changements psychologiques ou physiologiques inhabituels (disparition immédiate de douleurs aiguës ou d'un eczéma, etc.) (60)

1.4.3. Psychothérapie et pharmacologie

Bien qu'une personne donnée puisse s'améliorer avec la médication seule ou avec la psychothérapie seule, la **psychothérapie** est scientifiquement reconnue **comme la solution la plus efficace pour le traitement du stress post traumatique.**

Les consensus thérapeutiques actuels des états de stress post-traumatiques n'ont certainement pas abouti à leur forme définitive. L'expérience montre que le traitement des patients souffrant de ces troubles est complexe et nécessite des approches multimodales. En effet nous ne disposons pas actuellement d'arguments en faveur d'une technique psychothérapeutique unique, ni d'un traitement chimio-thérapeutique exclusif. Mais il apparaît clairement que l'amélioration clinique est d'autant plus satisfaisante que la prise en charge du patient est précoce et le traitement plus spécifique et adapté aux problématiques du patient.

1.4.4. Solutions proposées :

Le chirurgien-dentiste Patrick JEVEAN (42) propose que l'odontologiste pédiatre tente une restructuration cognitive. Il nous apprend que cette restructuration cognitive veut dire que le patient s'entraîne à confronter sa peur de manière active en évitant la fuite mentale ou physique. Beaucoup de personnes n'osent pas dire à leur entourage qu'ils ont peur. Le fait de s'occuper de sa peur et en parler ouvertement a un effet positif. L'évitement augmente la peur.

Le phobique dentaire centre son attention sur l'environnement dont il a peur. Lors de la phobie, le danger extérieur n'est pas réel mais résulte d'une perception intérieure basée sur des réactions physiologiques, des sentiments et des pensées. **Rediriger l'attention du patient sur lui-même, l'aide à autocontrôler sa peur.**

Il faut également distraire les pensées anxiogènes. Apprendre au patient à visualiser une situation qui réveille des sentiments et situations agréables non compatibles avec l'angoisse, p.ex. l'été, les vacances, le soleil et la détente comme mots-clés pour la relaxation est une piste à suivre.

Etant donné qu'il y a souvent une longue période depuis la dernière visite dentaire du patient, sa connaissance des soins dentaires et les instruments est souvent réduite ou erronée. L'évitement déforme aussi le souvenir du traitement et augmente la peur.

Une information et une démonstration des instruments et des différentes séquences de traitement sont une phase primordiale de la thérapie cognitive.

1.5. Comment éviter l'événement traumatique ?

1.5.1. psychologie de la communication

On ne saurait traiter de ce sujet sans aborder les principes de la psychologie de la communication.

Selon le Dictionnaire fondamental de la psychologie (26), la communication est définie comme : « Processus et ensemble de comportements servant à la production, à la transmission et à la réception d'informations par l'entremise de systèmes symboliques partagés et définis socialement.

La communication verbale et non-verbale sont définies comme le « Domaine d'investigation qui aborde par la méthode expérimentale les relations s'établissant entre les aspects verbaux de la communication, ses aspects non-verbaux, regard et gestualité, et les variables psychologiques et sociales impliquées dans le processus communicatif. »

Il existe une opposition entre la frénésie de la communication et les problèmes de la communication. Ainsi, citons quelques auteurs comme :

E. Morin: « Il n'y a pas une molécule d'air qui ne vibre aujourd'hui de messages qu'un appareil, un geste, un moyen ne rendent aussitôt audibles et visibles » (58)

C. Baudelaire: « Le monde ne marche que par malentendu. C'est par le malentendu universel que tout le monde s'accorde; car si par malheur, on se comprenait, on ne pourrait jamais s'accorder ». (5)

A. Jacob: « Les hommes se parlent beaucoup mais s'entendent peu. Sans doute reconnaissent-ils assez couramment qu'ils ne partagent pas les mêmes opinions, et n'ayant pu se convaincre les uns les autres, ils restent sur leurs positions respectives. Mais, il est moins aisé de leur faire admettre qu'ils n'accordent pas aux mots un sens identique. Ce n'est qu'à l'occasion de crises plus ou moins graves, engageant leurs existences individuelle ou collective,

qu'ils sont obligés de s'en apercevoir. Il ne suffit pas de parler la même langue pour se comprendre... » (en effet le seul registre lexical ou linguistique commun ne suffit pas pour que les gens se comprennent).(33)

M. Weber:

« Entre

Ce que je pense

Ce que je veux dire

Ce que je crois dire

Ce que je dis

Ce que vous avez envie d'entendre

Ce que vous entendez

Ce que vous avez envie de comprendre

Ce que vous croyez comprendre

Ce que vous comprenez

Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.

Mais essayons quand même... » (77)

1.5.2. Modèles principaux de la communication

Nous retiendrons que les modèles principaux de la communication sont définis par les quatre approches suivantes (33) :

- Approche informative :

Les aspects techniques de la communication ne doivent pas cacher l'essentiel : la communication a pour objectif de faire passer un message. La communication cherche à répondre à l'un des objectifs suivants :

- faire passer une information, une connaissance, ou une émotion,
- créer une norme commune pour se comprendre,
- créer une relation pour dialoguer fréquemment, ou relancer le dialogue,
- obtenir une influence pour inciter l'autre à agir selon sa volonté,
- donner son identité, sa personnalité au tiers, pour être connu.

- Approche systémique :

Elle repose sur l'appréhension concrète d'un certain nombre de concepts tels que: système, interaction, rétroaction, régulation, organisation, finalité, vision globale, évolution, etc. Elle prend forme dans le processus de modélisation, lequel utilise largement le langage graphique et va de l'élaboration de modèles qualitatifs, en forme de "cartes", à la construction de modèles dynamiques et quantifiés, opérables sur ordinateur et débouchant sur la simulation.

C'est pourquoi la mise en œuvre de cette démarche passe par un effort d'apprentissage conceptuel et pratique auquel doivent consentir tous ceux qui ambitionnent de réaliser une plongée heureuse dans la complexité, afin d'être capable dans un premier temps de s'y orienter, puis dans un second temps d'agir sur elle : chercheurs, décideurs professionnels et politiques, hommes d'action mais aussi simples citoyens désireux de comprendre leur époque.

Combinant en permanence connaissance et action, la communication systémique se présente comme l'alliance indissoluble d'un savoir et d'une pratique.

- Approche linguistique :

Selon cette approche, la principale propriété du langage est de diriger l'attention sur certains aspects de la réalité plutôt que d'autres. Le langage serait constitué de différents outils linguistiques, possédant chacun des propriétés cognitives particulières. Chaque outil linguistique influencerait différemment les processus cognitifs du récepteur, en orientant son attention sur des aspects différents de l'événement décrit dans le message. Ainsi, le choix d'un outil linguistique dans un message permettrait de structurer les représentations et les actions du récepteur, en influençant ses processus cognitifs. Comme tout outil, chaque outil linguistique aurait des propriétés déterminées et finies, mais offrirait des possibilités d'actions infinies. Etudier le langage consisterait à identifier les propriétés des outils linguistiques et les différentes utilisations que l'on peut en faire.

Il faut dans un premier temps classer les différents outils linguistiques. Ceci implique d'identifier les propriétés cognitives de chaque outil linguistique. Il faut ensuite étudier l'utilisation de ces outils linguistiques dans des contextes spécifiques de communication et les conséquences de cette utilisation sur les processus cognitifs. Au final, l'étude de l'utilisation des outils linguistiques devrait conduire à mieux comprendre l'interface entre cognition et langage.

Chez l'enfant, on pourrait par exemple choisir comme outil linguistique l'utilisation d'un nounours à qui on parlerait pour faire passer des messages en disant à l'enfant que le nounours est d'accord avec ce qu'on vient de lui dire en faisant le nounours opiner du chef.

- Approche cognitive :

Un premier ensemble de recherches conçoit le langage comme un « outil » cognitif. Cette conception du langage est développée autour de l'idée que le langage doit être compris comme n'importe quel autre outil utilisé par l'humain. Un outil est défini comme un dispositif conçu pour être adapté à la fois aux capacités humaines et aux besoins d'une tâche, et ainsi étendre les capacités humaines pour atteindre de nouveaux buts . Par exemple, une paire de ciseaux est un outil adapté à la forme de la main et à notre capacité de préhension, qui permet de découper, sans les déchirer, des morceaux de papier. De la même

manière, le langage est un outil adapté à nos capacités cognitives et qui permet de communiquer et d'interagir socialement. Selon cette approche, le langage n'est pas uniquement un système de représentation, il s'agit plutôt d'une structure permettant l'action. Le langage ne serait pas seulement un moyen de représenter le monde, c'est aussi un moyen d'agir, en interagissant avec autrui, en structurant les représentations d'autrui sur le monde.

Il nous a semblé intéressant de relever que l'approche systémique de la communication est un apport considérable pour la pratique odontologique pédiatrique, particulièrement lorsque nous sommes en présence d'enfants. Les acteurs interagissant les uns avec les autres, il serait par exemple très intéressant de faire un jeu de rôle où l'on inverse la position enfant/parent, le parent jouant le rôle de l'enfant et l'enfant celui du parent qui mimera l'acte en démontrant qu'en fait "ça n'a pas fait mal" ou encore en demandant à l'enfant qui joue le rôle du parent de tenir la main de son "enfant" (le père) et de le cajoler,...

1.5.3. l'école de Palo Alto

En effet, nous ne saurions ne pas évoquer l'école de Palo Alto qui est basée sur cinq axiomes : (24)

- **« On ne peut pas ne pas communiquer ».**

→ La communication est phénomène interactionnel

- **« Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et par suite est une métacommunication » :**

→ La communication ne se réduit pas au message verbal: tout comportement social a une valeur communicative

- **« La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires ».**

→ La communication est dépendante du contexte (cadre symbolique, normes, rituels, règles)

- **« Les êtres humains usent de deux modes de communication : digital et analogique. Le langage digital possède une syntaxe logique très complexe et très commode, mais manque d'une sémantique appropriée à la relation. Par contre, le langage analogique possède bien la sémantique, mais non la syntaxe appropriée à une définition non-équivoque de la nature des relations ».**

→ Tout message comporte 2 niveaux de signification :

- Contenu informatif
- Relation

- **« Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence ».**

→ La relation entre interlocuteurs se structure selon 2 grands modèles :

- Modèle symétrique: relation égalitaire, comportement en miroir
- Modèle complémentaire: comportements contrastés, ajustements

L'Ecole de Palo Alto tente de nous faire comprendre que n'importe lequel de nos comportements est porteur d'une signification. Dès lors, nous ne pouvons pas ne pas communiquer. Les interlocuteurs s'influencent donc en permanence à travers leur façon d'agir.

1.5.4. Le praticien et la communication

En regard de ce que nous venons de voir au sujet de la psychologie de la communication, et plus particulièrement en lien avec l'Ecole de Palo Alto, le chirurgien-dentiste communique nécessairement avec son patient. Il communique parce qu'il transmet un message et induit un comportement.

Nous avons vu que la communication possède deux niveaux, soit le niveau du contenu et le niveau de la relation. Nous dirons que le contenu se définit comme l'information essentielle du message de base alors que la relation est davantage liée à la perception, au contexte, à la compréhension plus fine des langages verbaux et non-verbaux.

Il est pour le moins essentiel de veiller à ce que la priorité hiérarchique soit accordée au contenu du message. Le contenu reposant sur des points objectifs alors que la relation est davantage subjective. En cas de conflit entre un et l'autre, il faut toujours avoir pour objectif que le contenu soit parfaitement compris. Il ne faut en aucun cas que la relation puisse prendre le dessus sur le contenu.

Il existe une interaction permanente entre les interlocuteurs au sujet de la définition qu'ils ont de la relation. Ces interlocuteurs voudront toujours montrer à l'autre comment ils se voient ou se déterminent dans la relation et dans une situation déterminée.

On trouve l'application de ce qui est dit précédemment au cabinet dentaire dans la relation chirurgien-dentiste/enfant. Nous soulignons que l'enfant est un patient particulier. Cet enfant n'est pas un petit adulte, bien au contraire. **Cet**

enfant est une personne *stricto sensu* qu'il faut considérer comme un tout capable d'exprimer des émotions (23).

Disons également que le vécu de l'enfant au cabinet dentaire peut induire des phobies qui compliquent la prise en charge du petit patient.

L'adulte qui a peur du dentiste est « cet enfant » qui a mal vécu l'expérience du cabinet dentaire lorsqu'il était petit. Cette expérience traumatisante induit nécessairement par la suite une santé buccale désastreuse, parce que cet adulte ne consulte plus ou consulte trop tard.

Il faudra donc restaurer avec cet adulte la relation avec le praticien et *a fortiori* éviter avec l'enfant des comportements qui peuvent induire des traumatismes.

