

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

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.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document.

Mireille OUILLON MARCHAND

Université de Bourgogne

U.F.R Sciences Humaines et Sociales

DIPLOME UNIVERSITAIRE : HYPNOTHERAPIE

Processus de Deuil et Hypnose :

Ou la rencontre entre un être vivant et "son cher disparu"

Dirigé par Antoine BIOY,

MCF, HDR - Université de Bourgogne

JUIN 2012

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 3 |
| CONTEXTE DE L'ETUDE | 6 |
| CADRE THEORIQUE | 9 |
| I. LE DEUIL | 9 |
| I.1 Deuil normal | 10 |
| - Phase dépressive dans le deuil | 12 |
| I.2 Deuil difficile | 13 |
| I.3 Deuil compliqué | 14 |
| I.4 Deuil pathologique | 15 |
| II. LA TYPOLOGIE DEPRESSIVE..... | 17 |
| II.1 Episode dépressif majeur..... | 17 |
| II.2 Dépression chaotique chronique ou aiguë..... | 19 |
| III. APPORTE DE L'HYPNOSE..... | 22 |
| IV. PRESENTATION DES HYPOTHESES DE TRAVAIL..... | 25 |
| METHODOLOGIE :..... | 26 |
| I. Éléments d'anamnèse recueillis au fil des entretiens..... | 26 |
| II. Première rencontre..... | 29 |
| - Diagnostic..... | 30 |
| III. Deux rencontres suivantes : une séance avec hypnose, une séance sans hypnose... | 31 |
| III.1 Deuxième rencontre : première séance d'hypnose..... | 31 |
| III.2 Troisième rencontre : entretien suivant la première séance d'hypnose... | 33 |
| IV. Quatrième rencontre, deuxième séance d'hypnose, <i>la rencontre</i> | 36 |
| RESULTATS- DISCUSSION..... | 44 |
| CONCLUSION..... | 53 |
| BIBLIOGRAPHIE | 56 |

INTRODUCTION

La thématique du processus de deuil m'intéresse depuis de nombreuses années. Dès mon installation en libéral comme psychanalyste en 2008, j'ai immédiatement travaillé en réseau avec les médecins généralistes locaux. Rapidement j'ai reçu, sur leurs orientations, des patients ayant une problématique de deuil comme déclencheur d'une demande de travail analytique. Il s'agissait alors d'un deuil à faire soit suite à la perte d'un être cher ou bien suite à la perte d'un emploi, suite au départ d'un conjoint ou bien encore de faire le deuil d'un projet, etc. Pour tous ces patients «cela durait depuis trop longtemps ! »

J'ai souvent remarqué que, quelle que soit la nature du deuil à l'origine de leur venue dans mon cabinet, ils avaient fait l'expérience au moins une fois, de la perte d'un être cher ayant entraîné plus ou moins de perturbations. C'est pourquoi j'ai souhaité resserrer le thème de mon mémoire sur la question de l'apport de l'hypnose dans la remise en route du processus de deuil bloqué chez un sujet ayant vécu la perte d'un être cher et présentant depuis un syndrome dépressif majeur.

Trois rencontres avec l'hypnose, distantes les unes des autres de quelques mois, sont à l'origine du sujet de mon mémoire. La première est à l'occasion d'un cours, en décembre 2011, animé par Antoine Bioy dans le cadre du diplôme universitaire (DU) "Hypnothérapie", mis en œuvre par l'université de Bourgogne. La seconde est à l'occasion de mes recherches d'alors en mars 2012, sur les écrits réalisés sur « la dépression et l'hypnose ». Je découvre, entre autres, les articles de Claude Virot. Un de ses écrits attire plus spécifiquement mon attention, celui qu'il écrit en 2007 et qu'il intitule « *Entre le monde des vivants et le monde des morts* ». La troisième est l'expérience d'une séance d'hypnose vécue dans le séminaire de formation en avril 2012, sur le "transgénérationnel". Il est animé par Sophie Cohen, (psychologue et hypnothérapeute, travaillant en cabinet privé sur Paris). J'y assiste en avril 2012, toujours dans le cadre du DU Hypnothérapie.

Le premier regroupement du DU avait pour objectif de former l'ensemble des stagiaires à la technique et à la méthode hypnotique. Afin d'illustrer ce cours par sa pratique, Antoine Bioy relate l'accompagnement qu'il conduit auprès de patients endeuillés. Je comprends à cette occasion que le patient, quand il est en état modifié de conscience, n'est pas en train de se souvenir de son défunt mais que la personne disparue est «ici», avec lui, dans l'expérience qu'il est en train de vivre.

Je commence à prendre la mesure de l'immense potentiel de l'outil hypnotique. Je perçois les possibles qu'il propose à l'endeuillé. L'hypnose est un moyen lui permettant de dire au revoir à son défunt, d'achever une conversation restée en suspens, de revenir sur une relation conflictuelle, etc. Pour autant, je ne sais pas à ce moment là encore, comment mettre en œuvre cette rencontre.

La deuxième rencontre se déroule plus tard dans l'année. Mon intérêt thématique porte à ce moment là "uniquement" sur l'apport de l'hypnose dans le traitement de la dépression. Je m'intéresse de ce fait assez naturellement à Claude Virot, médecin psychiatre depuis 1988. Il a été formé à l'hypnose par l'institut Milton H. Erickson de Paris dès 1986. Il rédigera d'ailleurs sa thèse de médecine en 1988 sur l'hypnose et l'intitulera « *Hypnose, stratégie et psychothérapie. Une approche clinique de Milton H. Erickson* ». Il est membre de la Société Internationale d'Hypnose et de la Société Européenne d'Hypnose.

Parmi les articles qu'il rédige au fil de sa pratique, j'en découvre un, qu'il nomme « *Entre le monde des vivants et le monde des morts* » (2007). Cet article fait immédiatement écho avec mon intérêt, cité plus haut, quant au potentiel de l'outil hypnotique dans l'accompagnement d'une personne endeuillée.

C'est pour moi, le point de départ d'un travail de recherche qui se poursuit encore au moment où je dépose ce tout premier travail portant sur l'utilisation de l'outil hypnotique comme passerelle d'une rencontre entre un être vivant d'avec son ou ses morts.

Il y parle de personnes frappées par des épisodes dépressifs depuis de nombreuses années ne faisant pas le lien entre leur état qui perdure et le décès d'un être aimé depuis plusieurs années. Parfois même ces personnes ont, précédemment à leur rencontre avec Claude Virot, entrepris un travail personnel durable sans pour autant que surgisse en elles, l'épisode de cette perte majeure et de son cortège d'émotions.

Au fur et à mesure de cet article, il aborde la question de l'évolution des rituels du vivant dans le cadre d'un décès de proche, de la perte absolue, du processus de deuil, des croyances des vivants vis-à-vis du devenir des morts. Je découvre, par cette lecture, les notions de « fantôme », de « crypte », élaborées bien avant lui par Abraham et Torok (1978). J'apprends que la constitution d'un fantôme dans l'imaginaire de la personne est perceptible par le

thérapeute grâce au repérage de la trop grande présence ou de la trop grande absence du défunt pour son patient.

Il présente enfin, son protocole très ritualisé d'accompagnement de la rencontre entre le survivant et son défunt. Dès lors, je pouvais commencer à mettre en œuvre la rencontre endeuillé-défunt pour mes patients.

L'évolution du patient est décrite comme rapide et "magique ". Le sujet non seulement achève en très peu de temps son deuil mais il sort, dans le même temps, de sa dépression et ceci de manière durable.

La troisième rencontre est à l'occasion d'un cours sur le "transgénérationnel". Sophie Cohen (avril 2012) présente une séance d'hypnose où elle permet à une personne dépressive de mettre une juste distance entre elle et tous les membres de sa famille, vivants ou décédés. Par cet enseignement, je reçois une sensibilisation tant sur la thématique que sur la manière de l'amener avec le patient. J'apprends également à travailler et à faire travailler avec un génogramme.

Une partie de mes patients vient me consulter aujourd'hui parce que j'utilise l'hypnose comme outil thérapeutique. Certains d'entre eux souffrent d'un trouble dépressif majeur plutôt stabilisé depuis de nombreuses années. Parfois, elles sont sous traitement antidépresseur, parfois elles l'ont été dans le passé ou pour d'autres encore elles le refusent quand le médecin référent leur propose.

Il est à cette heure fort possible que ces rencontres scellent définitivement mon engouement si ce n'est mon engagement en direction de cette population. Ces personnes sont des survivantes de longue date d'un être cher décédé pour qui l'origine de leur souffrance échappe au moment où elle me consulte.

Après avoir présentés les différents deuils ou plutôt les différentes issues liées à la perte d'une personne aimée, nous aborderons l'épisode dépressif majeur et enfin le traitement des symptômes qui lui sont rattachés par l'hypnose, comme outil efficace et rapide.

