

Bruno Fortin, psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne

Le cas clinique

Cette patiente de 23 ans a été recommandée en psychothérapie par un gastroentérologue pour un syndrome du colon irritable. Elle se plaint principalement de fatigue, de sensations de ballonnements, de douleur au ventre et de diarrhées. Elle gère son alimentation et son hygiène de vie selon un mélange d'informations pertinentes et de rituels personnels, alternant par exemple boissons énergisantes, puis somnifères.

Elle gère difficilement plusieurs conflits intérieurs. Une partie d'elle veut se contenter de « faire de son mieux » et une autre est chroniquement insatisfaite de son niveau de performance et de son niveau de vie, une partie d'elle aspire à l'autonomie et une autre revendique le soutien financier de son père. Une partie d'elle apprécie ses contrats d'enseignante remplaçante à l'école primaire, mais une autre souhaite tout abandonner pour entreprendre une profession de modèle et devenir une artiste. Elle est déchirée entre le désir d'être soi-même et le désir de plaire et de séduire, entre des désirs d'aventures et la panique face à l'incertitude et à l'ambiguïté.

La recherche le dit

Le syndrome du colon irritable est un des désordres gastro-intestinaux les plus communs, affectant de 10 à 20 % de la population adulte (Wiesner et coll., 2009). Au-delà des douleurs abdominales et de changements de la consistance des selles, les symptômes peuvent aussi comprendre l'évacuation fréquente et urgente de selles, la constipation, les diarrhées intermittentes et des sensations d'évacuation incomplète. Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion : aucune explication physique (inflammatoire, physiologique, toxique) n'explique ces symptômes.

En complément de la modification de l'alimentation et de l'ajout d'une médication, l'intervention psychothérapeutique est indiquée en partie à cause de la comorbidité y associant la dépression, l'anxiété et l'insomnie (Grundmann et Yoon, 2010). De plus, jusqu'à 50 % des patients consultant en gastroentérologie pour ce problème rapportent une histoire personnelle de mauvais traitements (physiques ou sexuels, dans l'enfance ou à l'âge adulte) (Han et coll., 2009). Lors de l'évaluation, la jeune femme a nié avoir été victime d'attouchements sexuels de la part de son père alcoolique, mais elle rapporte quelques commentaires déplacés sur son apparence séduisante et désirable en présence d'autres hommes.

Les guides directeurs de l'Association américaine de gastroentérologie et de la Société britannique de gastroentérologie recommandent l'usage de l'hypnothérapie pour le traitement du syndrome du colon irritable (Grundmann et Yoon, 2010). Selon Carruthers, Morris, Tarrier et Whorwell (2010), les deux tiers des patients souffrant du syndrome du colon irritable répondent bien à l'hypnothérapie. Gonsalkoral (2006), un des pionniers dans ce domaine, explique d'abord aux patients qu'ils devront apprendre de nouvelles habiletés mentales pour développer un contrôle sur les mécanismes physiologiques influençant les intestins qui ne sont pas habituellement sous le contrôle conscient. Il leur explique que cela peut modifier directement les intestins ou entraîner le cerveau à réinterpréter ou à ignorer les signaux sensoriels provenant de cette région. Gonsalkoral leur présente l'hypothèse selon laquelle tout comme la peur et les préoccupations qui habitent l'esprit peuvent amplifier les symptômes, le cerveau a le pouvoir d'influencer les intestins d'une façon plus désirable. Il leur explique que l'hypnose est un outil pour les aider à le faire et les invite à prendre le contrôle de leur intestin plutôt que de laisser leur intestin les contrôler.

Le patient apprend à se relaxer, à s'imaginer dans un endroit confortable et sécuritaire. Il utilise le mot « calme » pour approfondir la détente en s'imaginant que le calme circule dans tout son corps. Le patient pratique régulièrement un enregistrement et pratique ses habiletés à prendre le contrôle de son corps en transmettant la chaleur de chacune de ses mains qu'il dépose sur son ventre, puis à s'imaginer que son intestin fonctionne normalement, régulièrement, en douceur. Chaque patient trouve la métaphore qui lui convient (une rivière, un train). Il s'imaginer par la suite dans des situations problématiques tout en conservant l'image et les sensations d'intestins qui fonctionnent normalement et confortablement.