Le praticien comprend-il qu'il peut faire naître de l'anxiété du fait qu'il touche à la bouche, organe très important dans le développement de l'enfant ?

Bouche comme premier organe en relation avec l'extérieur. Bouche pour satisfaire les besoins primaires qui sont boire et manger. Bouche comme organe du plaisir lié à la succion et qui crée la relation entre la mère et l'enfant, également du plaisir lié au goût. Bouche comme organe de la parole, de l'expression orale, du fameux « cri primal » si cher aux psychanalystes.

Du fait de la relation très particulière que l'enfant a avec son organe, introduire dans sa bouche un instrument quelconque ou un doigt peut induire un stress d'une ampleur dont on ne connaît pas toujours l'importance.

Seule une relation praticien/enfant bien menée permettra de réduire les effets néfastes induits par cette introduction qui génère le trauma, dans une vision d'acceptation par l'enfant de l'acte thérapeutique (33).

Pour conclure ce chapitre, nous dirons que le chirurgien-dentiste devra tenir compte de l'ensemble des facteurs environnementaux en vue d'éviter tout comportement qui serait mal interprété. Chaque facteur environnemental (cabinet, bruit, lumière, musique, couleurs, blouse blanches, accueil, mimiques, odeurs, ...) étant chaque fois un acteur interagissant au plan systémique et de même valeur que les personnes ou que l'acte lui-même.

2. La régression en âge

Selon G.SALEM (68), la régression en âge "est une technique de réactivation de la mémoire, consistant en une sorte de "voyage subjectif dans le passé". Avant d'être un procédé hypno-thérapeutique, il s'agit bien entendu, à un degré moins accentué, d'un phénomène parfaitement naturel et spontané, propre à n'importe qui (réactivation des souvenirs au fil d'une rêverie). Dans une perspective thérapeutique, cette technique peut servir simplement d'induction ou d'approfondissement de la transe (toute allusion de l'enfance ayant pour effet de faciliter la dissociation hypnotique). Elle peut aussi être utilisée de façon plus élaborée pour faire revivre au patient une période difficile et mal intégrée de son passé, afin de réaménager l'organisation actuelle de ses affects (surtout si ces expériences difficiles jouent un rôle significatif dans la souffrance actuelle, comme c'est le cas dans nombre de troubles post traumatiques). Il ne faut pourtant pas perdre de vue qu'il s'agit ici davantage d'une reconstruction psychique que de je ne sais quelle "vérification des faits" comme le veut une certaine mode naïve".

L'hypnose thérapeutique s'inscrit dans une démarche de *thérapie brève*. En général trois à dix séances, sur une durée de quelques semaines à quelques mois, sont suffisantes et ceci, même parfois, pour des troubles persistants depuis de nombreuses années. Au travers d'une approche souple, indirecte — nourrie d'un discours métaphorique, le patient vit sa thérapie comme un apprentissage l'amenant à découvrir ses propres ressources. Tout en gardant une part consciente, il accède à un « *état modifié de conscience* » le libérant de la rationalité et des inhibitions. Il s'ouvre à une grande réceptivité et à une créativité démultipliée. Les changements que le patient vivra passeront par le ressenti et les émotions et, contrairement à une approche analytique interprétative, la recherche de causes ou l'interprétation de symptômes ne constituent pas en eux-mêmes des déterminants de la résolution de ses difficultés. (74)

Exemple de cas clinique (74) : Hugo, 11 ans, rouvre des yeux pétillants de surprise. C'est sa première séance en hypno thérapie. Le praticien lui demande comment était le prince dans le conte qu'il vient d'entendre sous hypnose. Hugo raconte, avec moult détails, ce qu'il a « vu » : « Lorsque le prince était une grenouille et qu'il était dans la mare, c'était une petite grenouille verte avec le ventre d'un vert plus clair et il avait une petite couronne dorée sur la tête. Lorsqu'il remettait ses vêtements c'était à nouveau une personne. Le roi, c'était Henri IV... » Hugo semble ainsi élaborer spontanément une représentation imagée de l'histoire qui lui est racontée. Cette représentation est enrichie de détails qu'il a inventés.

Essayons de comprendre, au travers des recherches sur l'influence des états de relaxation et d'hypnose sur l'imagerie mentale, comment les images viennent si naturellement à l'esprit d'Hugo.

La fermeture des yeux s'accompagne d'une transition vers le rythme cérébral Alpha (8-13 Hz chez l'adulte et 4-7 Hz chez l'enfant) caractéristique des états de relaxation, de méditation ou d'hypnose. Propre aux états de détente psychocorporelle, ce rythme facilite et amplifie le surgissement d'images mentales ainsi que l'activité onirique ou pour le moins sa mémorisation. Les bons sujets hypnotiques relatent un accroissement de visions involontaires de types oniriques durant la narration d'une histoire sous hypnose. Les sujets répondant bien à l'hypnose expriment qu'en hypnose leur processus d'imagerie mentale est plus vivide et spontané qu'en état de veille et se produit sans effort. Certains sujets expriment que leur processus cognitif est davantage holistique et moins analytique. Ces témoignages suggèrent que l'hypnose permet à certains sujets de basculer d'un système de codage plutôt verbal et orienté vers les détails durant la veille à un système de codage plus visuel et holistique en hypnose.

Divers auteurs comme Graham ont émis l'hypothèse que l'hypnose induit une modification des dominances cérébrales vis-à-vis du fonctionnement cognitif (65). Plusieurs études (Karlin, Cohen & Goldstein, 1983) ont montré un déplacement important de l'EEG (électroencéphalogramme) allant de l'hémisphère gauche au profit de l'hémisphère droit lors de l'entrée en transe

hypnotique de sujets très réceptifs. Ces recherches soulignent que les états mentaux propres à la relaxation et à l'hypnose favorisent la production d'une représentation imagée. Elles n'avancent cependant pas l'hypothèse que ces états mentaux pourraient simplement donner accès à l'imagerie qui se produit automatiquement et inconsciemment à l'état de veille. La conscience émerge lorsque l'histoire d'un objet — perçu ou rappelé en mémoire — changeant causalement l'état du corps peut se raconter en utilisant le vocabulaire non verbal universel des signaux corporels.

La régression en âge ou remodelisation d'histoire de vie (RHV) est une technique d'hypnose. Il s'agit, une fois le patient en transe hypnotique, de l'amener à revivre une situation récente représentative de son trouble et de ressentir pleinement les affects associés. Puis, en se concentrant uniquement sur le ressenti physique et émotionnel de lui suggérer un retour dans le passé comme regarder le film de sa vie en laissant revenir les situations « qui s'imposent ». Le ressenti active en quelque sorte « un pont affectif » -Watkins, (76)- vers des événements du passé. Un travail spécifique est réalisé successivement sur chaque événement revécu. Les patients revivent fréquemment des scènes remontant à l'adolescence et à l'enfance voire même, dans certains cas, des scènes plus précoces de la petite enfance. Les patients déclarent souvent ne pas avoir repensé consciemment à ces événements, plus rarement, les avoir oubliés. Lorsqu'ils ont déjà fait un travail thérapeutique en lien avec ces événements, bien souvent ils s'étonnent que leurs émotions puissent être encore aussi fortes. (74)

2.1. Définition

2.1.1. Principe

Notre cerveau enregistre toutes nos activités et notre vécu depuis notre vie intra utérus. Si ces informations sont enregistrées, nous pouvons d'une façon ou d'une autre les faire revivre, ce que nous appellerons « la reviviscence ».

Cette expérience du passé peut avoir provoqué un traumatisme.

Le principe de la régression en âge veut que l'on retourne par une technique d'hypnose au moment de l'événement traumatique et que l'on transforme le trauma en ôtant éventuellement toutes les croyances qui tournent autour de cet événement, croyances qui étaient « fabriquées » parce que ressenties par un enfant par exemple, et que cet événement a perduré dans la durée car sa construction cognitive ne permettait pas d'appréhender l'événement qu'il vivait du fait qu'il était par exemple submergé par l'émotion et ne voyait donc pas les bienfaits liés à l'acte traumatisant comme le fait de soigner une dent.

La régression en âge tente donc de faire revivre cet événement pour réparer la charge traumatique qui empêche l'adulte de continuer son parcours normalement.

Cette régression en âge sera accompagnée de toutes les émotions qui sont nées lors de l'événement traumatisant. Elle est donc très lourde dans sa prise charge et nécessite une grande expérience dans le chef du praticien qui « ouvre une porte » qu'il doit pouvoir refermer car la technique proposée ne doit pas provoquer une situation plus traumatisante encore. *De facto*, le praticien doit donc être parfaitement conscient du fait qu'un patient peut régresser à un moment passé où un événement traumatisant a pu prendre place – mort, violence, viol, etc...- et cela peut déclencher de fortes émotions comme des crises de larmes ou même d'hystérie qui seraient très difficiles à gérer par manque d'expérience (57).

2.1.2. Pour ou contre ?

Toujours selon G.SALEM (68) "dans une toute autre intention, la technique de régression en âge peut au contraire viser à faire revivre au patient des souvenirs heureux et puissants, notamment des expériences fécondes. En effet, la ressouvenance de périodes où il allait bien et faisait des découvertes et des progrès, peut lui réinsuffler un peu de vitalité, de motivation, d'inventivité, simulant en lui le processus de changement et d'apprentissage (...) Diverses métaphores peuvent être utilisées par le thérapeute en guise de support: par exemple, le voyage dans un train imaginaire en observant les changements du

paysage par la fenêtre (et en y reconnaissant progressivement les décors de l'enfance) ou bien l'effeuillage à l'envers d'un "calendrier spécial", en remontant les années jusqu'à la période visée"

La Régression en Age est par contre un exercice très délicat. Ce que le sujet vit au cours de la régression n'est pas nécessairement un fait du passé revécu fidèlement, mais plutôt une reconstitution basée sur la mémoire faillible et malléable du sujet et sur les suggestions éventuelles du thérapeute ou d'autres personnes. Il peut toujours y avoir le risque de faire émerger des faux souvenirs, des croyances latentes, et on ne compte plus les cas d'enfants ayant accusé à tort leurs parents ou proches d'inceste etc. C'est ce qu'on a appelé le FMS : False Memory Syndrom. Ainsi, certaines personnes adultes ont retrouvé, au cours d'une psychothérapie, des souvenirs d'abus sexuels qu'elles auraient subis pendant leur enfance. Or, certaines d'entre elles se sont rendu compte plus tard que les événements remémorés ne s'étaient jamais produits et que ces souvenirs retrouvés étaient donc de faux souvenirs.

Au lieu de les conduire vers la guérison, ces psychothérapies ont entraîné des ravages chez les patients et ont démolé leurs familles.

Dès lors, deux camps ont émergé :

- d'un côté, un certain nombre de psychothérapeutes, psychiatres, psychanalystes, psychologues ou thérapeutes auto proclamés, sont convaincus que les difficultés existentielles de leurs patients sont causées par des traumatismes subis dans l'enfance, qui auraient été refoulés et dont il faut retrouver le souvenir pour guérir. Selon eux, les souvenirs retrouvés en thérapie sont vrais et ceux qui pensent le contraire sont en déni,
- de l'autre côté, des chercheurs et des scientifiques de la mémoire ont trouvé ces affirmations fondamentalement invraisemblables. Les souvenirs de traumatismes peuvent être inexacts par rapport aux détails spécifiques, mais de nombreuses recherches ont indiqué que l'essentiel des événements traumatiques a très peu de chances d'être oublié. Les auteurs montrent que la mémoire est fragile et malléable, qu'elle est sensible aux techniques de suggestion et que, par conséquent, tous les souvenirs retrouvés d'abus sexuels ne sont pas nécessairement vrais.

La question se pose alors de savoir comment faire la différence entre les vrais et les faux souvenirs et comment résoudre la contradiction entre ces points de vue.

Le vécu traumatique, si il est mal géré par le thérapeute par insuffisance de distanciation émotionnelle par exemple, risque d'être ré-ancré encore plus fortement.

Certains thérapeutes affirment également que les seuls véritables problèmes de « décompensation psychique » qu'ils ont pu constater en plusieurs années de pratique de l'hypnose l'ont été suite à des régressions en âge spontanées ou provoquées, qui ont été mal gérées.(3)

2.1.3. Applications : quand ? Pourquoi ? comment ?

La technique de régression en âge est particulièrement recommandée dans les cas où le patient rencontre les problèmes liés à un traumatisme qui perdure dans le temps comme par exemple une avulsion compliquée, un phénomène d'étouffement ; ou pour soigner les comportements addictifs ; ou pour restaurer les problèmes de confiance en soi ; de peurs phobiques ; d'inconfort de vie ; d'anxiétés ; ...

Cette reviviscence de l'événement traumatique peut permettre de comprendre les causes profondes qui induisent des troubles psychosomatiques.