CONTEXTE DE L'ETUDE

Dans notre société moderne, l'homme s'éloigne de son mode de vie «initial» et l'individu s'oriente vers une course au confort matériel. Ce leurre du mieux-être par les objets, par l'argent, ne parvient pas à remplacer les besoins vitaux inhérents à notre espèce lorsque l'être humain touche du doigt sa mortalité et celle de ses proches.

A la fin du 19^{ème} siècle, les traditions et les rituels mortuaires habitent les esprits de chaque être vivant et sont des fondamentaux qui constituent la société contemporaine d'alors. Le «jeune mort» est veillé à son domicile et chacune de ses connaissances, membres de la famille proche comme élargie, ses amis, etc., peuvent, viennent, se recueillir à son chevet, lui dire au revoir. Certains personnages publics, des grands esprits littéraires et scientifiques pratiquent ouvertement des séances de spiritisme et dialoguent avec les morts (Virot, 2007).

Il est alors normal de préparer la mort, la sienne comme celle d'un proche. La fin de vie naturelle des plus anciens se fait majoritairement au domicile de la personne. A cette époque, la religion tient une place importante. C'est un protocole plutôt strict qui accompagne les vivants et qui se veut le garant du départ de l'âme du défunt. Il est culturel d'être habillé durablement de vêtements noirs.

L'entourage familial comme social ou religieux jouent naturellement leur rôle de soutien qui permet aux membres de la famille d'être accompagnés dans leur douleur, par des gestes, une présence, de l'empathie.

L'entrée de la société dans le 20^{ème} siècle avec l'installation réussie du modernisme accentue la séparation du corps et de l'esprit. L'importance des prêtres dans la vie de tous les jours recule et principalement dans cette phase de séparation d'avec nos proches au moment de leur décès. La fin de vie des anciens est désormais encadrée par le monde médical et est pris en charge par l'hôpital dans la majorité des cas. Les rituels comme les marques extérieurs de deuil diminuent massivement.

Le temps de la phase de tristesse ou on vivait et recevait une attention particulière des membres de la communauté, est réduite à une période n'excédant pas plus de quelques jours. La société encadre le temps où l'endeuillé peut exprimer sa tristesse et sa douleur. Elle lui accorde le droit, sous certaines conditions, de s'en éloigner - de la vie en société - en lui

offrant «des congés pour évènements familiaux»¹ dont la durée variable est fonction de la relation qui l'unissait au défunt:

- 2 jours en cas de décès du conjoint ou de la personne avec qui le salarié était lié par un PACS;

- 2 jours en cas de décès d'un enfant;

- 1 jour en cas de décès d'un frère, d'une sœur, du beau-père ou de la belle-mère.

Certaines conventions collectives prévoient des absences d'une durée plus longue que celle prévue par la loi et dans tous les cas, ces quelques jours ou la personne est autorisée à «être absente de son travail pour cause de décès» sont intégralement rémunérés par l'employeur. Il est intéressant de noter que ces quelques jours ou le salarié est "autorisé" à vivre son deuil sont assimilés par le code du travail, comme «des jours travaillés» puisqu'ils sont rémunérés dans la limite toutefois imposée à l'endeuillé, de présenter un document administratif certifiant la réalité de l'évènement.

Ainsi, très vite le survivant est «sommé» de cacher sa souffrance, sa douleur, de taire ses questions sur le devenir de mort «que se passe-t-il après?». Nicolas Abraham et Maria Torok (1978) écrivent à ce sujet: *"il ne sera plus question de faire état devant un tiers, du deuil dont on est frappé. Tous les mots qui n'auront pu être dits, toutes les scènes qui n'auront pu être remémorées, toutes les larmes qui n'auront pu être versées, seront avalés, en même temps que le traumatisme, cause de la perte"*.

Le deuil ou plutôt sa souffrance doit être tue de la dimension extérieure de la personne, dans son rapport au monde. Intérieurement par contre s'installe en elle un espace, une crypte où le défunt repose ou plutôt où il continue à vivre une relation avec son survivant. Il devient le "fantôme" (Abraham et Torok, 1978) dissocié du reste du psychisme du sujet comme si celui-ci arrivait néanmoins à faire disparaître le mort tout en le gardant en vie et vivre une véritable relation invisible.

La riche expérience de Claude Virot, psychiatre hypnothérapeute, dans l'accompagnement de patients endeuillés devenus ensuite dépressifs, m'éclaire sur les conséquences pour le sujet de la présence dans sa réalité intrapsychique, de ce passager clandestin.

¹ Article L. 226-1 du Code du Travail

Il nous semble important de situer son intérêt pour notre sujet en relatant les grandes lignes de son histoire professionnelle à l'origine de sa pratique actuelle.

Durant les dix premières années de sa pratique il n'est pas rare pour lui de rencontrer des patients présentant des troubles dépressifs «sans lien apparent avec la vie actuelle (...) pour lesquels toute thérapie échoue».

A la fin des années 90, il s'intéresse aux consultations d'ethnopsychiatrie de l'institut Georges Devereux de St Denis. Il repère les relations d'avec les morts, entretenues par la population d'Afrique occidentale et d'Afrique du Nord : «nombre d'entre eux souffrent d'une mauvaise relation avec un ou plusieurs morts : ces patients se disent être coupables de ne pas avoir bien fait les rituels, l'esprit du mort n'est pas parti, etc.». Pour ces populations, comme pour d'autres, de fortes croyances organisent leurs actes aux moments du décès d'un de leur proche afin de permettre son passage vers leur «au-delà». S'y soustraire, de manière volontaire ou non, provoquerait la colère du mort et tout son cortège de conséquences, provoquant entre autres choses, leur position de malade les amenant à consulter cet institut pour : «organiser la réparation de ces relations dont dépend leur guérison» par la pratique d'une thérapie spécifique à leurs cultures (Virot, 2007).

Bien que ces populations soient différentes de celle de Claude Virot, son questionnement sur l'évolution des croyances se fait jour : «ont-elles disparues ou sont-elles devenues secrètes?»

Il axe ainsi sa pratique sur le recueil des croyances des patients, sur le devenir de leur défunt ; leurs actes ou paroles tenus au moment du décès ; ce qu'ils pensent des cérémonies mortuaires et également de l'importance pour eux d'avoir été ou non, présent « dans ces moments où des souffrances difficiles à guérir naissent : *« je n'ai pas pu être là quand il est mort ; je n'étais pas préparée ; c'est comme s'il avait disparu »*. Nous pouvons également rajouter «je ne m'en souviens pas, j'étais trop petit; c'est comme s'il n'avait jamais existé, etc».

Le recueil de ces informations réorienta différemment son travail du traitement de la dépression d'un sujet ayant été marqué par la perte d'un être humain.

CADRE THEORIQUE

I. LE DEUIL

Chacun doit affronter plusieurs fois dans sa vie, le chagrin, la perte d'un être cher, et bien d'autres expériences de vie toutes aussi marquantes, plus ou moins douloureuses, dont il s'agit de faire le deuil.

Le deuil est donc un épisode de vie normal ou l'endeuillé traverse une crise, un choc un traumatisme. Mélanie Klein décrivait cette période de crise comme «une maladie normale». Différentes phases, nous y reviendrons plus tard, se succèdent à l'occasion de cette traversée du désert, toujours d'ordre privé pour celui qui en est frappé.

C'est en effet, une expérience intime, psychologique que de «faire son deuil». Il démarre toujours par l'annonce d'une fin. Par l'annonce d'une fin de vie oui. Qu'elle est été «prédite» par l'évolution d'une maladie ou bien «amenée» par la brutalité d'un accident. La réalité montre alors au sujet que l'objet aimé n'est plus et qu'il «est sommé» de soustraire toute sa libido de ses attachements à l'objet perdu et de la transférer sur un nouvel objet (Freud, 1917).

Qu'elle touche un sujet jeune ou âgé, cette annonce est le point de départ d'une expérience dont l'issue pour la majorité des cas, fera prendre conscience à l'endeuillé de l'existence "d'un avant et d'un après" cette annonce.

Dans la majorité des cas en effet, car différents types de deuils existent. Il peut être normal, difficile, compliqué ou pathologique. La différence entre eux est fonction de plusieurs facteurs comme :

- la nature de la relation entretenue avec le défunt. Reposait-elle sur la dépendance, l'ambivalence excessive ou non?
- les circonstances exceptionnelles ou non du décès, l'âge du défunt : était-il jeune ou âgé?
- l'état émotionnel du survivant au moment du décès.

I.1 Le deuil normal

Dans le deuil normal comme dans tous les deuils d'ailleurs, plusieurs étapes se succèdent :

- L'état de **choc** en est la toute première, sauf pour les deuils différés et ses complications, nous y reviendrons plus loin. L'effet de ce choc est l'indispensable protection mise en place par l'appareil psychique pour empêcher l'esprit de voler en éclat. La personne est comme anesthésiée émotionnellement. Elle est heurtée par ce choc dans tout son être. Certaines se décriront ultérieurement comme ayant été des «zombies», en dehors de la réalité du quotidien, se laissant ainsi piloter par les événements. D'autres iront jusqu'à culpabiliser de ne pas verser de larmes, dès les premiers instants jusqu'à parfois même le jour des obsèques.