Ljotsson et ses collaborateurs (2011) considèrent la psychothérapie cognitivo-comportementale comme le traitement psychologique le mieux étudié pour le traitement du syndrome du colon irritable. Ils sont en voie d'élaborer un

traitement où leurs patients ont accès au contenu théorique et aux recommandations sur le Web, contenu complété par des échanges de courriels entre les participants et les psychothérapeutes ainsi que par un forum d'échanges entre les participants. Ce programme obtient des résultats significatifs pour ceux qui complètent le traitement. Cette approche formule l'hypothèse que le syndrome du colon irritable pourrait être associé à des récompenses sociales telles qu'une augmentation de l'attention, l'évitement de situations déplaisantes et des compensations financières lors de l'émission des comportements associés au rôle de malade. Les symptômes pourraient également être acquis par imitations de ceux de personnes significatives de l'entourage ou de l'histoire de la personne (Levy et Walker, 2005).

Le traitement de Ljotsson et ses collaborateurs (2011) commence par la pratique régulière de deux exercices de pleine conscience durant lesquels 1) le patient pratique quotidiennement sa capacité d'entrer en contact avec ses expériences internes et externes et 2) un exercice de 20 secondes où il devient conscient dans l'immédiat de ses pensées, de ses symptômes, de ses sentiments et de ses tendances comportementales.

Un modèle psychologique de la maladie est expliqué au patient : l'apprentissage de peurs à la suite d'expériences négatives, l'effet de l'anxiété sur le fonctionnement gastro-intestinal et l'hypervigilance au sujet des signes du colon irritable.

Ces auteurs suggèrent au patient de développer une attitude de pleine conscience et d'acceptation envers les pensées et les expériences négatives plutôt que de tenter de les contrôler ou de les éviter. Il est invité à renoncer aux comportements visant à contrôler les symptômes et à s'y exposer progressivement. Il fera de même pour les situations qu'il est tenté d'éviter.

La patiente de 23 ans dont nous avons parlé au début de cet article a rapidement obtenu un soulagement de ses symptômes, entre autres par la pratique d'autohypnose soutenu par un enregistrement de la voix du psychothérapeute. Il a toutefois été plus ardu de la convaincre de détourner son attention de la recherche de l'équilibre alimentaire idéal pour trouver l'équilibre dans sa vie. Elle s'est progressivement éloignée du « tout ou rien » pour vivre une vie où son travail professionnel lui procurait une certaine sécurité tout en laissant place à certaines activités artistiques et où la place qu'elle laissait au plaisir dans sa vie lui évitait les excès dommageables pour sa santé. Après avoir eu le courage de clarifier sa zone d'autonomie face à son père, ce dernier l'a aidé à clarifier ce qu'elle pouvait raisonnablement attendre de lui comme soutien. L'établissement de frontières et d'une relation non sexualisée qui se rapproche d'une relation égalitaire lui a également permis de consacrer ses énergies à de nouveaux projets.

Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO.

Bibliographie

Carruthers, H. R., Morris, J., Tarrier, N. et Whorwell, P. J. (2010). Mood color choice helps to predict response to hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2010, 10, 75, 1-9.

Gonsalkoral, W.M. (2006). Gut-Directed Hypnotherapy : The Manchester Approach for Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 27-50.

Grundman, O. et Yoon, S. (2010). Irritable bowel syndrome : Epidemiology, diagnosis and treatment : An update for health-care practitioners. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2010, 25, 691-699.

Han, C., Massad, P. S., Krulewicz, S., Peindl, K., Mannelli, P., Varia, I. M., Pae, C.-U. et Patkar, A. A. (2009). Childhood abuse and treatment response in patients with irritable bowel syndrome : a post-hoc analysis of a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine controlled release. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2009, 34, 79-88.

Levy, R. L. et Walker, L. S. (2005). Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Recurrent Abdominal pain. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 2, 2005, 137-149.

Wiesner, M., Naylor, S. J., Copping, A., Furlong, A., Lynch, A. G., Parkes, M. et Hunter, J. O. (2009). Symptom classification in irritable bowel syndrome as a guide to treatment. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2009, 44, 796-803.