Le praticien restera cependant prudent car certains événements peuvent être nés de l'imaginaire du patient, et c'est l'événement en tant que tel que le praticien va tenter d'effacer, qu'il soit imaginaire ou réel (57).

Au cabinet dentaire, la régression en âge portera plus spécifiquement sur le traitement des phobies. La peur du chirurgien-dentiste est la cause principale d'échec du traitement.

La phobie est une peur irrationnelle déclenchée par la présence d'un objet ou d'une situation déterminés ne présentant pas en eux-mêmes un caractère objectivement dangereux. L'anxiété n'est pas atténuée par le fait de reconnaître que la situation n'est pas menaçante. A la différence du trouble obsessionnel, la crainte n'est ressentie que lorsque la personne se trouve confrontée avec l'objet ou la situation redoutés mais la simple évocation de ce qui est redouté peut provoquer une peur par anticipation.

L'angoisse phobique disparaît en l'absence de l'objet ou de la situation, aussi la personne va éviter la situation redoutée ou mettre en place des stratagèmes d'évitement, comme l'utilisation d'un objet contre-phobique : un gri-gri, avoir sa boîte d'anxiolytique et sa bouteille d'eau sur soi, être accompagnée d'une personne...

Ces phobies sont liées à un stimulus précis comme la proximité de certains animaux - araignées, serpents, souris, oiseaux, chiens...-, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, les voyages en avion, la conduite automobile, l'école, les examens, les soins dentaires, les piqûres, la vue du sang, les espaces clos...-la liste est encore longue !-

Grâce à des démarches d'évitement la personne peut vivre quasi-normalement avec certaines de ces phobies ; on ne croise pas des araignées à chaque coin de rue dans nos villes mais une personne souffrant d'une phobie des oiseaux aura plus de mal à les éviter et certaines phobies spécifiques comme la peur des voyages en avion ou en train risque de limiter son mode de vie ou d'impacter sa vie professionnelle.

Ces troubles phobiques peuvent s'associer à d'autres troubles du type névrotiques ou à des troubles de l'humeur ; les phobies spécifiques semblent, en effet, parfois jouer un rôle de mécanisme de défense contre l'angoisse qu'elles concentrent, en quelque sorte, sur un objet précis.(74)

2.1.4. Techniques de régressions en âge

- **Méthode du calendrier**

Cette technique consiste à demander au patient d'imaginer, face à lui, un calendrier. On dit par exemple : « permettez-vous de percevoir vivement ce calendrier. Si vous pouvez imaginer ce calendrier, levez votre index droit afin que je sache que vous suivez ma suggestion. Maintenant, focalisez votre attention sur la date d'aujourd'hui et voyez-la réellement. Les pages du calendrier s'effeuillent en arrière, jusqu'à il y a un mois. Si vous pouvez voir la date sur le calendrier, soulevez votre index droit afin que je sache si vous voyez la date du mois passé. Maintenant les pages s'effeuillent de plus en plus vite jusqu'à l'année précédente...

- **Pont affectif**

Le pont affectif est une technique largement employée par des praticiens expérimentés. Watkins (76) donna ce nom à une technique dans laquelle la régression a lieu au moyen d'une connexion directe entre un sentiment d'inconfort actuel et une situation ancienne au cours de laquelle le sentiment est ressenti.

En pratique, on demande au patient de décrire ce sentiment d'inconfort en état de veille. Cette émotion est alors amplifiée sous hypnose en demandant au patient d'y focaliser son attention.

Quand l'émotion est à son paroxysme, le praticien guide le patient vers son origine et fait le lien entre la cause passée et l'inconfort présent. Le patient est alors amené à traiter l'émotion originelle qui est habituellement la cause de l'actuelle tension inconfortable.

Le praticien recherche entre autre des associations d'inconfort présent/passé. Cette technique requiert une aptitude importante à gérer de fortes abréactions qui peuvent se produire lors de l'emploi de cette technique

- **Ecriture automatique**

Les cas d'écriture automatique, spontanée ou induite dans un cadre expérimental, sont décrits depuis le début de l'hypnose moderne au XVIIIe siècle. Développée dans les années 1910 par les surréalistes français comme André BRETON à partir des travaux du psychologue Pierre JANET sur « l'automatisme psychologique » et de Sigmund FREUD sur « l'inconscient », elle n'est pas en tant que telle un phénomène paranormal ou une approche thérapeutique.

Le terme « Ecriture automatique » *désigne l'écriture inconsciente qui est souvent utilisée par les hypno-thérapeutes pour permettre à l'inconscient de s'exprimer par l'écrit.*

C'est une technique de libération qui permet de faire émerger de l'inconscient des rêves, des désirs, de découvrir des événements du passé ou des solutions pour le présent et l'avenir. Egalement de stimuler la créativité. L'état hypnotique favorise l'accès à des ressources (souvenirs enfouis, connaissances, capacités créatrices...) situées dans l'inconscient, et c'est cette "matière Inconsciente" qui va "ressortir" par l'écrit.

Cette séance se déroule de la façon suivante : dans un premier temps, la personne s'installe dans un fauteuil confortable, devant une table sur laquelle repose une feuille de papier. Elle tient un stylo dans la main avec laquelle elle écrit habituellement et la mine du stylo est en contact avec la feuille de papier. Alors débute la phase d'induction de l'état hypnotique, la personne entrant progressivement en Etat Modifié de conscience. Dans un second temps, une fois l'état hypnotique installé chez la personne, la voix de l'hypno-thérapeute lui suggère que son inconscient va maintenant lui transmettre, par écrit, des informations. La main commence alors à écrire "toute seule", de façon automatique, la personne a cette impression ou cette sensation curieuse que ce n'est pas elle qui écrit, et ne sait pas ce qui est en train de s'écrire.

Une fois la séance terminée, la personne rouvre ses yeux et prend connaissance du document placé devant elle (76).

2.2. Les implications thérapeutiques au cabinet dentaire

Cause des problèmes psychologiques

Quels problèmes peut-on traiter ?

Nous pouvons recommander spécialement de faire une régression pour **retourner à la cause des problèmes psychologiques**, lesquels peuvent être listés comme suit : (34)

Les causes possibles de ma phobie dentaire

- Expérience de soins dentaires traumatisante pendant mon enfance
- Expérience traumatisante à l'âge adulte
- Réflexes nauséux ou nausées extrêmes
- Peur d'étouffement lors de la prise d'empreintes dentaires
- ...

Ampleur de ma peur du chirurgien-dentiste

- Depuis l'expérience traumatisante, je me sens impuissant et abandonné chez le chirurgien-dentiste.
- Je pense constamment à cette expérience traumatisante.
- Je me sens comme en prison. Tout dans ma tête tourne autour de ce problème.
- Mes problèmes dentaires provoquent des insomnies
- L'approche au cabinet dentaire est comparable à l'approche à l'enfer.
- Dans le cabinet dentaire, j'ai l'impression d'être en enfer.
- Ma peur du chirurgien-dentiste limite mes contacts sociaux.
- elle entrave ma réussite professionnelle.
- elle gêne mes loisirs.
- elle a un impact négatif sur ma vie sexuelle.
- Elle réduit mon amour-propre.
- elle me pousse dans une certaine isolation sociale.
- ...

Contrôlabilité de ma peur dentaire

- Je peux très bien cacher mes problèmes dentaires.
- C'est un grand effort, mais j'arrive me contenir
- Ma contenance baisse et se brise en présence de photos des dents, conversations sur les dents, réactions sans compréhension dans le cabinet dentaire
- ...

Comment réagit votre corps chez le chirurgien-dentiste

- Sueurs
- Tremblements
- Nausées
- Palpitations
- Envie de vomir
- Souffle court
- Etouffement
- Diarrhées
- Crispation du corps
- Pensées suicidaires
- Peur d'une perte de contrôle
- Douleurs à la poitrine ou au cœur
- ...

3. De la théorie à la pratique clinique

Après avoir brossé la théorie relative à la régression en âge, il serait bon de passer à la pratique pour voir comment une séance se déroule. Nous insistons sur le fait que le déroulement de la séance consiste en un continuum de feedback entre le praticien et le patient, qu'aucun modèle-type de séance n'existe, et que le praticien devra être très expérimenté pour trouver les mots justes selon l'âge et le vécu du patient, en réponse à la souffrance exprimée lors de la séance, dans une vision réparatrice et non pour aggraver encore davantage la situation traumatique.

3.1. Protocole du déroulement d'une séance chez un hypnothérapeute

3.1.1. Régression en âge pour régler un traumatisme classique

Technique du pont affectif - Étude de cas : Carl 31 ans

➤ Discussion à l'état de veille

Le patient désire travailler avec des sentiments qui vont l'aider à ressentir des émotions relatives à sa sensibilité. Il croit qu'il est plus sensible qu'un enfant suite à un traumatisme qu'il ne sait pas définir.

Patient : Parfois, je ressens un besoin qu'on me manifeste davantage d'affectivité.

Praticien : Comment cela se manifeste-t-il ?

Patient : Je vois quelqu'un d'autre faisant attention à des enfants. Je ressens un flash chaud, comme si je n'étais pas une bonne personne. Ça me fait penser quand j'étais enfant, je n'ai pas eu le joli vélo que je voulais – Ce souvenir me donne la sensation que je vole en éclats.

Praticien : Vous rappelez-vous un autre moment de votre vie où vous avez expérimenté un tel « flash chaud », une « désintégration » ? Pouvez-vous relater cet événement ?

Patient : Je ne peux me rappeler consciemment un moment spécifique. Mais j'imagine que ce doit être au moment où quelqu'un m'aurait dit que je ne suis pas bon et m'aurait grondé.

Praticien : Imaginez-vous cela ou vous le rappelez- vous un moment précis ? Vous le rappelez-vous réellement ?

Patient : Malgré mes efforts, rien de semblable n'apparaît

➤ Commentaires du praticien

Comprenez bien la chose avec laquelle nous allons travailler. Carl m'a donné ce que j'ai besoin de savoir. Il m'a donné un signe physique (flash chaud, désintégration). J'ai l'intention de demander à Carl de ressentir ces mêmes sentiments sous hypnose et alors je vais lui demander d'amplifier ces sentiments, de les porter au maximum possible et alors de les associer au passé quand il les a ressentis auparavant. J'explique tout cela à mes patients pour que la séance ne devienne pas une expérience effrayante.

➤ Séance

Ce que j'aimerais que vous fassiez sans effort, c'est de choisir un point au plafond... focalisez votre attention sur ce point... pendant que vous le regardez...vous allez vous sentir fatigué... vos membres vont devenir fatigués... votre corps tout entier va devenir fatigué... bientôt, je vais compter de 1 à 20... peut-être à 15 ou 10 ou 5, où à un moment que vous choisirez, vous fermerez les yeux et vous descendrez dans un sommeil profond, sain, hypnotique... maintenant, vous regarder le point, sans effort... votre corps tout entier est détendu et devient de plus en plus fatigué... il devient très lourd... vos paupières deviennent de plus en plus lourdes aussi... elles commencent à se fermer... ce serait si bien de les fermer... 3 - 4 - 5 vous devenez de plus en plus fatigué, 6 - 7 vous lâchez prise 8 - 9 - 10: de plus en plus profondément, 11 - 12 : 13 - 14 - 15 -16. Je vais toucher votre épaule au nombre 20. Vous serez à votre niveau le plus profond, plus profondément qu'auparavant... 17 - 18 - 19 - 20 hypnose profonde, profonde... lâchant prise... vous focalisant sur les

suggestions que je vais vous donner... la façon dont je vais communiquer avec vous.. permettez à votre esprit d'être calme... votre corps et votre esprit ne font qu'un... comme vous lâchez prise, les bruits extérieurs deviennent des sons amicaux. .. ils vous permettent de dériver de plus en plus profondément.

Dans un moment, je vais vous demander de ressentir certains sentiments dans votre corps, Carl, les sentiments que vous avez ressentis dans le passé et dont vous me parliez - Vous pouvez le faire - Ainsi, permettez à vous-même, maintenant, d'imaginer un sentiment pénétrant dans votre corps - un sentiment d'être insensible à un événement - cela pourrait être un événement avec un proche dont vous connaissez la teneur - Cela ne vous perturbe pas du tout car vous savez que vous êtes insensible, totalement insensible. Permettez à cette sensation de flash chaud de venir dans votre corps et de rester là.

Considérez-le comme une partie de vous-même et faites-moi savoir si c'est une part de vous-même en levant votre index droit - levez-le simplement si ce sentiment entre dans votre corps - accompagnez-le un moment et laissez ce sentiment se développer, ce flash chaud. Maintenant, j'aimerais amplifier ce sentiment. Laissez aller votre doigt.