D'un point de vue somatique, la personne « choquée » dort mal, à relativement peu d'appétit et ressent une immense fatigue. Du point de vue psychologique, affectif, la douleur extrême est plus ou moins retenue ou visible en fonction de l'individu. Ce processus naturel bloque l'expression des affects sur une durée variable pouvant aller de quelques heures à quelques jours laissant la place à une phase de « fuite ».

- La **phase de fuite** est décrite par le psychiatre psychothérapeute Christophe Fauré (2006), spécialiste de l'accompagnement du deuil, comme ayant deux faces parallèles. Les premiers temps du deuil sont comme portés par la forte volonté naturelle chez l'humain de ne plus avoir mal. La personne est aux prises avec une période intense d'agitation mentale dont le seul but est de court-circuiter la douleur. Elle va de la tension intérieure jusqu'à une forte activité extérieure. La personne peut être en suractivité pendant des semaines voire des mois allant ainsi, assez naturellement, vers son épuisement. Dans le même temps, elle aspire à retrouver son cher disparu. Elle a besoin de le chercher et de s'accrocher à tout ce qui le fait exister, à tout ce qui lui permet de s'en souvenir. Elle est dans le désintérêt pour le monde extérieur puisque celui-ci n'évoque pas le défunt, elle abandonne toute activité qui ne soit donc pas en rapport avec l'absent. "Nous comprenons aisément que cette inhibition et cette limitation du moi sont l'expression d'une focalisation exclusive sur le deuil, au point qu'il ne reste rien pour d'autres objectifs et d'autres intérêts" (Freud, 1917).

- Son besoin de faire vivre le défunt comme de parler des circonstances de sa mort nous conduisent entre six et douze mois post-décès. Le sujet entre alors dans une phase dépressive, c'est **le temps de la déstructuration**. La phase précédente, axée sur la recherche du défunt,

se termine. Ses repères tombent. Tout son environnement social semble avoir repris le cours d'une vie normale. A ce moment-là même « au plus profond de soi, on sait dorénavant que cette personne perdue ne reviendra plus jamais et la conscience de cette irréversibilité s'impose en force » (Fauré, 2006). Cette période centrale du deuil est un véritable état dépressif avec son triple syndrome de douleur morale, de difficulté à fonctionner physiquement et psychologiquement et une atteinte, habituellement modérée, des grandes fonctions de la vie : le sommeil, l'appétit, la sexualité (Hanus, 2006). Dans cette phase, l'individu n'arrive pas à s'imaginer autrement que deuilé, le "après le deuil" n'a pas de sens ni d'existence pour lui. Aussi douloureuse soit cette étape, celle-ci signale le bon déroulement du processus. Il nous paraît utile de préciser ici, que cette phase dépressive inhérente au travail de deuil n'équivaut pas à la dépression clinique. Celle-ci en effet ne survient qu'aux détours d'une complication du processus de deuil normal, nous y reviendrons.

- La quatrième et dernière étape du deuil est le retour progressif à la vie. C'est **la phase de restructuration** qui démarre à très faible dose dès le début du travail de deuil pour devenir enfin palpable par l'individu au moment où la phase dépressive recule. Chacun des souvenirs et des espoirs qui liait la libido à l'objet perdu a été repris et surinvesti jusqu'à ce que la libido s'en détache (Freud, 1917). De nouveaux projets sont autorisés à émerger souvent aux détours de rêves la nuit ou de nouveaux intérêts s'expriment. Un regain d'énergie apparaît alors à quelques moments d'abord puis ces moments sont de plus en plus nombreux et s'installent de plus en plus durablement. C'est une phase où la relation au défunt est revisitée, où la personne redéfinie tant ses relations aux autres que la relation à "son nouvel elle-même". C'est l'apparition de nouvelles bases où on s'autorise à faire ou à penser à autre chose qu'à notre cher disparu sans le retour d'une culpabilité massive. Il est acté à ce stade que la personne aimée est à tout jamais dans son cœur. L'inacceptable, l'impensable est accepté car il a été pensé par la traversée des phases précédentes et ces aléas.

La durée de cette phase est variable et peut paraître longue sans pour autant être anormale. Pour s'assurer de sa normalité, le processus doit être en constante évolution, aussi lente soit elle. Il est unique et propre à la personne qui la vit, il n'y a aucune norme, aucune règle, aucune mesure pour définir que cette phase « doit être vécue » sur une période donnée. Le rythme de l'endeuillé échappe à toutes les contraintes d'un quelconque agenda.

Il est fréquent qu'à ce stade du deuil soit relaté des événements particuliers, autrefois appelés "hallucinations de deuil". La personne croit voir, entendre, sentir la présence de la personne

qui est morte. Aujourd'hui, ces manifestations apparaissent comme fréquentes et sont plus communément appelés "simples illusions" compte tenu du fait que la personne, dans cette phase, est parfaitement consciente de la mort de celui ou celle qu'elle croit percevoir. Il est cependant à noter, que ces manifestations occasionnent un retard du processus de séparation sans pour autant le bloquer.

La phase dépressive dans le deuil :

La phase dépressive du deuil est distinguée par le DSM IV.R de l'épisode dépressif majeur bien que les symptômes soient les mêmes : sentiment de tristesse associé à des symptômes tels que l'insomnie, la perte d'appétit et la perte de poids. Le sujet attribue son humeur déprimé comme réaction à la mort d'un être bien qu'il puisse pour autant demander de l'aide à un professionnel pour soulager ses symptômes.

Bien que la durée et l'expression d'un deuil normal soient variables, un diagnostic d'épisode dépressif majeur peut être posé quand des signes sont encore présents deux mois après la perte ou bien quand des signes sans rapport avec une réaction "normale" de chagrin s'expriment comme :

- une culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non par le survivant à l'époque du décès ;
- des idées de mort chez le survivant sans lien avec un souhait d'être mort avec le défunt
- un sentiment morbide de dévalorisation ;
- un ralentissement psychomoteur marqué ;
- une altération profonde et prolongée du fonctionnement ;
- des hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt.

I.2 Le deuil difficile

Les deuils difficiles connaissent exactement les mêmes étapes que celles présentées dans les deuils normaux : le choc, la fuite, la déstructuration et la restructuration. Bien que le processus soit le même, il est vécu avec plus d'intensité et souvent il dure plus longtemps.

Les facteurs prédictifs d'un deuil difficile sont en lien avec la nature du défunt, son âge et les circonstances du décès. L'état de l'endeuillé au moment du décès a également son importance ici.

Concernant le défunt, il est en effet plus difficile de perdre un être jeune ou voire pire encore son propre enfant. Ce décès est vécu avec un sentiment d'injustice qui se rajoute à la perte elle-même. De surcroît plus l'enfant est petit plus il est partie intégrante du narcissisme des parents. Pour Freud (1917) dans tous les deuils la perte n'est pas uniquement d'ordre objectal mais il comporte une plus ou moins grande part narcissique. Si l'enfant décédé était handicapé, le deuil est rendu encore plus difficile du fait de l'investissement précédemment présent mais également par la part de culpabilité inhérente au soulagement, ressenti au moment du décès, de la fin de cette implication majeure, qu'elle soit reconnue ou non par l'endeuillé.

Du point de vue de la personne endeuillée, des difficultés supplémentaires sont liées à l'état de sa santé mentale, physique ou de la situation sociale en place au moment du décès. La personne déjà anxieuse, déprimée aura plus de difficulté à vivre son deuil. Il en est de même pour celles par exemple au chômage ou ayant fait l'expérience de l'émigration. Ces situations déjà fragilisantes augmenteront pour la personne, les impacts des différentes phases du deuil (Hanus, 2006).

Enfin, les circonstances de la survenue de la mort (suicide ; catastrophe collective, etc) et l'état du corps ou son absence sont des circonstances aggravantes. Dans un suicide, la brutalité de l'évènement revêt un caractère d'une extrême violence, imposée au défunt par le défunt lui-même dans une volonté d'en finir. La famille s'emmure alors dans la douleur, la culpabilité, l'impuissance et l'incompréhension (Hanus, 2007).

I.3 Le deuil compliqué

Aux différents facteurs prédictifs du deuil difficile se rajoute ici les risques liés à la nature même de la relation entre la personne avant son décès et celle qui lui survie. Plus la relation reposait sur un lien de dépendance et d'ambivalence, plus le deuil sera compliqué. Une relation conflictuelle rendra le travail plus lourd à vivre qu'une relation se nourrissant de l'affection réciproque portée par les deux protagonistes.

L'âge de l'endeuillé est déterminant également. Le jeune âge, l'adolescence comme l'âge avancé, sont des périodes de vie où le sujet est dans une plus grande fragilité compte tenu même des caractéristiques de chacune de ses phases de vie. La solitude, comme conséquence directe inhérente à la disparition de son conjoint par exemple, sera un facteur aggravant.