Amplifiez ce sentiment au point que cela deviendra inconfortable pour vous – et vous savez que vous êtes entièrement insensible. Ce sentiment part en vague déferlant au travers de votre corps, jusqu'à vos pieds - C'est relativement inconfortable – amplifiez ce sentiment maintenant - laissez ce sentiment envahir votre corps.. .

C'est bien - doucement, comme si, en faisant cela, cela vous donnerait à vous-même le même sentiment qu'au temps passé - de toute façon au temps passé maintenant - aussi loin que vous pouvez aller - la première fois que vous avez ressenti cette sensation- Carl.

C'est très bien de ressentir ses sentiments - laissez-les revenir maintenant comme vous l'avez ressenti la première fois dans votre vie

- la première chose qui vous vient à l'esprit - parlez-moi - dites-moi où vous êtes

Patient : Je suis au lit et j'ai fait un cauchemar

Praticien : Continuez.

Patient : Je suis un petit garçon et...

Praticien : Quel âge avez-vous ?

Patient : Je ne sais pas, mais je suis suffisamment petit pour que mes parents m'emportent dans leur chambre et me prennent dans leur lit

Praticien : Continuez.

Patient : OK, OK, mais je ne veux pas leur parler de ce cauchemar

Praticien : OK: vous avez ces sentiments en vous maintenant, parlez-nous de ces sentiments

Patient : Je me sens triste

Praticien : Que faites-vous ?

Patient : Je suis coincé. Je voudrais leur dire mais je ne peux pas

Praticien : Savez-vous ce qu'il en est maintenant... voudriez-vous prendre la peine de dire ce qu'il en est maintenant... continuez

Patient : Ce rêve, il n'est pas complètement clair, mais...

Praticien : Dites ce que vous en savez

Patient : Quelqu'un me dit qu'il me donne le pouvoir

Praticien : Continuez

Patient : Je dis s'ils doivent vivre ou mourir et ce qu'il en devient, à peu près: je ne connais pas les mots exacts - bien - "Laissez-les mourir

Praticien : Que ressentez-vous à ce propos.

Patient : C'est terrible - Je m'éveille en sursaut en pleurant

Praticien : Ils avaient tous l'air mort, Où vous voyez-vous maintenant ?

Patient : Couché dans le lit, en train de pleurer

Praticien : Qui est là avec vous ?

Patient : Personne d'autre, mais je pense que mes parents doivent y être.

Praticien : Pouvez-vous vous imaginer aller plus loin que cela maintenant ?

Patient : Ouais..., difficilement

Praticien : Ce rêve - Avez-vous parlé de ce rêve à quelqu'un ?

Patient : Je l'ai raconté à quelques amis

Praticien : Qu'est-ce que cela crée comme lien dans votre esprit, en quoi cela a-t-il un rapport dans le passé ?

Patient : Qu'est-ce que cela veut dire, le rêve ?

Praticien : Au temps où vous étiez dans le passé, de toute façon, c'est passé.

Patient : Cela n'a pas de sens, j'avais un choix, j'ai juste pris le mauvais... c'est fou.

Praticien : Carl, permettez à ces sentiments de revenir maintenant dans votre corps – permettez à ces sentiments d'insensibilité de revenir dans votre corps – ce flash chaud – laissez le revenir dans votre corps – c'est très bien de ressentir cela. Avançons dans le temps à partir de cet événement. Avançons dans le temps depuis cet événement jusqu'à la prochaine fois où vous pouvez vous rappeler d'avoir ressenti ces émotions dans votre vie: Emmenez-vous jusqu' à un événement et dites-moi où vous êtes.

Patient : Peut-être il y a 8 ans et...

Praticien : Continuez, où êtes-vous ?

Patient : je conduis une voiture depuis l'hôpital, quelque part. Je ne sais pas où et je me rappelle avoir eu une dispute avec la femme du pasteur de notre église. C'était mon meilleur ami. Je me rappelle aussi une conversation avec elle. Elle me disait des choses importantes, je n'écoutais même pas, je n'en n'avais cure.

Praticien : Qu'avez-vous ressenti ?

Patient : De la colère et je me sentais désespéré. Je me disais qu'avec cette colère et cette insensibilité, je ne serai jamais aussi bon que quelqu'un d'autre

Praticien : Retournez dans cette voiture. 8 ans en arrière, vous roulez, laissez cet événement près de vous. Qui conduit la voiture ?

Patient : Moi

Praticien : Qui vous accompagne dans l'auto ?

Patient : Il n'y a que moi

Praticien : Vous êtes seul ?

Patient : Ouais

Praticien : Où est la femme du pasteur ?

Patient : De retour à la maison, je suppose

Praticien : Vous refaites votre discussion avec elle ?

Patient : Je viens de me rappeler combien je suis insensible en mettant tout ensemble. Cela me le confirme... je ne suis pas comme les autres gens.

Praticien : Très bien, prenez une profonde inspiration maintenant -- respiration -bien - laissez-vous aller- laissez-vous aller - laissez-vous revenir ici et maintenant - en avant, au présent. Comprenez que certaines de ces choses qui vous mettent si mal ont pu arriver. D'une manière ou d'une autre, l'association de ces sentiments entre votre corps et certains événements vous a donné la perception qu'aujourd'hui peut-être vous êtes quelqu'un d'endurci, d'insensible. Mais vous souhaitez ne plus ressentir ces sentiments. - il peut avoir eu beaucoup d'autres événements dans votre vie où vous avez ressenti ces sentiments, cette insensibilité.

Retournons en arrière pour un moment, l'hypnose travaille avec l'inconscient un peu comme avec une bande enregistrée qui stocke ces informations. Votre aptitude à régresser au temps où vous étiez un enfant dans le lit de votre père et mère après un cauchemar n'est pas inhabituelle du tout.

Pensez au cauchemar que vous avez décrit il y a un moment. Quelqu'un vous a donné la force Carl et comprenez ce que vous avez présenté, quelqu'un vous a donné le pouvoir, comme enfant, de faire un choix de qui devait vivre ou mourir. Peut-être le petit Carl ne souhaitait pas faire ce choix à ce moment, sachant tout à fait que ce petit Carl pouvait avoir été un enfant. Pourquoi un enfant pourrait-il prendre une décision à propos de qui doit vivre ou mourir ?

Peut-être qu'après avoir pris cette décision, vous aviez le sentiment que cela aurait dû être pris à l'âge adulte ? Vous ne souhaitez pas faire ce choix en tant qu'enfant, mais vous l'avez fait quand-même. Quelquefois, nous employons des mots comme "culpabilité " pour mettre un mot sur ce sentiment. Peut-être avez-

vous placé un énorme fardeau sur vous-même en allant tout le temps en arrière vers l'enfance. Peut-être, y-a-t-il d'autres événements similaires qui se sont passés il y a 8 ans, quand d'une façon ou d'une autre vous avez senti ou cru, pour n'importe quelle raison, que vous deviez accepter plus et prendre sur vous-même plus que vous ne le pouviez. Ces types d'événements sont fréquents dans la vie des enfants, des adultes aussi.

Souhaiter avoir ces sentiments et les emporter jusqu'ici, laisse des traces sur nous-mêmes et quelquefois, comme adultes, nous devons apprendre que parmi ces choix, que nous devons faire maintenant, certains peuvent devenir libre de ces types d'événements qui nous ont troublés pendant de nombreuses années.

La situation que vous avez décrite, par exemple - la femme du pasteur- montre une certaine angoisse -- vous devez composer avec vous-même – votre propre problème - avec votre propre pensée et vos propres sentiments. « Pourquoi ? » pourriez-vous demander ? Pourquoi seriez-vous perturbé au point de vous sentir insensible envers tous, lorsque vous avez un problème à traiter avec vous-même dans un moment particulier ? Pourquoi vous décidez-vous de vous punir vous-même de cette façon ou de sentir que vous êtes insensible ? Peut-être certains de ces comportements viennent-ils de ce cauchemar ? C'est ce que nous pouvons apprendre lorsque nous progressons – lorsque vous commencez à vous comprendre.

Le fait que vous n'ayez pu communiquer le rêve à vos parents parce que vous pensiez que c'était horrible, signifie qu'à un certain degré vous avez porté un fardeau pendant une longue période de votre vie. Certains fardeaux se manifestent eux-mêmes avec des sentiments physiques. Je ne vous suggère pas que cela est absolu, mais par exemple, dans votre démarche à développer des « flashes chauds », que vous décrivez lorsque vous vous sentez insensible à un événement, c'est une manifestation de ce sentiment physique.

En comprenant peut-être un peu mieux ce qui a sa place ici et en travaillant sur cela de plus en plus à un niveau conscient, en discutant avec les personnes que vous souhaitez voir discuter avec vous, vous

pouvez trouver, au travers de cette suggestion directe que vous pouvez vous libérer, libéré des sentiments avec lesquels c'est associé. - en d'autres termes.

Vous dites que le « flash chaud » semble vous indiquer que vous êtes insensible.

Donc, être capable de changer le point de votre attention devient un travail pour vous. Vous devez comprendre que, comme enfant, personne ne vous a donné le choix. Vous n'aviez pas ce choix, comme enfant.

Aujourd'hui, comme adulte: vous devez avoir ce choix, vous pouvez choisir de devenir libre de sentiments associés avec cette insensibilité. Les expériences de la vie créent certaines choses à l'intérieur de vous, comme chez nous tous: cela nous rend capables d'être libres de certaines choses, de devenir plus cool face à certains événements que nous ressentons une ou plusieurs fois. Cela est parfaitement normal.

Lorsque vous vous sentez insensible, soyez conscient de cela et permettez-vous de faire quelque chose à ce propos, donnez-vous vous-même la permission. Réalisez que vous êtes la source de cela et que cela peut arriver. Aller au passé et analyser un tas d'événements du passé avec vous-même vous a donné la possibilité de donner plus d'informations.

Mais cela n'est pas LA solution. Commencez à utiliser quelques suggestions de nature positive et cela vous aidera à devenir plus conscient des domaines où vous souhaitez l'être. Permettez-vous de faire cela Carl : c'est bien de le faire. Maintenant détendez-vous et laissez votre esprit devenir calme et libre.

Vous vous rappellerez chaque chose qui a pris place ici et quand vous reviendrez dans un moment, vous souhaiterez partager chaque partie de l'événement qui vous préoccupe.

Vous pouvez souhaiter le garder pour vous si c'est plus confortable. Mais sachez ceci - que dans un futur proche, vous allez

devenir libre de toute sensation associée avec l'insensibilité. Vous vous prendrez en charge et deviendrez la source de chaque chose qui arrive.

Commencez à émerger maintenant - tout le chemin du retour - pour permettre à votre esprit - tout le chemin du retour maintenant - 3 - 4 -- 5... Ouvrez les yeux - vous vous sentez merveilleusement bien.

Patient : Quel était la signification du rêve ?

Praticien : Et bien, le rêve était ce qui avait donné le pouvoir. Il ne pouvait pas le raconter à ses parents. Souhaitez-vous le partager ?

Patient : Bien sûr, j'ai rêvé. J'ai eu ce rêve à de nombreuses occasions. Là où une certaine personne - quelqu'un, une certaine autorité - ici, ce sont vos parents - doivent soit vivre, soit mourir - un peu comme les romains - un peu comme Néron - vous savez, cela pourrait avoir été là. OK ? Que va-t-on décider : pouce en haut ou pouce en bas ? J'ai tourné le pouce en bas -- Je l'ai laissé mourir. C'est terrible, vous savez. Je me serais réveillé en pleurant à cause de ces émotions effrayantes et mes parents, qui étaient très aimants, m'auraient emporté en me caressant le dos et m'auraient demandé de leur raconter mon cauchemar et ce que je ressentais.

Praticien : Rendez-vous compte, comment on peut prendre une émotion et reculer à une époque et ensuite aller à une autre époque pour se rappeler une seconde fois. Vous vous rappelez ?

Patient : Je vais essayer

Praticien : C'est très intéressant

Patient : Est-ce que je vous ai dit ce que c'était ?

Praticien : Vous nous avez tout dit à ce propos

Patient : A propos de la seconde fois ?

Praticien : Je vous avais demandé d'avancer dans le temps quand vous l'avez ressenti à nouveau

Patient : Ah oui, la femme du pasteur.

Praticien : Juste, OK - et vous conduisiez et vous vous rappelez l'événement - il pourrait y avoir 10 événements différents -

maintenant, il est intéressant de constater que vous étiez là - Vous rappelez-vous ce qui s'est passé ?

Patient : Ce jour-là, j'étais très en colère, et cela me faisait devenir -- je ne sais pas - une personne colérique et cela me faisait penser - ouais - peut-être que mon cas était désespéré. Je suis insensible - Je ne me considère pas comme la personne la plus insensible au monde -- OK --mais plus insensible que je souhaiterais être. C'est la fin, c'est ma voie. Je n'ai pas écouté la conversation d'Isabelle quand elle me parlait l'autre jour - Je suis une cause perdue à cause de ce flash - J'étais désespéré de pouvoir faire quelque chose à ce propos.