Il y a tout lieu d'être attentif ici aux complications pouvant survenir. Le deuil compliqué peut entraîner l'amplification de maladies, physiques, mentales ou des troubles du comportement, déjà présents avant le décès (Cornillot P, Hanus, 1997). La maladie peut survenir pendant le processus de deuil et être même attendue comme une évidence dans une phase difficile de vie sans pour autant arriver.

La première de toutes les complications possibles du deuil peut se signaler par le retard de son apparition. La durée de la phase anesthésiante peut se prolonger sur une période de quelques jours à quelques semaines. Ce ralentissement de la mise en route du processus de deuil inaugure l'apparition ultérieure d'autres complications. Elles seront repérables soit par leur absence soit par leur expression excessive.

La douleur chez l'enfant endeuillé par exemple aura tendance à être minimisée voire refusée. L'éviction de cette manifestation du deuil est liée au jeune âge du fonctionnement de son appareil psychique, incapable alors de supporter une si grande et si longue période de souffrance morale. Son comportement ou sa santé physique s'en trouvera d'autant perturbé nous signalant alors la non expression de l'enfant du lien entre l'état douloureux et le deuil (Bowlby J, 1960).

La nature du déni de la réalité de la mort dans la phase la fuite, est également différente de celle présente dans les autres deuils. Elle est plus stable, plus difficile à dépasser et porteuse d'un risque supplémentaire de voir apparaître d'autres complications. Parmi les complications par excès, celle la plus fréquente est la durée plus longue et l'intensité plus forte de la douleur

et de l'état dépressif. L'endeuillé continu à vivre avec son défunt « comme avant » et parfois même développe une identification aux symptômes de la maladie ayant entraîné la mort.

L'excès de culpabilité sans lien avec la réalité est une complication par excès avec un risque important de voire l'endeuillé se faire ou se laisser faire du mal.

I.4 Le deuil pathologique

La distinction entre deuil compliqué et deuil pathologique repose sur le moment de l'apparition de la maladie par rapport à la survenue du décès. Autant nous venons de le présenter, dans le deuil compliqué la maladie est déjà présente avant le décès, autant dans le deuil pathologique la maladie survient après le décès. Il sera alors très important pour poser le bon diagnostic de bien faire la distinction d'avec ce qui était présent avant la perte de l'être aimé ou plutôt d'avec les symptômes présents depuis, qui étaient totalement absents du vivant de la personne disparue.

Que le deuil soit compliqué ou bien pathologique, la maladie porte atteinte à la santé physique ou mentale de la personne, comme elle peut toucher son comportement.

Ces maladies sont les mêmes que pour la population générale. En aucun cas elles n'ont de coloration particulière, à cela près qu'elles touchent la population des endeuillés de manière statistiquement supérieure. L'étude conduite par Li J (2005) démontre que le nombre de prises en charge par l'hôpital psychiatrique est plus important dans la population des endeuillés que dans la population générale.

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que les endeuillés ont un taux de mortalité plus important que la population générale. Ils démontrent également que les hommes en deuil sont davantage marqués que les femmes. Ils sont âgés au moment de la survenue de leur mort soit de 35 à 55 ans. Ils ont été pour ceux-ci frappés par le veuvage de manière relativement jeune et ils ne sont pas parvenus à se remarier ou à reformer un couple. Il est à noter également un pic chez les hommes âgés en deuil qui meurent davantage que les hommes qui ne le sont pas (Helsing Kj, Szklo M, 1981 ; Mellström D, Nilsson A., 1982)

Au-delà des causes de mortalité identiques d'avec la population générale : cancers, maladies cardiovasculaire, deux causes de mort ressortent comme étant plus fréquentes chez les endeuillés : le suicide et les accidents (Hanus, 2004). En plus de démontrer la surmortalité

chez les veufs ou les veuves, ces études font apparaitre une augmentation du nombre de décès dans la population des personnes seules mais davantage encore chez les divorcés ou les séparés.

II. LA TYPOLOGIE DEPRESSIVE

La dépression a plusieurs causes. De nombreux facteurs de contribution appartiennent principalement à trois domaines : biologique, psychologique et social (Cronkite, Moose, 1995; Thase & Glick, 1995).

Notre vie moderne propose tout un lot important de stimuli hostiles et incontrôlables qui conduisent beaucoup de gens à souffrir de dépression. Dans de nombreuses situations, les familles n'offrent plus l'abri sûr qu'elles étaient autrefois : les mariages qui durent toute la vie sont de moins en moins nombreux, ce qui se traduit par des divorces douloureux accompagnés de réaménagements financiers et sociaux faisant pression. L'éclatement de la cellule familiale place les enfants dans un contexte parental conflictuel avec de nombreux problèmes à résoudre : droit de garde ; montant de la pension alimentaire ; nouveaux lieux de résidence ; nouvelle famille recomposée, etc.

D'autres facteurs sociaux contribuent au sentiment d'impuissance. L'emploi et son insécurité a pris le pas sur le modèle « un emploi, une vie » vécu par nos aïeux. Le licenciement voire parfois plusieurs pour une même personne sont choses courantes. Bien des raisons de se sentir oppressé par l'impossibilité de contrôler un minimum sa vie dans de multiples circonstances et ceci parfois dès le plus jeune âge.

Il en résulte que depuis plusieurs années, ce diagnostic est très facilement posé tant par les médecins que par les patients eux-mêmes (Viot, 2007). Elle peut être gérée, dans la majorité des cas, par les médicaments, la psychothérapie, ou les deux (Yapko, 1997).

Avant de poursuivre, nous précisons ici que dans un souci de lisibilité et de pertinence par rapport à notre cas clinique, nous travaillerons uniquement « l'épisode dépressif majeur » abordé par le DSM IVR et la « dépression chaotique », par volonté de suivre les traces de notre principal référent théorique, Claude Viot.

II.1 L'épisode dépressif majeur

Le DSM IV.R répertorie la dépression dans les troubles de l'humeur et le nomme « épisode dépressif majeur ». Sa caractéristique est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités habituellement agréables. La personne et ou son entourage remarquent souvent un retrait social ou une désaffection pour des distractions

agréables. La diminution marquée des intérêts doit persister au moins deux semaines. De surcroît, le sujet doit présenter en complément de ces premiers traits, au moins quatre des symptômes suivants :

- une diminution ou augmentation significative de l'appétit. Les premiers relateront devoir se forcer pour s'alimenter et les seconds affirmeront ressentir une envie impérieuse pour certains aliments (sucrés, etc). Il peut s'en suivre une variation importante du poids dans un sens comme dans un autre.
- un trouble du sommeil. L'insomnie du milieu de nuit ou l'insomnie du matin sont typiques dans l'épisode dépressif majeur bien qu'une difficulté à l'endormissement soit aussi constatée. Plus rarement, un sujet peut présenter une hypersomnie sous la forme d'un sommeil nocturne prolongé ou d'une augmentation du sommeil diurne. Parfois, les troubles du sommeil sont à l'origine de la demande de soins.
- des modifications psychomotrices comprenant une agitation (impossibilité de rester en place ; tortillement des mains ; etc.) ou un ralentissement (du discours ; de la pensée ; du temps nécessaire pour commencer à formuler une réponse ; etc). Il est utile de noter pour ce symptôme la nécessité d'être particulièrement sévère pour être observable par les autres au risque de paraître subjectif ;
- une diminution de l'énergie, une lassitude et une fatigue sont fréquentes. La fatigue est décrite comme continue et est sans rapport avec l'effort physique fourni. Les tâches les plus simples demandent un effort disproportionné allant jusqu'à une efficacité réduite ;
- un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité peuvent s'exprimer par une évaluation négative irréaliste qu'a la personne de sa propre valeur ou des sentiments excessifs de culpabilité ou des ruminations sur des erreurs passées mineures. Fréquemment, le sujet interprète de manière erronée des événements neutres comme la preuve d'une déficience personnelle et a un sentiment exagéré de responsabilité par rapport à des événements fâcheux.
- une altération de sa capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions. Le sujet est facilement distractible ou se plaint de troubles de la mémoire. Des difficultés de concentration même légères peuvent empêcher ceux qui ont une activité professionnelle très exigeante sur le plan intellectuel d'assurer leur travail. Quand le traitement de l'épisode dépressif, chez un sujet enfant ou adulte, connaît une issue favorable, les troubles de mémoire disparaissent souvent complètement.

- avoir des idées de mort, suicidaire ou une tentative de suicide sont fréquentes. Ces idées vont de la croyance que les autres seraient mieux si l'on était mort aux idées de suicide transitoires mais récurrentes, à de véritables plans spécifiques sur la façon de se suicider. Les motivations pour se suicider peuvent être associées à un désir de "laisser tomber" devant des obstacles considérés comme insurmontables ou à une intense envie de mettre fin à un état émotionnel atrocement douloureux perçu par la personne comme ne pouvant avoir une fin.