Praticien : Voyez pourquoi il est significatif de laisser émerger la partie physique de cela, plutôt que laisser la partie cognitive prendre le dessus. Nous ne terminons pas assez la partie cognitive quand nous revenons, mais si nous nous laissons emporter par les émotions, c'est étonnant de constater le nombre d'événements significatifs que nous rencontrons.

Cette information, je le répète, est seulement utile à un professionnel qui travaille avec elle. Rendez-vous compte tous les champs qui sont maintenant ouverts à l'exploration dans des sessions thérapeutiques.

Patient : Cela m'était extrêmement confortant de constater que vous mentionniez le manque de choix qu'a un enfant -- et que j'ai le choix comme adulte. Cela marque une différence entre maintenant et l'enfance. A présent j'ai un choix possible et je ne peux pas rester sur mes anciennes positions. C'était très, très réconfortant et cela m'a donné beaucoup d'espoir.(37)

3.1.2. Régression en âge pour régler un traumatisme consécutif aux soins dentaires

Technique du pont affectif : étude de cas : Tom 40 ans

➤ Discussion à l'état de veille

Le patient désire travailler sa phobie du chirurgien-dentiste. Il est totalement terrorisé à l'idée de simplement prendre un RV pour aller chez le dentiste. Il est comme tétanisé et plusieurs jours avant la séance, il a des cauchemars, souffre d'insomnie et d'anxiété. Il se cherche des fausses excuses pour annuler son rendez-vous.

Patient (Tom) : Je suis terrorisé à l'idée de m'asseoir sur le fauteuil de dentiste

Praticien : Comment cela se manifeste-t-il ?

Patient : J'ai très mal au ventre. Je suis totalement étourdi. Dans le passé, quand j'étais enfant, j'étais chez le chirurgien-dentiste et j'ai beaucoup crié et pleuré.

Praticien : Vous rappelez-vous un autre moment de votre vie où vous avez expérimenté un tel « mal de ventre » ? Pouvez-vous relater cet événement ?

Patient : Je ne peux me rappeler consciemment un moment spécifique. Mais j'imagine que ce doit être un moment qui m'a fait très peur.

Praticien : Imaginez-vous cela ou vous rappelez-vous un moment précis ?

Patient : Malgré mes efforts, rien de semblable n'apparaît

• Séance de régression en âge :

Dans quelques instants, je vais commencer à vous guider dans cet état profond de relaxation en utilisant une série de suggestions visant à détendre l'esprit et le corps.

Vous allez commencer par prendre trois respirations profondes ... le faire à mon signal ... tenant chaque respiration jusqu'à ce que je vous dise d'expirer.

Maintenant. prenez une longue, lente, profonde inspiration et tenez-la pour un moment. ... Maintenant, expirez lentement tout l'air de votre corps. et écoutez le son de ma voix.

Prenez une seconde longue, lente, et profonde inspiration ... et quand vous expirez cette fois ... dites-vous, "relax ... laisser aller ... et se détendre. " Et maintenant respirez normalement. Vous vous sentez très à l'aise ... et détendue. ... Détendez-vous et écoutez seulement ma voix.

Et maintenant nous sommes sur le point de prendre la troisième et dernière grande inspiration. ... Prêt. ... Une fois de plus remplissez vos poumons encore... encore...encore...jusqu'à votre capacité maximum ... et maintenez-la (pause) Maintenant, expirez lentement et laissez toute la tension de votre corps s'évacuer... lâcher complètement ... laisser aller ... se laisser aller. ... Maintenant respirez normalement. Vous remarquerez que maintenant vous respirez plus lentement,, plus profondément... et avec chaque souffle léger vous vous sentez descendre ... en bas... vers le bas dans une agréable détente. ...

Un sentiment de paix parcourt votre corps ... puisque vous dérivez et flottez avec ma voix.

Avec chaque souffle léger votre détente devient de plus en plus profonde

Détendez-vous. ... Avec chaque mot que je prononce et à chaque inspiration que vous prenez vous vous sentez sombrer vers le bas dans une agréable et profonde détente... Votre corps et votre esprit sont détendus ... profitez de cet état de repos ... le sentiment de l'onde de détente quand elle coule sur votre corps.

Rien ne viendra troubler cet état agréable et reposant de détente. Bien qu'il puisse être possible pour vous d'entendre d'autres bruits et sons que ma voix, ils seront ignorés car ils n'ont pas de signification particulière pour vous. Vous entendrez ma voix ... mais tous les autres sons deviennent plus lointains et vous détendent encore plus

Maintenant, certaines personnes disent quand elles sont détendues comme cela, que leurs bras et l'ensemble de leurs membres deviennent si lourds qu'il est presque impossible de les bouger. D'autres disent qu'ils obtiennent une légère sensation de picotements, d'autres encore disent que leur esprit est tellement concentré, qu'ils n'ont presque plus conscience de leur corps. Il est probable qu'il est là, mais il n'y est pas. Quoi que vous vous sentiez, il est uniquement le vôtre.

Profitez de ce sentiment spécial et de la dérive agréable dans un état plaisant de détente pendant que vous écoutez ma voix.

Dans un moment, je vais vous demander de ressentir certains sentiments dans votre corps, Tom, les sentiments que vous avez ressentis dans le passé et dont vous me parliez - Vous pouvez le faire - Ainsi, permettez à vous-même, maintenant, d'imaginer un sentiment pénétrant dans votre corps - un sentiment de terreur à un événement - cela pourrait être un événement avec un proche dont vous, vous connaissez la teneur - Cela ne vous perturbe pas du tout . Vous avez très mal au ventre. Permettez à cette sensation de venir dans votre corps et de rester là.

Considérez-le comme une partie de vous-même et faites-moi savoir si c'est une part de vous-même en levant votre index droit - levez-le simplement lentement lorsque ce sentiment entre dans votre corps - accompagnez-le un moment et laissez ce sentiment se développer, ce mal de ventre. Maintenant, j'aimerais amplifier ce sentiment. Reposez votre doigt.

Amplifiez ce sentiment au point que cela devienne si inconfortable pour vous que vous vous sentiez entièrement terrorisé. Ce sentiment part en vague déferlant au travers de votre corps, jusqu'à vos pieds - C'est relativement inconfortable - amplifiez encore ce sentiment maintenant - laissez ce sentiment envahir votre corps...

C'est bien ! doucement, comme si, en faisant cela, cela vous donnerait à vous-même le même sentiment qu'au temps passé - de toute façon au temps passé maintenant - aussi loin que vous pouvez aller- la première fois que vous avez ressenti cette sensation, Tom.

C'est très bien de ressentir ces sentiments - laissez-les revenir maintenant comme vous l'avez ressenti la première fois dans votre vie - la première chose qui vous vient à l'esprit - parlez-moi - dites-moi où vous êtes

Patient : Je suis chez le dentiste.

Praticien : Continuez.

Patient : Je suis un petit garçon et

Praticien Quel âge avez-vous ?

Patient : Je ne sais pas, mais je suis suffisamment petit pour que ma mère soit à mes côtés

Praticien : Continuez.

Patient : OK, OK, mais je ne veux pas parler de cet événement

Praticien : OK: vous avez ces sentiments en vous maintenant, parlez-nous de ces sentiments

Patient : Je me sens terrorisé

Praticien : Que faites-vous ?

Patient : Un monsieur en blouse blanche. Avec des gants en caoutchouc. Une seringue dans la main. Je suis crispé. Je meurs de peur. Je voudrais leur dire, je voudrais leur dire mais je ne peux pas

Praticien : Savez-vous ce qu'il en est maintenant... voudriez-vous prendre la peine de dire ce qu'il en est maintenant... continuez

Patient : on m'ouvre la bouche par la force. On me tient la bouche ouverte avec un écarteur. On me fait une piqûre. J'ai mal. Je sens le liquide rentrer en moi. Ça brûle. J'ai très mal. Je pleurs très fort et je crie. Et ma mère qui aide ce monsieur pour continuer cette torture

Praticien : Que ressentez-vous à ce propos ?

Patient : C'est terrible – j'ai très mal au ventre. Ma mère m'a abandonné

Praticien : vous continuez d'avoir mal au ventre quand vous devez aller chez le dentiste ?

Patient : oui, toujours !

Praticien : vous rendez-vous compte que de toute façon, c'est du passé, que cet événement ne se reproduira plus ?

Patient : Cela n'a pas de sens. J'avais si mal – ma mère m'a abandonné à ce moment-là !

Praticien : Tom, permettez à ces sentiments de revenir maintenant dans votre corps – permettez à ces sentiments de terreur de revenir dans votre corps – ce mal au ventre – laissez le revenir dans votre corps – c'est très bien de ressentir cela. Avançons dans le temps à partir de cet événement. Avançons dans le temps depuis cet événement jusqu'à la prochaine fois où vous pouvez vous rappeler d'avoir ressenti ces émotions dans votre vie: Emmenez-vous jusqu'à un événement et dites-moi où vous êtes.

Patient : Peut-être il y a 15 ans et...

Praticien : Continuez, où êtes-vous ?

Patient : je conduis une voiture à la campagne. Je suis avec mon fils qui est assis à l'arrière du véhicule. Tout à coup, une voiture venue de nulle part percute le flanc de mon véhicule. Nous faisons une embardée et finissons dans le fossé. Les portes de la voiture sont bloquées et nous ne pouvons sortir.

Praticien : Qu'avez-vous ressenti ?

Patient : j'ai eu très mal au ventre. J'ai même eu un flash-back quand je me trouvais pour la première fois prisonnier sur ce siège de dentiste

Praticien : Retournez dans cette voiture. 15 ans en arrière, vous roulez, laissez cet événement près de vous. Qui conduit la voiture ?

Patient : Moi

Praticien : Qui vous accompagne dans l'auto ?

Patient : mon fils

Praticien : personne n'est blessé ?

Patient : non

Praticien : les secours arrivent-ils ?

Patient : oui, très vite, et ensuite la situation est réglée et sans inconvénients majeurs

Praticien : Très bien, prenez une profonde inspiration maintenant - respiration -bien – laissez-vous aller- laissez-vous revenir ici et maintenant - en avant, au présent. Tom, comprenez que certaines de ces choses qui vous mettent si mal ont pu arriver. D'une manière ou

d'une autre, l'association de ces sentiments entre votre corps et certains événements vous a donné la perception qu'aujourd'hui peut-être vous êtes quelqu'un qui est terrorisé face à des événements qui sont sans importance majeure. Vous souhaitez ne plus ressentir ces sentiments. - il peut y avoir eu beaucoup d'autres événements dans votre vie où vous avez ressenti ces sentiments, cette terreur.

Retournons en arrière pour un moment, l'hypnose travaille avec l'inconscient un peu comme avec une bande enregistreuse qui stocke ces informations. Votre aptitude à régresser au temps où vous étiez un enfant sur le fauteuil du dentiste n'est pas inhabituelle du tout.

Pensez à l'accident que vous avez décrit il y a un moment. Cet accident n'a pas eu de suites néfastes. Pensez à la piqûre du dentiste. Il a permis de vous soigner sans avoir mal et ensuite vous n'avez plus eu de maux de dents.

Peut-être le petit Tom ne souhaitait pas aller chez le dentiste à ce moment-là. Mais pourquoi un enfant pourrait-il prendre une décision à propos de savoir s'il doit ou non aller chez le dentiste ? Peut-être qu'après avoir pris cette décision, à ce moment-là, cela vous a laissé avec des sentiments qui auraient dû être ressentis à l'âge adulte ?

Peut-être, y-a-t-il d'autres événements similaires qui se sont passés, quand d'une façon ou d'une autre vous avez aussi eu peur, pour n'importe quelle raison.

Ces types d'événements sont fréquents dans la vie des enfants, des adultes aussi.

Souhaiter avoir ces sentiments et les emporter jusqu'ici, laisse des traces sur nous-mêmes et quelquefois, comme adultes, nous devons apprendre que parmi ces choix, que nous devons faire maintenant, certains peuvent devenir libres de ces types d'événements qui nous ont troublés pendant de nombreuses années.

La situation que vous avez décrite, par exemple – l'accident de voiture- montre une certaine angoisse - vous devez composer avec vous-même – votre propre problème - avec votre propre pensée et vos propres sentiments. Pourquoi ?" Pourriez-vous vous demander

pourquoi vous êtes perturbé au point de vous sentir terrorisé envers un événement anodin, lorsque vous avez un problème à traiter avec vous-même dans un moment particulier ? Pourquoi vous décidez-vous de vous punir vous-même de cette façon ou de sentir que vous êtes tellement terrorisé ?

En comprenant peut-être un peu mieux ce qui a sa place ici et en travaillant sur cela de plus en plus à un niveau conscient, en discutant avec les personnes que vous souhaitez voir discuter avec vous, vous pouvez trouver, au travers de cette suggestion directe, que vous pouvez vous libérer.

Aujourd'hui, comme adulte, vous devez avoir ce choix, vous pouvez choisir de devenir libre de sentiments associés avec cette peur. Les expériences de la vie créent certaines choses à l'intérieur de vous, comme chez nous tous: cela nous rend capables d'être libres de certaines choses, de devenir plus cool face à certains événements que nous ressentons. Cela est parfaitement normal.

Lorsque vous vous sentez angoissé, soyez conscient de cela et permettez-vous de faire quelque chose à ce propos, donnez-vous vous-même la permission. Réalisez que vous êtes la source de cela et que cela peut arriver. Aller au passé et analyser un tas d'événements de ce passé vous a donné la possibilité de recevoir plus d'informations. Mais cela n'est pas LA solution. Commencez à utiliser quelques suggestions de nature positive et cela vous aidera à devenir plus conscient des domaines où vous souhaitez être libre. Permettez-vous de faire cela Tom : c'est bien de le faire. Maintenant détendez-vous et laissez votre esprit devenir calme et libre.

Vous vous rappellerez chaque chose qui a pris place ici et quand vous reviendrez dans un moment, vous souhaitez partager chaque partie de l'événement qui vous préoccupe.

Vous pouvez souhaiter le garder pour vous si c'est plus confortable. Mais sachez ceci - que dans un futur proche, vous allez devenir libre de toute sensation associée avec la terreur du dentiste. Vous vous prendrez en charge et deviendrez la source de chaque chose qui arrive.

Lorsque vous reviendrez pour les futures séances, avant le moment où vous êtes dans le fauteuil dentaire, vous pourrez vous détendre complètement et totalement. Vous apprécierez cette relaxation profonde, agréable, et vous aurez hâte de la ressentir dans le futur. C'est comme une expérience agréable et rafraîchissante.

Prenez une grande respiration et détendez-vous donc dans tout votre corps. A partir d'aujourd'hui, en commençant dès maintenant, nous allons transférer ce sentiment de profonde relaxation et les expériences de votre confort sur un cabinet dentaire. Votre esprit a la capacité de stimuler certains produits chimiques dans votre cerveau. Un de ces produits chimiques que le cerveau produit est l'endorphine.

Les endorphines sont un groupe de protéines avec des propriétés analgésiques puissantes qui se produisent naturellement dans le cerveau. Elles ont été documentées comme étant plusieurs fois plus puissantes que la morphine. Votre esprit a la capacité de les produire. Quand l'esprit libère ces protéines, la personne éprouve une réponse calme, autrement dit, une réponse où vous êtes dans le calme et la détente, même un peu étourdi de joie.

Voyons maintenant les résultats de l'entraînement que vous pouvez utiliser la prochaine fois que vous allez chez votre dentiste. Ils permettront d'éliminer tout sentiment de peur anormale ou stress que vous ressentez là.

Alors, prenez une grande respiration et vous ressentez ce flux chaud de relaxation de votre cerveau tout au long de votre corps. Il suffit de dire à vous-même "endorphines, les endorphines, les endorphines " votre esprit va se détendre, votre corps va se détendre. Vous serez capable de vous conduire dans un cadre calme, avec un agréable état d'esprit.

Les procédures dentaires seront menées efficacement et rapidement. Le temps dans le fauteuil ira vite parce que vous êtes en train d'engager les réponses des endorphines tout en vous détendant dans le fauteuil dentaire.

En tout temps, vous serez en mesure de vous engager dans une conversation cohérente, suivre les instructions et vous sentir

totallement calme et confortable. Rappelez-vous le vieil axiome "Ce que votre esprit peut concevoir, votre corps peut l'atteindre".

Nous sommes en train d'implanter fermement dans votre inconscient l'idée que vous pouvez concevoir qu'une visite chez le dentiste est confortable. Le passé est différent de l'avenir. Vos expériences négatives et les craintes sont maintenant passées, elles s'éloignent et sont remplacées par ces suggestions positives et saines, fermement implantées dans votre esprit inconscient, faisant fondre les craintes comme de lointains souvenirs.

Maintenant, ces idées sont remplacées par cette technique positive et l'image sereine et tranquille de votre prochaine visite chez le chirurgien-dentiste

Écoutez chaque jour cet enregistrement pendant les prochains jours jusqu'à votre visite chez le chirurgien-dentiste et vous serez dans le confort complet d'un contrôle mental positif de cette prochaine visite chez le dentiste.

Commencez à émerger maintenant - tout le chemin du retour - pour permettre à votre esprit - tout le chemin du retour maintenant - 3 - 4 -- 5... Ouvrez les yeux - vous vous sentez merveilleusement bien.(36)

3.1.3. Régression en âge pour régler un traumatisme quelconque entretenu avec un soin dentaire.

Etude de cas: Milka, 9 ans.... (a subi par son grand-père une agression sexuelle par voie orale. Ce dernier l'a obligée quand elle avait 4 ans à subir des fellations répétées. Le grand-père a été emprisonné et s'est suicidé en Prison).

Toute cadre naturel peut être substitué ici, en demandant à l'enfant de décrire sa place favorite en plein air, où il se sent détendu et en sécurité.

Etape 1 : Induction

Nous allons commencer par t'aider à te détendre Milka. Passons à un cadre agréable qui te plaira. Tu aimes la nature, certainement,...Ce sera un très bel endroit ... Imagine que tu es allongée dans un pré à l'herbe douce, à côté d'une rivière qui coule ... Et pour mieux voir en toi-même, je te demande de fermer les yeux...

(mettre en route la musique douce avec les sons de l'eau maintenant)

Allongée dans l'herbe vert tendre te fait sentir tellement à l'aise, et paresseuse ... Tu es tellement détendue que tu te sens comme si tu devenais de plus en plus calme à l'intérieur de toi-même ...Ta respiration est si relâchée et libre ... Et chaque souffle que tu prends t'aide à te détendre de plus en plus, pendant que tu apprécies ce lieu très paisible ... L'herbe est tellement douce (...) L'eau est fraîche et claire (...) Dans une prairie entourée d'une forêt verte, profonde (...) Peut-être à l'arrière de la prairie tu peux voir quelques cerfs (...) Peut-être un faon est là, avec sa mère (...) Ou peut-être il y a un cerf mâle (...) un cerf majestueux avec ses immenses bois (...)Et peut-être, dans le lointain, tu peux voir les montagnes enneigées ...

Il y a des fleurs sauvages aux couleurs vives qui émaillent l'herbe (...) Le soleil est brillant au zénith (...) Le beau ciel bleu, est parsemé de quelques nuages blancs qui flottent lentement (...) Et le bruit que

fait le ruisseau paisible en se déplaçant autour des rochers dans le lit de la rivière est très relaxant (...) Et bientôt, tu ne devras plus entendre ma voix du tout, parce que tu es si détendue (...)

Le soleil brille sur la prairie(...) et il réchauffe ta peau(...) Il te rend très sûre et confortable Milka, tu es loin de tout et de tout le monde (...) C'est si paisible que tu écoutes l'écoulement de l'eau douce (...) et le chant des oiseaux joyeux (...) Et comme tu profites de cette expérience agréable, tu peux te sentir en sécurité et devenir somnolente (...) un peu comme quand tu commences à aller dormir, même si tu n'êtes pas vraiment endormie (...) Tu sens juste une belle somnolence se déplaçant à travers ton corps tout entier (...)

Les bruits pourront t'aider à te détendre encore plus. Et parce que tu es tellement détendue, tout ce que je dis sera entendu par ton esprit plus profond, et ton propre esprit fera que toutes mes suggestions se réalisent, pour toi ... Et cela te rend très heureuse.

Etape 2 : Traitement

Dans un instant je vais toucher ta main droite. Quand je touche ta main droite, tu vas sentir l'un des sentiments les plus heureux de ta vie. Cela aurait pu être un moment où tu as gagné un concours, ou reçu un cadeau spécial. Ce sera un moment très heureux pour toi.

Comme je touche ta main droite maintenant, tu commences à retenir et créer à nouveau ces sentiments heureux. Comme tu commences à sentir ces sentiments heureux, je voudrais que tu hoches doucement la tête... Oui. Bon, maintenant chaque fois que je touche ta main droite, ressens ces sentiments heureux à nouveau. Chaque fois que je touche ta main les sentiments deviennent plus forts.

Je vais maintenant toucher ta main gauche. Comme je touche ta main gauche, je tiens à te rappeler la dernière fois que tu avais peur que le dentiste mette son doigt dans ta bouche parce que ça te rappelle ce que ton grand-père André t'a fait subir.

Quand je touche ta main gauche, je veux que maintenant tu ramènes certaines de ces craintes du doigt dans ta bouche à nouveau. Pense à ce doigt. Sens-tu quelques-uns des sentiments au sujet de ce doigt comme je touche ta main gauche ?

Tu commences à ressentir ces sentiments, sorte de peur, oui sorte de peur. Comme tu commences à ressentir ces sentiments de peur du doigt, je veux que tu secoues doucement la tête pour dire oui. Bon. Chaque fois que je touche ta main gauche tes sentiments se renforcent. Je touche ta main gauche à nouveau, tes sentiments deviennent plus forts.

Maintenant, je veux que tu penses à ton grand-père André pendant que je touche ta main gauche. Je sais que c'est assez effrayant, non ? Maintenant, regarde ce qui se passe. Nous allons regarder la TV.

Je vais décompter de 3 à 1, pendant le décompte tu vas commencer à voir un film à la TV. C'est un film qui te montre la première fois que tu as eu peur de ton grand-père André. Tu seras calme et rassurée parce que ce n'est qu'un film où tu te verras la première fois que tu as eu peur du dentiste

Trois... Deux... Un.... (*Régression*)

Pendant que ce film devient de plus en plus clair, tu te rappelles de plus en plus les événements. Je veux que tu secoues doucement la tête pour dire oui.

Maintenant que je te touche la main droite, je veux que tu me dises ce qui se passe et quel âge tu as dans ce film. D'ACCORD. Tu avais 4 ans et tu as eu terriblement peur de ton grand-père à cause de ce que tu m'as raconté ce qu'il a fait [durant l'anamnèse]...). Ce fut effrayant, non? Oui. Bien sûr.

(*Progression temporelle*) Maintenant, est-ce que cela est arrivé encore depuis lors ? Non. Donc, il est logique d'avoir peur du dentiste quand il te met son doigt dans la bouche ... mais il n'y a pas besoin d'avoir peur du dentiste quand il te soigne, ...il te rappelle juste un mauvais souvenir, mais ce n'est pas lui ton grand-père, lui, c'est ton dentiste qui est là pour te soigner, pour que tu n'aies plus mal.

Je vais compter de trois à un à nouveau et cette fois tu vas voir un film à un moment de ta vie pas loin quand tu n'as pas peur. Quand il y a un orage.

Trois... Deux... Un....

Tu es chez toi à la maison, près de ta Maman qui te prend dans ses bras. Vous regardez l'orage qui gronde. Ca fait énormément de bruit. Mais tu sais que tu n'as pas besoin d'avoir peur. Maman est près de toi. Vous comptez ensemble le temps entre un éclair et le tonnerre pour voir où est l'orage. D'abord il est loin. Il se rapproche de plus en plus. Et tu entends la pluie qui bat sur les fenêtres. Tu éprouves une grande sensation de plaisir. Les lumières de l'éclair t'éblouissent. Tu as beaucoup de plaisir car Maman s'occupe de toi. Vous regardez ensemble. Et Maman est aussi émerveillée que toi par ce spectacle extraordinaire.

Tu sais que tu ne dois pas avoir peur. Tu es protégée par la maison, les fenêtres, il fait bien chaud dans la maison. Tu ne crains rien. Maman est un peu comme le dentiste qui s'occupe de toi. Elle te protège contre l'orage. Lui te protège des caries qui peuvent faire très mal. Et tu es contente parce que tu es la personne qui fait l'objet de toutes les attentions, pour qu'il ne t'arrive rien. Tu as beaucoup de courage. Tu n'as aucune peur. Tu es émerveillé par ce spectacle comme tu es très reconnaissante au dentiste qu'il s'occupe de toi.

Ça y est, cet orage est un film de toi-même, et tu n'as plus peur que le dentiste s'occupe de toi. Il ne te rappelles aucun mauvais souvenir. Tu es calme, tranquille, rassurée. Est-ce que ce n'est pas un beau film ? Oui et dis-moi ...

Quel âge as-tu dans ce film ? Oh, tu es à l'âge que tu es maintenant. Tu n'as plus peur du dentiste n'est-ce pas?