Le niveau d'altération fonctionnelle associée à l'épisode dépressif majeur est variable, même en cas de sévérité légère. Il doit exister une souffrance cliniquement significative, une altération du fonctionnement social professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Il va de soi qu'autant soigneux soit l'interrogatoire pour mettre en évidence les symptômes, les réponses du sujet peuvent être altérées pour des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire, une tendance à nier, à sous-estimer ou à expliquer autrement les symptômes.

II.3 Dépression chaotique chronique ou aiguë

Inspirée des travaux de Claude Virot (2004) nous considérons ici la dépression comme un système dont la souffrance ressentie par le sujet, sera soit stable soit instable c'est à dire chronique ou aiguë.

Dans la dépression chronique, la souffrance est installée parfois depuis longtemps. Le sujet est habitué à son état et les antidépresseurs sont sans aucun effet. Alors que dans la dépression aiguë, la survenue de la souffrance est brutale et en apparence sans rapport avec le vie actuelle du sujet. La variabilité des symptômes s'étale de quelques minutes à quelques jours.

Le système est un ensemble d'éléments, en interaction liés par une finalité commune, sensible à la notion de temps et donc dans une constante impermanence. La société, l'entreprise, la famille, sont des systèmes par excellence. L'auteur associe les dépressions instables à un processus chaotique inspiré de la « théorie du chaos » qu'il découvre en 1991. Le chaos engage le sujet à la fois vers un vécu instable mais également vers de nouvelles solutions, des changements, des adaptations qui repositionne le sujet dans un nouvel équilibre, tout autre de celui en place avant l'épisode chaotique.

Il est alors possible de penser la dépression chronique comme une résultante d'une dépression aiguë dont le traitement a échoué.

Un changement dans la vie du sujet, majeur comme mineur, malheureux comme heureux, peut être à l'origine d'une dépression. Le choc du facteur déclenchant quel qu'il soit (un licenciement ; le projet d'avoir un enfant, ...) ne joue que le rôle d'un déclic, d'une étincelle, mais ne crée pas la dépression (Nabati, 2005).

Le sujet compense sans s'en rendre compte sur une période plus ou moins durable. Durant cette période, les symptômes d'une dépression classique se font jour dès le début de « la stratégie de compensation » du sujet et ils peuvent être extrêmement variables, vécus avec une intensité différente d'un patient à l'autre.

Les symptômes psychiques et somatiques classiques de la dépression sont l'anxiété, les troubles de l'alimentation et du sommeil et également une perturbation dans les investissements quotidiens des différents domaines de vie (professionnel, familial, social).

La dépression est une réponse adaptative à ces épisodes de vie. Elle peut donc se représenter aussi fréquemment que survient un "épisode déclic". La personne souffre d'appliquer une stratégie inefficace et auto-limitante reproduisant sans le savoir le fruit de l'apprentissage acquis tout au long de sa socialisation.

De surcroît cet apprentissage tout au long de la vie érige une frontière intérieure invisible entre lui et d'autres ressources peu ou pas utilisées par la personne qui ne peut en avoir conscience qu'au prix d'un « pas de côté » impossible à faire seul. Nous verrons plus loin comment l'hypnothérapie est une indication de choix pour le réaliser.

Différents moyens se font alors jour pour venir en aide à la personne aux prises avec une phase de vie de ce type. La stratégie médicale repose sur la prescription d'antidépresseurs et elle pense voir dans les antidépresseurs le premier, et souvent le seul, remède pour « supprimer » la dépression (Hugnet, 2004). Parfois, seul un traitement par psychothérapie est mis en place mais pour certaines dépressions, la prise d'antidépresseurs reste une indication de choix. Dans d'autres cas encore, l'association d'une psychothérapie et d'un traitement antidépresseur est mise en place et la diminution des psychotropes se fera, dans le meilleur des cas, progressivement.

Les études réalisées sur le traitement de la dépression par psychothérapie montrent que les individus dépressifs ont de meilleurs résultats avec une psychothérapie qu'ils n'en ont avec un traitement médical (Antonuccio, Danton & De-Nelsky, 1995). Ils se sentent mieux pendant le traitement, ils ont généralement des taux de rechute plus bas, ils ont régulièrement des taux de succès identiques ou plus élevés. Antonuccio, Danton & De-Nelsky (1994) rapportent que ces patients ont un fonctionnement global plus satisfaisant, même au-delà de la rémission des symptômes de la dépression.

Un patient également sous traitement médicamenteux aura tendance à attribuer son évolution non pas à lui-même mais au médicament (Virot, 2004). En effet, aucun médicament ne peut enseigner à une personne comment agir sur des facteurs contribuant à la réduction de la dépression comme développer des capacités pour faire face ou résoudre les problèmes, ou améliorer ses compétences sociales (Yapko, 2001).

III. APPORT DE L'HYPNOSE

Yapko (1992) définit l'hypnose « *comme un processus de communication d'influence au sein duquel le clinicien fait surgir et guide les associations intérieures de son client afin d'établir ou de renforcer des associations thérapeutiques dans le contexte d'une relation de collaboration et d'échanges mutuels centrée sur un objectif* ». L'hypnothérapeute utilise la suggestion pour guider le patient et l'amener à modifier son expérience subjective, à altérer ses perceptions, sensations, émotions, pensées ainsi que son comportement (Bioy, Wood & Celestin-Lhopiteau, 2010).

Concernant la dépression, elle est à entendre dans notre propos comme un symptôme émergeant dans une phase de vie autant douloureuse que nécessaire. Elle signale au sujet de devoir s'adapter aux différents changements rencontrés dans sa vie à l'endroit même où les précédents moyens de faire face deviennent obsolètes. Certains survivants dont le deuil est rendu non normal, vivent la souffrance inhérente à la disparition d'un être cher par l'expression d'un syndrome dépressif majeur, d'apparence non reliée à cette perte.

L'hypnothérapie est une indication de choix pour permettre au patient, guidé par un thérapeute formé, de réaliser le « pas de côté » dont nous parlions plus haut. L'hypnose est une relation d'aide. La mise en œuvre d'une psychothérapie par l'hypnose a pour objectif de faire émerger chez le patient, des ressources présentes en lui, qu'il n'utilise pas ou peu.

Plusieurs recherches montrent que les traitements qui associent l'hypnose comparés aux mêmes traitements sans hypnose donnent de manière significative, de meilleurs résultats. Bien que ces études ne parlent pas spécifiquement du traitement de la dépression, tant classique que dans le cadre d'un deuil, de solides preuves cliniques montrent que l'hypnose peut être utile pour traiter et résoudre de nombreux symptômes parmi les plus pénibles de la dépression (Yapko, 2001).

En effet, une personne projette sur le stimulus de sa vie une croyance positive ou négative « *la vie vaut la peine d'être vécue* » ou « *je ne suis pas bon* ». Ce sont des croyances, des représentations auxquelles chacun croit. Comme elles sont différentes, elles auront des conséquences différentes et mesurables pour chaque individu.

Pour Seligman (1990) et Yapko (1999), une corrélation existe entre la qualité des projections d'un individu et son humeur. Une personne positive et optimiste aura donc moins de risque de souffrir de dépression. Elle aura des bénéfices :

- sur le plan physique, avec moins de risques de souffrir de maladies graves et un taux de guérison plus élevé ;
- en termes de productivité, en ayant des niveaux de concentration, de persévérance et de tolérance à la frustration plus élevés ;
- en termes de plus grande sociabilité et amabilité en tirant bénéfice des nombreux avantages associés à des relations plus étroites et plus positives.

L'utilisation de l'hypnose dans le traitement de la dépression d'un sujet, au-delà de la dimension cognitive et comportementale de l'expérience, permet d'influencer la physiologie, les émotions, les relations, les significations symboliques et spirituelles, les déclencheurs de réponse spécifiques au contexte et même les récits de vie (Yapko, 1995).

Plus l'utilisation de l'hypnose permet la création d'un contexte favorable à l'apprentissage de nouvelles compétences et à la formation de nouvelles associations et plus le patient acquiert le pouvoir de s'assumer et d'assumer sa vie, et meilleurs sont les résultats thérapeutiques pour le patient dépressif.

L'hypnose amplifie ou dés-amplifie une expérience. Quand nous nous concentrons sur quelque chose, nous en amplifions la conscience que nous en avons. L'inverse est également vrai c'est-à-dire que quand on se concentre sur un stimulus en particulier, on réduit ou on dés-amplifie la conscience d'autres stimuli co-existants. Grâce à l'hypnose, on va s'associer, se lier plus directement ou plus étroitement à une partie de l'expérience et l'on va se dissocier, se lier moins directement ou s'éloigner de certains autres aspects de l'expérience (Lynn, Kirsh, Barabasz, Cardena & Patterson, 2000).

Il nous semble nécessaire de préciser ici que l'hypnose ne guérit pas. Ce qui est thérapeutique dans le processus hypnotique, c'est ce qui se passe pendant la séance. Plus précisément durant la transe c'est-à-dire encore quand le sujet est en état modifié de conscience, il réalise de nouvelles associations qui lui sont bénéfiques. Elles le rendent capables de se connecter à une certaine partie de ce qu'il a vécu ou d'y faire face d'une manière différente et autrement plus bénéfique.