Donc, c'était normal d'avoir peur quand tu avais 4 ans Milka, parce que tu étais seule avec ton grand-père André, car tu étais juste un petit enfant.

Mais, maintenant, comme tu as 9 ans, tu ne dois plus avoir peur. Ton grand-père ne peut pas t'atteindre. Tu es avec Maman qui va te tenir la main pendant la séance pour te prouver qu'elle pense très fort

à toi et qu'elle te protège. Le dentiste est là aussi pour s'occuper de toi et te soigner pour que tu ne souffres plus des dents.

Lorsque nous aurons fini aujourd'hui, tu n'auras plus peur du dentiste parce que le film que tu vois est en train de devenir réel. Donc, je veux que tu penses à toi-même. Tu es en train de jouer, de penser à la visite chez le dentiste et tu te sens très bien j'en suis sûr...

Etape 3 : Retour

Maintenant, tu vas quitter ta prairie et tu viens me rejoindre. Nous allons quitter la TV enchantée, redescendre le sentier et revenir jusqu'au monde extérieur.

Mais les choses que tu as entendues tandis que nous étions ici, devant la TV magique, continueront à être vraies même après notre départ et nous pourrons revenir à cet endroit très particulier dès que je te raconterai l'histoire magique qui nous y amène chaque fois que tu écouteras l'enregistrement...

Bientôt nous serons de retour dans le monde extérieur, détendus, reposés et heureux de toutes les choses merveilleuses qui nous sont arrivées pendant que nous étions ici... Bientôt nous aurons quitté la jolie nature, tu pourras ouvrir les yeux et tu te sentiras merveilleusement bien... Et tout ce que je t'ai dit continuera à être vrai... Nous sommes presque revenus maintenant.

Tu te prépares à ouvrir les yeux... Tu es prête... Voilà, nous sommes revenus. Tu ouvres les yeux maintenant et tu te sens merveilleusement bien.

3.2. Enseignements apportés par la séance de régression en âge dans la pratique odontologique

La séance d'hypnose –surtout celle de la régression en âge - nous réservera des surprises. Elle nous permettra de comprendre, en tant que praticien, comment le patient nous perçoit et perçoit l'environnement du cabinet dentaire et l'acte lui-même. En tant que chirurgien-dentiste, nous minimisons l'acte que nous posons du fait d'une certaine banalisation créée par l'habitude, mais également du fait que nous en connaissons les risques et que nous savons que la perception du patient n'est pas guidée par la raison. Mais la raison n'est pas tout. Il y a tout ce champ psycho-affectif, il y a le vécu du patient, il y a tant de paramètres qui ne sont pas à proprement parler du domaine du dentiste qu'il faut intégrer absolument dans une vision humaniste, bienveillante et dans une démarche résolument empathique. Beaucoup de chirurgiens-dentistes ne se rendent pas compte des dégâts qu'ils produisent chez leur patient et comment ils sont réellement perçus. Ils ne se rendent pas compte qu'un acte qu'ils croient totalement anodin peut avoir une résonance tout autre chez le patient. Ceci est encore plus vrai chez le jeune patient.

Le dentiste devra donc revoir sa pratique de fond en comble.

3.3. De quelle compétence du praticien relève la régression en âge ?

Le chirurgien-dentiste a plusieurs rôles à jouer. D'abord celui de soignant, soignant qui soulage la douleur et soigne la pathologie.

Il ne peut cependant pas prendre en charge la seule pathologie physique. Il est également là pour répondre aux peurs et à l'anxiété générée par la maladie et la douleur, d'autant que dans les soins dentaires, une simple gêne peut entraîner des douleurs insupportables. La douleur n'est donc pas forcément un signe de gravité, mais la douleur est en soi un obstacle pour une prise en charge efficace car cette douleur, c'est le premier symptôme à apaiser.

L'objectif du chirurgien-dentiste est la prise en charge globale du patient pour le restaurer dans son intégrité physique, psychologique et morale. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme suit dans son « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946:

« état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Ceci démontre une fois de plus qu'il faut prendre en charge le patient dans sa globalité et non pas seulement pour sa seule maladie.

Le chirurgien-dentiste mettra donc tout son art à disposition du patient afin de construire une interrelation basée sur la confiance dans l'ardent désir de guérir, tout en adaptant sa pratique, ses gestes, sa communication au patient en face de lui et en lui expliquant le déroulement des soins, les problèmes à surmonter et les choix thérapeutiques proposés (35).

Dans cette optique, nous dirons que seul un psychiatre moyennant une formation sérieuse d'hypnose et ayant une expérience solide avec les enfants ou les adolescents peut envisager la prise en charge par la technique de régression en âge. Le chirurgien-dentiste peut être un prescripteur et un auditeur de la séance afin d'améliorer sa propre pratique odontologique tant en termes de prévention que d'entretien de la relation de soins avec le jeune patient.

3.4. Comment s'adapter et mettre en application les enseignements acquis par la pratique de régression en âge ?

Comme nous l'avons vu, la pratique de la régression en âge nous apprend comment le patient – en revivant l'événement traumatique sous nos yeux – a appréhendé l'acte dentaire. Nous tenterons donc d'éviter à tout prix de créer un traumatisme.

Pour pouvoir réussir les soins chez l'enfant en évitant de créer un traumatisme ou de réveiller un traumatisme existant, il est important de bien communiquer afin de gagner la confiance de l'enfant. Nous proposons une méthode basée sur 5 étapes (34), qui sont :

1) réduire l'incertitude

Donner des informations, expliquer ce qui va être fait , dire ce qui va être fait ,le montrer , et le faire :

- ne pas dire qu'il ne sentira rien, utiliser des mots comme serrer, pincer (montrer sur la main) en précisant que ça ne durera pas longtemps ou , mieux , en lui donnant une limite de temps (je compte jusqu'à 10 et je m'arrête) ;
- ne pas dire piqûre, mal, aiguille (sauf si le patient l'utilise);
- parler en se plaçant à hauteur de ses yeux et utiliser un langage qu'il peut comprendre ;
- des séances de désensibilisation peuvent être nécessaires : mettre en contact le patient avec le cabinet dentaire en dehors du contexte de soin, montrer des photos, des films du déroulement des soins ;
- autoriser les doudous, la musique ou un accompagnant à s'asseoir avec le patient sur le fauteuil.

2) permettre au patient d'exercer un contrôle sur le déroulement des soins

- lui permettre de tenir l'aspirateur ;
- s'arrêter lorsqu'il lève la main, convention entre dentiste et patient, en sachant qu'il va tester ce contrôle au début. Il faut alors indiquer qu'une gêne ne doit pas lui faire lever la main ;
- avoir une écoute attentive et interagir avec le patient ;
- s'attacher à ce que le patient ne confonde pas empathie, qui est la compréhension de la souffrance et l'angoisse et sympathie qui représenterait en fait une réaction de faiblesse du praticien.

3) lui permettre d'exprimer la douleur ou l'inquiétude

Accepter les comportements liés à son âge (pleurs des petits). Les demandes non réalistes comme « arrête de pleurer !!! » accroissent le stress.

4) valoriser son comportement durant le soin

Les compliments sont un renforcement positif, même s' il faut parfois être imaginatif pour trouver un aspect positif .

5) distraire son attention durant le soin

User de paroles douces, calmes et continues. Chez le jeune enfant, le discours n'a pas besoin d'être cohérent et réaliste, il peut faire référence au soin en cours, par exemple, « j'enlève les petites bêtes dans ta dent, hop ! J'ai attrapé une pate ! tiens, regarde!. » les mots choisis pour expliquer sont simples et font appel à l'imaginaire non violent de l'enfant, Le message transmis doit cependant rester au plus près de ce que va ressentir l'enfant, pour qu'il ne soit pas surpris par un évènement inattendu. La turbine devient un avion. Le contre angle un hélicoptère, l'anesthésie de contact de la confiture , le porte carpule une baguette magique, etc. L'utilisation de rituels ludiques, bulles.... peut apporter une distraction significative.

Conclusion

Le chirurgien-dentiste peut être à l'origine d'un traumatisme psychologique ou du moins – sans forcément le savoir – un renforçateur de ce trauma dans le cas où ce même trauma aurait déjà pris naissance avant la prise en charge du patient.

Vu que Le traumatisme psychologique est une réalité à laquelle le praticien est souvent confronté dans son exercice, il convient qu'il soit prudent dans son approche psychologique, *a fortiori* lorsqu'il est en présence de jeunes patients.

La technique de régression en âge permet, chez le patient réceptif, de résoudre un trauma pré existant et a ainsi comme résultat une amélioration du confort de vie. C'est une séance compliquée où la communication pendant les soins est fondamentale ; le chirurgien-dentiste prendra toutes les précautions pour détecter les forces et les faiblesses de l'enfant afin d'adapter son traitement.

La régression en âge permet un effacement de l'événement traumatique, et une diminution des phénomènes qui peuvent l'entretenir. Elle permet au patient de transformer parfois l'inconfort psychologique en une expérience agréable. Par la suite le chirurgien-dentiste devra être particulièrement attentif à sa manière de procéder pour adapter le niveau de difficultés de soins à la capacité de compréhension et ainsi adapter sa communication à l'enfant

La mise en place de cette technique n'est pas du ressort du chirurgien-dentiste mais bien d'un médecin psychiatre qui pourra utiliser une psychothérapie normale ou l'hypnose avec l'outil de régression en âge.

Nous sommes d'avis que chaque chirurgien-dentiste devrait s'ouvrir aux principes de la psychologie de la communication ainsi qu'à celle de l'enfant afin de prendre en charge ce dernier dans sa globalité et éviter tout acte traumatisant. Il ne doit pas hésiter à envoyer son patient chez un psychiatre en cas de besoin.

Soigner le corps ne suffit pas Il faut aussi soigner l'esprit.

Bibliographie

1. **Actes du cinquième congrès de l'Association européenne des praticiens de l'hypnose.** Hypnose et thérapie des enfants. Paris : l'Harmattan ; 2013
Chapitre 3 : **RAYET Philippe** : ACTIVITÉ IMAGINAIRE ET RÉACTIVITÉ HYPNOTIQUE CHEZ L'ENFANT
Chapitre 6 : **DAUVERNE Malinka** : PSYCHOLOGIE POSITIVE ET HYPNOTHÉRAPIE DE L'ENFANT
2. **BANDLER R. Le temps du changement.**
Chabreloche La Tempérance ; 2013, 215 p.
3. **BARROIS C. Les névroses traumatiques.** 2e édition. Paris : Dunod ; 1998, 248 p.
4. **BAUD S., MIDOL N. La conscience dans tous ses états : approches anthropologiques et psychiatriques : cultures et thérapies.**
Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2009, 164 p.
5. **BAUDELAIRE C. Mon cœur mis à nu : journal intime (1887),**
Paris : Encyclopaedia Universalis ; 2015, 28 p
6. **BENHAIEM J.M. Le guide de l'hypnose.** Paris : In Press Impr; 2015, 254 p.
7. **BENHAIEM J.M. L'hypnose médicale.** 2e édition.
Paris : Med-line Editions ; 2012, 252 p.
8. **BENHAIEM J.M., L'hypnose ou les portes de la guérison,**
Paris : Odile Jacob, 2012, 198 p.
9. **BENTATA H., TIGRAN TOVMASSIAN L., Le traumatisme dans tous ses éclats : clinique du traumatisme,** In Press Impr, 2012, 234 p.
10. **BERNHEIM H., De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille(1884),** Paris : L'Harmattan, 2004, 164 p.

11. **BILLIER J.C., Introduction à l'éthique**, Paris : Presses Universitaires de France, 2010, 256 p
12. **BIOY A., L'aide-mémoire de l'hypnose**, Paris : Dunod, 2010, 336 p.
13. **BIOY A., KELLER, P.H., Hypnose clinique et principe d'analogie, fondements d'une pratique psychothérapeutique**, Paris : De Boeck, 2009, 212 p.
14. **BOSC N., Les traumatismes psychiques.**
GEOPSY.COIM – Psychologie interculturelle et Psychothérapie -
[en ligne] [consulté le 15/09/2016] Disponible sur :
http://www.geopsy.com/cours_psycho/le_trauma_psychique.pdf
15. **BOWEN M., La différenciation du soi : Les triangles et les systèmes émotifs familiaux**, 2e édition Paris : ESF éditions ; 1996, 196p.
16. **BROSSEAU G., L'hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens**, Paris : Interéditions, 2012, 264 p.
17. **CANTO-SPERBER M., La Philosophie morale**, 3^{ème} édition, Paris : Presses Universitaires de France, 2010, 128 p.
18. **CHAHRAOUI K., 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme**, Paris : Dunod, 2014, 189 p.
19. **CHERTOK, L. L'hypnose**, Paris : Payot, 1965, 218 p.
20. **COHEN D. La vie est-elle un traumatisme ?**. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence, Limoge : 2011 ; volume 60, numéro 5 : pages 305 – 411
21. **CONSTANTINO C., Collectif, Cliniques, N° 5 : Du traumatisme aux voies thérapeutiques possibles**, Toulouse : Erès, 2013, 234 p.