Erickson et Rossi (1981) affirmaient que l'art de pratiquer l'hypnose, c'est avoir la capacité d'organiser des idées, de présenter des informations, de suggérer des perspectives, de susciter la volonté d'expérimenter de nouvelles idées et de nouveaux comportements, d'explorer des possibilités et de braver les limites que les patients se sont eux-mêmes imposées. Ils découvrent des compétences cachées auxquelles ils ne savent pas accéder consciemment et qui trouvent moyen de faire surface de façon significative pendant le processus de dissociation hypnotique.

La relation corps-esprit, la valeur de la suggestion permettent de modifier considérablement les perceptions qu'ont les gens d'eux-mêmes, de leur corps, de leurs relations, du temps, ou de la quasi-totalité des autres aspects de leur vie. La psyché, sous le coup de l'imaginaire, prend le dessus sur la réalité, le cerveau suit et s'adapte, allant même jusqu'à ce que l'on nomme une "plasticité neuronale", c'est-à-dire une réorganisation des circuits neurologiques en fonction de la nouvelle réalité induite (Bioy et al, 2010).

IV. Présentation des hypothèses de travail

Nous allons donc nous attacher, au cours de la présentation de notre cas clinique, à valider l'hypothèse théorique suivante :

- la séance d'hypnose permet à une personne endeuillée de relancer le processus d'un deuil bloqué et ainsi de la conduire vers la résolution de celui.

Nous pensons que les effets suivants seront observables au cours de la thérapie :

Hypothèse opérationnelle 1 :

- ⇒ nous devrions observer l'entrée du patient dans la quatrième phase du deuil : la phase de restructuration.

Hypothèse opérationnelle 2 :

- ⇒ nous devrions observer une diminution du nombre de symptômes inhérents à l'épisode dépressif majeur.

METHODOLOGIE

Bien que déjà précisé en introduction, nous rappelons ici que notre pratique s'exerce uniquement en libéral auprès de patients habitant en ville.

I. Éléments d'anamnèse recueillis au fil des entretiens :

- Mme T à 42 ans, n'a pas d'enfant, vit maritalement depuis 3 ans avec son conjoint. Il a un enfant de 10 ans d'une première union, qui vit avec eux « à mi-temps ».
- Ils essayent depuis un an d'avoir un enfant ensemble mais ils rencontrent à ce sujet des difficultés de conception. Pour eux deux, les examens médicaux sont normaux.
- Elle vient nous consulter pour se préparer à faire le deuil de ce projet d'enfant.
- Elle occupe un poste à responsabilité. Elle est mutée en 2009 de Bordeaux pour venir occuper ses fonctions à Marseille. Son conjoint a 42 ans également et est ingénieur en agroalimentaire.
- Elle naît dans un pays autre que la France comme quatre de ses sœurs et un frère, tous plus âgés. Deux sœurs naîtront bien après elle sur le territoire français.
- Son père travaille en France depuis 1965 comme ouvrier spécialisé dans l'industrie. Il retourne dans son pays tous les ans durant les mois de juillet et d'août à l'occasion de congés d'été. Durant toute l'année, la mère vit avec ses cinq premiers enfants (les deux petites sœurs de Mme T naîtront en France) loin du père. A ses trois ans, nous sommes alors en 1973, ils rejoignent tous le père à Bordeaux.
- Quand Mme T à deux ans, la plus jeune de ses sœurs aînées, Moufida, 3 ans, décède.
- A son arrivée en France, elle démarre rapidement sa scolarité qui se passe sans problème particulier. Elle apprendra facilement à lire, écrire et compter. Elle se décrit comme étant une très bonne élève, plutôt vive et très indépendante dans sa scolarité.
- En 1974, ses parents attendent la naissance sur le territoire français, d'un nouvel enfant. « Si c'est une fille, je l'appellerai Moufida » déclarera sa mère durant sa grossesse.
- La petite Moufida naît avec un handicap. Il lui manque "la glotte au fond de la bouche" nous dira Mme T. Elle sera très vite opérée et restera hospitalisée durant ses deux premières années. La mère de notre patiente est dévouée à cette enfant qui l'accapare dès la naissance et encore aujourd'hui puisqu'elle souffre d'un retard mental et physique.
- Derrière la petite Moufida, une autre petite sœur naîtra. Aujourd'hui adulte, celle-ci est décrite par la famille comme « très dépressive ». Elle vit repliée sur elle-même dans la

maison familiale. Elle ne travaille pas, ne sort pas et refuse de suivre tout traitement qu'il soit médicamenteux ou psychologique.

- Mme T, déclare s'être toujours sentie seule dès son plus jeune âge. Elle précise qu'elle ressent une grande culpabilité d'être en vie à la différence de sa grande sœur décédée et d'être valide et insérée socialement à la différence de ses deux sœurs cadettes.

- Plutôt douée scolairement, elle intègre un collège, loin de son quartier, pour être dans une classe d'un meilleur niveau que le collège de secteur. Elle se renferme et s'isole davantage des autres jusqu'au début de ses études supérieures où elle dit faire alors « sa crise d'adolescence » en début de première année de licence de Droit.

- Elle intègre un "groupe de filles agressives". Elle se met à sortir beaucoup avec ses copines ou elles "se font énormément remarquer". Elle se met à parler fort, à interpeler les gens qu'elle croise, à avoir une posture agressive, durant les quatre premières années où elle étudie à l'université. « Cela change du tout au tout! » nous confiera-t-elle.

- Juste après l'obtention de sa maîtrise, elle rencontre et tombe éperdument amoureuse d'un homme qui « l'isole » de tout son entourage social et familial. Elle stoppe ses études. Elle le décrit comme étant « très agressif » et elle le quittera dans la douleur, dit-elle, après 1,5 an. Elle « déprime » et fait des « petits boulots » pour vivre. Elle retourne à l'université et s'inscrit en DEA. Elle suit les cours toute l'année mais échoue à la validation finale : elle ne rend pas le mémoire.

- De ses 24 à ses 27 ans, elle se dit "déprimée", cherche du travail tout en étant persuadée qu'elle n'en trouvera jamais. Elle s'inscrit à divers concours mais elle n'y va que rarement. Elle n'avait alors pas confiance en elle. Elle voyait "tout en noir" et était fatiguée en permanence plus particulièrement à cette période de sa vie. A l'occasion, elle garde des enfants et s'occupe de personnes âgées.

- Dans l'année de ses 28 ans, elle intègre son employeur actuel pour un CDD de quelques mois. A l'issue de cette période, elle se voit proposer un CDI si elle accepte d'intégrer l'agence de Grenoble.

- Elle déménage et dit retrouver un regain d'énergie durant les premiers temps où elle vie à Grenoble. Elle s'intègre bien dans la nouvelle équipe, sort beaucoup et rencontre beaucoup de monde.

- Pour elle, après les premiers instants de sa nouvelle vie grenobloise, son humeur change et redevient plus identique à celui en présence avant son départ de Bordeaux. Elle pleure beaucoup. Plus tard, elle se cassera le bras et devra se faire opérer, ce qui l'affectera beaucoup. Elle se renferme encore un peu plus.

- Elle rencontre un homme vis-à-vis de qui elle se dit très agressive. Après quelques mois, il la quitte. Elle a alors 30 ans.
- Durant les trois années suivantes, elle engage une psychothérapie avec un psychologue sur Grenoble Elle dira avoir beaucoup progressé et s'est sentie ensuite un peu plus calme et moins pessimiste envers la vie et son avenir. Elle perçoit davantage sa part de responsabilité dans ce qui lui arrive, et cesse alors de rejeter l'ensemble de ses déboires sur les autres.
- Les parents de Mme T parlent peu. Il lui semble avoir reçu peu de choses d'eux que ce soit au sujet de la religion familiale que "d'autres choses d'ailleurs". Ils ne parlent pas de leur enfant disparue.
- Elle décrit sa mère comme ne s'étant jamais remise de la mort de sa sœur, ni d'avoir traversée la méditerranée. Elle l'a décrit comme une personne déprimée depuis. Elle contracte en 1998 un cancer du côlon. Mme T est très en colère contre elle. Elle lui reproche de ne jamais avoir pris sa place de « mère de famille », de ne jamais l'avoir conduit à l'école ni de faire les courses pour la famille. La mère délègue ces tâches à ses sœurs aînées. Elle n'a jamais essayé d'apprendre à parler le français « elle est restée là-bas ! ». Elle précise toutefois qu'elle la trouve très dévouée à sa famille.

II. Première rencontre

Mme T nous contacte il y a deux mois avec une plainte relative à un sentiment de stress permanent. Elle se dit en prise avec de nombreuses angoisses. Pour répondre à notre question, elle nous signale ses réveils fréquents au milieu de la nuit et précise qu'elle a du mal à retrouver le sommeil. Elle « traîne une fatigue » en permanence depuis plusieurs mois bien qu'elle « ne fasse rien de particulier ». Elle nous dit « ruminer beaucoup mentalement ».

Elle se perçoit comme très irrégulière dans son humeur et nous précise qu'elle a toujours été aussi loin qu'elle se souvienne, souvent en retrait des autres. En effet, elle s'est toujours sentie seule malgré son réseau d'amis et de collègues. Depuis un certain temps, elle s'isole de davantage de son réseau, leurs traditionnelles sorties ou activités de groupe ne l'attirant plus du tout. Elle a perdu du poids ces derniers mois : « tout cela me fait perdre l'appétit ! »

Mme T est exclusivement vêtue d'habits noirs (un pantalon et un pull).

Elle nous apprend que depuis un an, elle et son conjoint essaient de concevoir un enfant sans succès jusqu'à ce jour. Ils ont réalisé l'ensemble des examens médicaux relatifs à la conception d'un enfant. Les résultats obtenus sont normaux tant pour elle que pour son conjoint. Elle pense qu'elle est "bloquée psychologiquement" mais ne sait pas "par quoi". Le non démarrage de cette grossesse la préoccupe énormément d'autant plus qu'elle vient d'avoir 42 ans.

Elle remarque l'apparition de ses symptômes il y a un an. Pour elle, les responsabilités qu'elle assume dans son poste de travail la stressent démesurément tout en constatant par ailleurs que la charge et le contexte de son travail n'ont pas particulièrement variés depuis sa prise de fonction à Marseille en 2009.

Nous recueillons ensuite une grande partie de son histoire de vie, relatée précédemment dans la partie anamnèse ainsi qu'un génogramme qui nous permet de situer les personnages principaux de la vie Mme T.

A la fin de cette première rencontre, nous convenons de nous revoir et d'utiliser l'hypnothérapie pour tenter de diminuer les symptômes dépressifs.

II.1 Diagnostic

Pour nous, Mme T souffre d'un épisode dépressif majeur. Nous appuyons notre diagnostic sur les observations suivantes :

- Elle présente depuis douze mois une perte d'intérêt pour des activités habituellement agréables et elle semble repliée sur elle-même, seule, y compris dans les moments où elle est entourée. Son état est associé à :
 - un trouble du sommeil du milieu de nuit,
 - une fatigue qu'elle décrit comme permanente sans lien avec une cause apparente : pas d'effort physique particulier, pas d'augmentation de la charge professionnelle,
 - un sentiment de forte culpabilité orientée vers chacune de ses deux sœurs cadettes compte tenu du fait qu'elle, elle est « valide, insérée socialement et en couple » et orientée également en direction de sa sœur décédée parce qu'elle, elle est en vie. Elle se dévalorise beaucoup. Elle est fortement en colère contre sa mère,
 - une diminution de l'appétit sur une période suffisamment longue pour entraîner une perte de poids.

Pour nous l'épisode dépressif majeur de Mme T trouve sa source au décès de sa grande sœur. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, nous pensons que Mme T traverse un deuil pathologique bloqué dans la phase de fuite compte tenue de sa recherche de la défunte et de l'alternance de phases d'hyperactivité et d'épuisement. Son deuil pathologique déclenche comme maladie associée, un trouble dépressif majeur qui s'est exprimé par plusieurs épisodes dépressifs majeurs depuis ses deux ans, à partir du décès de sa sœur jusqu'à aujourd'hui (42 ans).

III. Deux rencontres suivantes : une séance avec hypnose, une séance sans hypnose

III.1 Deuxième rencontre : première séance d'hypnose

Cette deuxième rencontre se déroule deux semaines après la première. Elle se dit stressée par son travail. Elle doit rendre des dossiers à sa hiérarchie d'une grande importance pour son organisation professionnelle.

Mme T est prête pour sa toute première séance d'hypnothérapie. Elle est spécialement venue pour cela. Elle est aujourd'hui vêtue d'un pantalon noir et d'un pull marron foncé.

Au regard des éléments en notre possession, nous décidons de commencer le traitement par l'installation d'un "lieu de sécurité". Nous consacrons l'ensemble de la première rencontre à l'installation de la "Save Place" avec l'idée qu'en prenant notre temps pour la toute première fois ou notre patiente rentre en contact avec l'hypnose, elle apprendra également à donner du temps au temps.

Tout d'abord, nous conduisons la patiente à se déconnecter d'avec son environnement extérieur en focalisant son attention sur un point de fixation. Puis, elle porte son attention sur sa respiration du moment, ses points d'appuis etc.

Très vite nous l'amenons à percevoir l'état modifié de conscience dans lequel elle se trouve en lui suggérant de rapprocher ses mains (par la première partie uniquement de l'exercice des "mains de Rossi" que nous utilisons dans notre pratique comme un test d'hypnotisabilité).

Dans un premier temps, nous la laissons percevoir, d'abord les yeux fermés, le rapprochement de ses mains qu'elle décrira plus tard comme attirées l'une par l'autre sans qu'elle ne puisse rien y faire.

Puis dans un second temps, nous suggérons qu'elle « donne juste le tonus nécessaire à ses yeux pour s'ouvrir légèrement et voir ses mains se rapprocher... tranquillement... calmement... au rythme de sa respiration ».

L'ensemble de la séance c'est-à-dire de l'installation de son espace de sécurité intérieur, se déroule relativement bien. Nous activons au fur et à mesure les cinq sens : la vision, l'audition, l'odorat, le goût et le toucher. Nous rajoutons « et de vous laisser toucher par votre

environnement aimé et tout ce qui le compose...» afin d'activer une ouverture en direction des autres.

Les limitations de l'espace sécure ainsi que le geste d'ancrage se posent relativement simplement.

Notre patiente, de retour ici et maintenant, répond aux questions que nous posons :

- « Comment vous sentez vous ? » »

Réponse :

- « Je me sens bien, calme, c'est très agréable ! »

Question :

- « Comment l'expérience s'est-elle déroulée ? »

Réponse :

- « Bien, j'ai ressenti des choses dans mon corps. Quand j'étais dans mon lieu sécure, j'ai eu froid dans les bras et les mains. Puis j'ai ressenti un état de tranquillité, de confiance en moi. C'était étonnamment agréable ! Maintenant, je me sens détendue, d'un calme ! »

Nous proposons avant de clore la séance de « retourner dans son lieu sécure » quelques minutes pour vérifier l'ancrage.

Immédiatement la patiente s'installe confortablement sur le fauteuil et ferme d'elle-même les yeux. A peine la suggestion d'activer « son geste » est-elle formulée, qu'elle le réalise. Sa tête se laisse aller sur le côté gauche et ses lèvres expriment un large sourire.

III.2 Troisième rencontre : entretien suivant la première séance d'hypnose

Nous rencontrons à nouveau Mme T deux semaines après la première expérience hypnotique.

Elle est vêtue d'un pantalon noir et d'un chemisier blanc.

Elle se décrit comme plus calme comparativement à notre toute première entrevue un mois auparavant. Elle relate rapidement qu'à deux occasions elle utilise son geste d'ancrage. Nous manifestons notre souhait d'en savoir plus et nous l'invitons à expliciter son propos. Nous remarquons que précédemment au récit de ses deux expériences, un sourire franc arbore son visage :

La première :

- « La semaine passée, au travail j'ai eu un moment de panique. J'étais persuadée que je n'allais pas arriver à rendre mon dossier à temps ! J'ai tout arrêté pendant cinq minutes pour faire mon geste d'ancrage. J'ai immédiatement retrouvé mon calme et j'ai repris ma tâche quelques minutes après ».

« Ce qui m'étonne aussi, c'est d'avoir décidé de stopper mon travail pendant quelques instants alors que je me sentais déjà très en retard. C'est sûr qu'avant je ne l'aurais pas fait ! J'aurais même plutôt mis les bouchées doubles ! J'ai repris là où je m'en étais arrêtée et j'ai remis dans les temps mon travail à mon supérieur. »

La deuxième :

- « J'ai accepté de sortir avec mon conjoint et des amis pour faire une randonnée. » Elle précise à cette occasion que « d'ailleurs, il y avait longtemps que je n'étais pas sortie. Dernièrement, je bottais toujours en touche pour ne pas y aller ».

« A un moment, il fallait grimper ! Longtemps ! Je me suis entendue me dire comme à mon habitude : « je ne vais pas y arriver ! » parce que je me vois très faible physiquement.

Au même instant j'ai repensé à mon lieu sûr. Je me suis arrêtée net. Les autres étaient loin devant, je n'étais plus à quelques minutes de retard de plus. J'ai fait le geste d'ancrage et là, pareil que sur mon lieu de travail ! Immédiatement, j'ai senti que je me calmais intérieurement. J'ai repris la route et poursuivi l'effort que j'ai réussi à tenir jusqu'à la fin.»