22. **CROQ L. Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes**, Issy-Les-Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2007. Chapitre 1 : Stress et trauma, pages 7-16
23. **DAJEAN-TRUTAUD S, FRAYSSE C, GUIHARD J., Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire**, Encyclopédie Médico Chirurgicale, Paris : Elsevier, Paris ; 1998, 4 p
24. **DAVID C., L'héritage de Palo Alto : la communication méditée des recyparcs**, Travail de fin d'études en vue de l'obtention du grade de Bachelier en Communication, Haute Ecole de la province de Liège, 2011.
[en ligne] [consulté le 15/09/2016] Disponible sur :
<http://docplayer.fr/7649341-L-heritage-de-palo-alto-la-communication-meditee-des-recyparcs.html>
25. **DELAGE M., Thérapie Familiale**, Médecine & Hygiène, 2003/4 (Vol.24) p 417-433
[en ligne] [consulté le 15/09/2016] Disponible sur :
<https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2003-4-page-417.htm>
26. **DE MIJOLLA A. Dictionnaire International de Psychanalyse**, Paris : Calmann-Lévy, 2002, 2017 p.
27. **DORON R., PAROT F. Dictionnaire de psychologie**, Paris : Presses universitaires de France, 1991, 768 p.
28. **ERICKSON M., L'hypnose thérapeutique**, 8e édition, Paris : ESF, 2015, 204 p.
29. **ETH S., PYNOOS R.S. Post- traumatic stress disorder in children**, Washington : American Psychiatric Publishing ; 1985, 208 p.
30. **FATTORUSSO O., RITTER V., Vade-mecum clinique**, 16e édition, Paris : Masson, 2001, 1915 p.
31. **FREUD A. Le moi et les mécanismes de défense**, 15e édition Paris : Presses Universitaires de France, 2001, 168 p.

32. **FREUD S. Essais de psychanalyse.** Au-delà du principe de plaisir. Paris : Payot ; 2010, 160 p.
33. **GARNIER C., SAUVE L.,** Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement : conditions pour un design de recherche. [en ligne] [consulté le 15/09/2016]. Disponible sur : http://www.revue-ere.uqam.ca/PDF/Volume1/recherches%20et%20reflexions/EREV01_II_065.pdf
Extrait de **Éducation relative à l'environnement : regards, recherches, réflexions**, Université du Québec A Montréal ; 1999, Volume 12, pages 65 – 77
34. **Gentle Dental Office Group. La peur du dentiste est désagréable! La phobie du dentiste est cruelle!! Évaluez-vous même!!!** [en ligne] [consulté le 15/09/2016]. Disponible sur : http://www.peur-du-dentiste.eu/Questionnaire?gclid=CjwKEAjkui7BRCf64DNtfDupg oSJAA_0LOoQxXK3V87MWuen-hURfgl288JHFv-P7m7uSYssPZTqBoCviPw_wcB
35. **GOMBERT R., La relation de soins en odontologie : quelques situations particulières.** Thèse d'exercice en Dentaire, Université Toulouse III Paul Sabatier ; 2003, 84 p
36. **HAESEVOETS Y.H., Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence : un autre regard sur la souffrance psychique,** Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur, 2016, 396 p
37. **HARTE R., BIDDLE F., BROOKHOUSE S., World of Hypnosis Book 2** Hypnotism Certification NGH National Guild Hypnotists, Merrimack USA, 2006
38. **HEAP M, ARAVIND K.K., Hartland's medical and dental hypnosis,** 4e édition, Londres: Churchill Livingstone Elsevier, 2001, 544 p.
39. **HOAREAU J., L'hypnothérapie,** Paris : Robert Laffont ; 1993, 251 p.
40. **JACOB A., Anthropologie du langage,** Bruxelles : Mardaga ; 1990, 260 p

41. **JAGOT P.C., Théorie et pratique de l'hypnotisme**, 2e édition, St.Jean de Braye : Dangles ; 1986, 215 p.
42. **JEVEAN P : Soigner la phobie dentaire** [en ligne].
[consulté le 15/09/2016]. Disponible sur : www.phobie-dentaire.com/
43. **JOSSE E., Le traumatisme psychique**, Bruxelles : De Boeck ; 2011, 191 p.
44. **JOUSSELME C, Comprendre l'enfant malade : du traumatisme à la restauration psychique**, Paris : Dunod ; 2014, 187 p.
45. **JUNG C.G., L'homme et ses symboles**, Paris : Robert Laffont ; 2002, 320 p.
46. **KENNERLEY H, Réussir à surmonter les traumatismes de l'enfance**, Paris : Dunod ; 2014, 242 p.
47. **LEBIGOT F., Le traumatisme psychique**, Paris : Fabert ; 2011, 61 p.
48. **LEBIGOT F., Traiter les traumatismes psychiques**, Paris : Dunod ; 2005, 239 p.
49. **LEBIGOT F., DAMIANI C., Les mots du trauma – Vocabulaire de psychotraumatologie**, Savigny sur Orge : Philippe .Duval ; 2015, 302 p.
50. **LOCKERT O., Hypnose**, 4e édition revue et augmentée, Paris : Institut Français de l'Hypnose Ericksonienne ; 2013, 720 p.
51. **MALAREWICZ J.A., Cours d'hypnose clinique**, 7e édition, Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur ; 2015, 224 p.
52. **MELCHIOR T., Créer le réel, hypnose et thérapie**, Paris : Editions du Seuil ; 1998, 547 p.
53. **MENKHOFF I., Illusions d'optique**, Bonn : Parragon ; 2008, 95 p.
54. **MEYER M., L'hypnose**, Paris : Eyrolles ; 2014, 168 p.

55. **MICHAUX D., Douleur et hypnose**, 3e édition, Paris : Imago ; 2013, 336 p.
56. **MICHAUX D., Hypnose et dissociation psychique**, Paris : Imago ; 2006, 381 p.
57. **MOPTY R., Le voyage de l'hypnose : la régression d'âge**
[en ligne] [consulté le 15/09/2016] Disponible sur :
<http://www.levoyagedelhypnose.com/la-regression-d-age/>
58. **MORIN E. Introduction à la pensée complexe**, Paris : Editions du Seuil ; 2005, 158 p.
59. **OLLIAB B. Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent.**
sans **Cohen D** Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence. 2012, volume 60, numéro 5 : pages 307–314
60. **PIGANI E., Dix questions sur l'hypnose**
[en ligne] [consulté le 15/09/2016] Disponible sur :
<http://arnaud-vincent.fr/?p=89>
61. **Protocoles de Soins Bucco-Dentaires chez les Patients présentant un Handicap**
Coordinateur : **F. Vaysse vaysse@cict.fr**
[En ligne] [consulté le 15/09/2016] Disponible sur :
<http://www.autisme.qc.ca/assets/files/07-boite-outils/Intervention-education/Guidedebonnepratiquebucco-dentaire.pdf>
62. **ROISIN J., De la survivance à la vie : Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison**, Paris : Presses Universitaires de France ; 2010, 272 p.
63. **ROMANO-CHARDIN H., L'enfant face au traumatisme**, Paris : Dunod ; 2013, 192 p.
64. **ROUSSILLON R. : Théorie psychanalytique du traumatisme** [en ligne]
[consulté le 15/09/2016]. Disponible sur :
<http://reneroussillon.com/situations-extremes/theorie-psychanalytique-du-traumatisme/>

65. **ROUSTANG F.**, **Qu'est-ce que l'hypnose?**, Paris : Editions de Minuit ; 1993, 192 p
66. **RUSS J.**, **La pensée éthique contemporaine**, 4e édition, Paris : Presses Universitaires de France ; 2012, 128 p
67. **RUSINEK S.**, **Traiter l'anxiété - 11 cas pratiques enfants et adultes en TCC**, Paris : Dunod ; 2013, 300 p.
68. **SALEM G., BONVIN E.**, **Soigner par l'hypnose**, Paris : Masson ; 2007, 323 p.
69. **SEBILLE N.** **L'hypnose : Technique thérapeutique dans la prise en charge de l'anxiété en pratique odontologique.** Thèse d'exercice en Dentaire, Université de Nantes, UFR d'odontologie; 2007. 122 p
[en ligne]. [consulté le 15/09/2016]. Disponible sur :
http://www.hypnose.fr/wp-content/uploads/2013/01/anxiete_odontologie_hypnose_sebille.pdf
70. **SCHURMANS D.**, **L'homme qui souffre**, Paris : Presses Universitaires de France ; 2010, 208 p.
71. **SPANOS NICHOLAS P.**, **Faux souvenirs et désordre de la personnalité multiple : une perspective sociocognitive**, Paris : De Boeck ; 1998, 432 p.
72. **TENNENBAUM S.**, **L'hypnose ériksonienne : un sommeil qui éveille**, 3^e édition, Paris : InterEditions ; 2012, 264 p.
73. **THIEL M.J.**, **Pratiquer l'analyse éthique**, Paris : Les Editions du Cerf ; 1999, 408 p.
74. **TOUATI J.** **Pathologie et traitement des troubles phobiques**
[en ligne]. 2010 [consulté le 15/09/2016]. Disponible sur :
<http://www.orgadia.com/hypnotherapeute-paris/hypnotherapie-articles/hypnose-phobie-pathologie-traitement-specifique-agoraphobie-sociale.htm>

75. **WATZLAWICK P., NARDONE G., Stratégie de la thérapie brève.**

Paris : Editions du Seuil ; 2000, 330 p. traduction : L.AUBERT

76. **WATKINS J.G.** The Affect Bridge: A Hypnoanalytic Technique, International. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 1971, volume 19, pages:21 - 27.

77. **WEBER B, L'encyclopédie du savoir relatif et absolu,**

Paris : Albin Michel ; 2000, 263 p.

78. **WOOD C, IGNACE I.** L'hypnose aux urgences pédiatriques. Archives du Congrès national de la Société Française de Pédiatrie, Rouen 1971 ;

volume 14, numéro 6 : pages 729 - 731.

[en ligne] [consulté le 15/09/2016]. Disponible sur :

http://www.sfpediatrie.com/sites/default/files/pdf/Archives_de_P%C3%A9diatrie/Numeros_congres/Congres_2007.pdf

79. **ZELTZER L., SCHLANK C.B., Comprendre et vaincre la douleur chronique de votre enfant,** Paris : Retz ; 2007, 288 p.

MOULOUDJ Yala – Apport de la régression en âge dans la prise en charge du traumatisme consécutif aux soins dentaires chez l'enfant

NANCY 2016 : 91 pages

Th. : Chir.–Dent. : Nancy 2016

Mots clés :

trauma – hypnose – régression en âge – odontologie pédiatrique

Résumé :

Comment explorer l'événement traumatique chez le patient enfant ou adulte et proposer son effacement par l'hypnose et en particulier par la technique de régression en âge ?

Face à cette question, le praticien va trouver dans cette thèse :

- Les différentes approches du trauma psychologique
- Les événements qui peuvent causer un traumatisme chez le patient dans la pratique odontologique
- L'approche du patient par la psychologie de la communication
- La technique de régression en âge

Cette thèse est illustrée par des cas cliniques

Membres du jury :

Pr J.-M. MARTRETTE	Professeur des Universités Praticien Hospitalier	Président
<u>Dr J. PREVOST</u>	<u>Maître de Conférences Praticien Hospitalier</u>	<u>Directeur de thèse</u>
Dr J. GUILLET-THIBAUT	Maître de Conférences Praticien Hospitalier	Juge
Dr Marin VINCENT	Maître de Conférences associé Praticien Hospitalier	Juge

Adresse de l'auteur :

Yala MOULOUDJ
23 rue de Mulhouse
54000 NANCY



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



Jury : Président : J.M. MARTRETTE– Professeur des Universités
 Juges : J. PREVOST–Maître de Conférence des Universités
 J. GUILLET-THIBAUT– Maître de Conférence des Universités
 M. VINCENT– Maître de Conférence des Universités associé

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Monsieur MOULOUDJ Yala**

né(e) à: **LARBIAA NATH IRATHEN (Algérie)** le **4 juin 1987**

et ayant pour titre : « **Apport de la régression en âge dans la prise en charge du traumatisme consécutif aux soins dentaires chez l'enfant** ».

Le Président du jury

J.M. MARTRETTE

Le Doyen
de la Faculté d'Odontologie

J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse **9329**.

NANCY, le

21 OCT. 2016

Le Président de l'Université de Lorraine


P. MUTZENHARDT