Nous accusons réception de ces (ses) deux performances. Nous faisons remarquer que ces deux expériences ont un point commun, une cognition négative « Je ne vais pas y arriver ! » Elle s'en empare de suite et précise que son père disait toujours cela, pour tout. A chaque fois

qu'un obstacle se présentait à lui ou à un des siens il répétait inlassablement « On ne va pas y arriver ! »

Nous poursuivons alors en précisant qu'à la lecture de nos notes prises lors de la première rencontre, nous avons noté le décès de sa sœur aînée et que nous aimerions revenir sur ce point. A cet instant précis, Mme T s'effondre en larmes. Elle tente de s'exprimer mais les sanglots sont tels que son propos est incompréhensible. De plus, elle parle d'une toute petite voix. Nous ne la comprenons pas. A deux reprises, nous la faisons répéter. Légèrement remise de cette forte émotion, elle raconte qu'elle ne sait pas pourquoi elle se met dans cet état. En effet, elle relate avoir voulu (ré) entendre parler sa sœur décédée il y a quelques années seulement, quand elle a commencé un travail sur elle-même.

Chez elle, c'est un sujet tabou. Son père se refuse à en parler, il quitte la pièce à chaque fois que la conversation s'oriente vers cet enfant décédé. Sa mère tente de fermer la conversation à chacune de ses tentatives « faut pas parler du passé ! ». Ses deux sœurs aînées sont en total désaccord sur la question de l'utilité d'en parler ou non. L'une des deux se met fortement en colère (la description faite de la scène par notre patiente nous fait penser à une crise d'hystérie), elle hurle qu'il ne faut pas "parler de cela", etc. L'autre grande sœur accepte d'en parler avec elle bien qu'elle (surtout ?) soit au prise avec une énorme tristesse qui s'exprime par des flots de larmes et des sanglots dans la voix : « Elle était magnifique ! Superbe ! ».

Nous convenons à cet instant du traitement, dans un souci de bien se comprendre à chaque instant, de parler de Moufida, l'enfant décédé, comme de la « grande Moufida » et de nommer sa sœur cadette « la petite Moufida ».

Du point de vue de Mme T, sa sœur est dans l'idéalisation de la défunte. Elle l'a décrit comme quelqu'un de très en colère vis-à-vis de leurs parents, de leur pays d'origine. Pour cette sœur, celle qui accepte de parler de « la grande Moufida » :

« Si la famille avait déjà été en France, la médecine française l'aurait sauvée ! ».

Pour Mme T, il n'y a jamais eu de photo d'elle depuis son décès dans la maison familiale: « Elle avait pour moi complètement disparue. Elle est revenue dans ma vie au début de mon travail psychothérapeutique. »

« Je suis retournée pour la première fois dans mon pays d'origine quand j'avais 18 ans. On m'a conduite sur la tombe de mon grand-père pour que je sache où il était enterré. Pour ma famille, c'était normal que je le sache... Par contre, concernant ma sœur, la « grande Moufida » pas un mot ! On ne me montrera pas sa tombe. On ne m'en parlera pas non plus. Elle était pour moi encore "oubliée", je n'ai donc rien demandé. Aujourd'hui ce serait différent si j'y retournais. Mais je me rends compte ici que je n'ai toujours rien demandé sur l'endroit où elle est enterrée et que personne ne m'en a encore parlé. »

Avant de s'ouvrir au souvenir de sa sœur décédée, Mme T nous confie qu'elle était très renfermée, qu'elle contrôlait tout, énormément, tout le temps. Elle a toujours ressentie une certaine culpabilité d'être en vie et valide « entre ses deux Moufida » et vis-à-vis de sa "toute petite sœur" dépressive.

Nous relançons en formulant juste : « culpabilité ? »

Mme T pleure à nouveau, elle répond de sa toute petite voix : « Je suis celle qui a de la chance. Je suis celle qui n'était pas malade. "J'étais une image" de quelqu'un de fort. Mon père a beaucoup investi cette image. Pour lui, j'étais exceptionnelle ! Je pouvais tout réussir, j'étais la meilleure,... ! »

En séchant tant bien que mal ses larmes, elle poursuit en précisant qu'elle s'est longtemps « accrochée » à cette image en faisant un geste du poing attrapant quelque chose et de le serrer fort dans sa main, contre sa poitrine. Pour elle, cela l'aidait à tenir.

Elle articule cette affirmation à son sentiment de solitude puisque sa mère était toujours absente pour elle puisque accaparée par la « petite Moufida » hospitalisée d'abord puis dépendante à vie. Toute sa famille d'ailleurs y compris ses grands frères et sœurs, l'ont investie d'être la plus forte, de pouvoir se sortir de toutes les situations ; d'être la meilleure ; qu'elle pouvait réussir à battre 25 autres élèves en classe, si elle était la première de la classe. « J'ai donc voulu être la première de la classe... je l'ai été. »

Mme T témoigne alors qu'à l'occasion de son premier travail sur elle-même, elle s'est rendu compte de plusieurs choses importantes pour elle :

- « Je ne sais pas grand-chose sinon rien sur la cause de sa mort... Ce que je sais c'est que cela touchait son ventre »

Et :

- « Quand elle est morte, elle avait trois ans, c'était encore un bébé quelque part. Pour moi, bébé égal... mort possible du bébé ! »

IV. Quatrième rencontre, deuxième séance d'hypnose, la rencontre

Mme T se dit apaisée. Elle se réveille encore une nuit sur deux environ. Lors de ses réveils en sursaut elle est aux prises d'avec ses angoisses qu'elle articule avec son désir d'enfant. Elle dira à cette occasion qu'elle « n'est plus très jeune, va-t-elle y arriver ? »

Nous notons que, bien qu'habillée toute en noir, Mme T est vêtue d'une tenue que nous qualifierons de "féminine" : un collant, une jupe qui lui arrive juste au-dessus des genoux avec un chemisier cintré à la taille, un collier autour de cou et de petites ballerines aux pieds.

Nous reprenons le travail sur « la grande Moufida » avec quelques questions ciblées venant du protocole de Claude Virot (2007) :

Question : « Que pensez-vous qu'il arrive à un défunt après sa mort ? »

Réponse : « Le défunt ne part pas complètement. Il y a un continuum. "Elle" ne disparaît pas complètement. Je pense qu'il perdure une forme de présence, légère, dans mon entourage... Une présence flottante... C'est un peu nébuleux ... Par la pensée, l'amour des personnes qui l'ont connue »

Question : « Que pensez-vous des rituels pratiqués de nos jours pour nos morts : les obsèques, etc ? »

Réponse : « Pour moi c'est nécessaire d'être là ! J'aurais besoin de faire partie de ces moments de recueillement avec le collectif. Pour ma sœur cela n'a pas été possible, j'étais trop petite ! »

Nous démarrons dès à présent et sur presque toutes nos prochaines prises de parole le protocole hypnotique de Claude Virot (2007) qui nous permettra de conduire le traitement en direction de la rencontre « patient-défunt ».

Dans un souci de clarté, les prises de paroles qui seront à notre initiative seront écrites comme suit : - Nous* : « » -. Le nous sera suivi d'un astérisque.

Nous : « Quelques traditions décrivent certains cas où tout se passe "comme si" le mort était resté à l'intérieur du vivant, ne parvenant pas à se rendre au pays des morts. Le mort

s'apparente alors à un fantôme "coincé" à l'intérieur de vous et générant de plus en plus de souffrance...»

Mme T valide immédiatement en opinant de la tête.

Nous : « En supposant que cette hypothèse soit juste, êtes-vous d'accord pour que votre sœur se sépare maintenant de vous pour partir dans le monde des morts? Bien sûr vous allez construire les liens qui vous manquaient avec elle. Vous pourrez y penser, l'imaginer, lui parler, le voir dans vos rêves ».

Mme T respire à pleins poumons et les larmes aux yeux, prononce de sa toute petite voix :

« Oui ».

Nous conduisons alors la patiente à atteindre un état modifié de conscience en nous y prenant exactement de la même manière que la première fois.

De là, nous lui suggérons qu'elle se promène dans une ville, une rue. Cette rue la conduit devant un portail d'une maison. Quand elle a franchi ce portail, nous réactivons le "signaling" mis en place à l'occasion de l'installation du lieu sûr :

Nous : « Quand vous aurez passé le portail de la maison, de me le faire savoir en levant l'index de votre main gauche.»

Réponse de Mme T : l'index de sa main gauche, se lève.

Nous : « Vous traversez la cours de la maison et vous arrivez devant la porte d'entrée de la maison.... Quand vous l'aurez franchie, de me le faire savoir en bougeant l'index de votre main gauche »

Réponse de Mme T : l'index de sa main gauche, se lève.

Nous : « Vous entrez dans le couloir de la maison et vous le traversez. A l'autre extrémité de ce couloir, il y a une porte... Quand vous l'aurez franchie, de nous le faire savoir en bougeant l'index de votre main gauche... »

Réponse de Mme T : l'index de sa main gauche, se lève.

Nous : « Vous êtes dans une pièce agréable, ou vous vous sentez comme dans votre lieu sûr... Vous arrivez devant une nouvelle porte... Quand vous l'aurez franchie, de me le faire savoir en bougeant l'index de votre main gauche... »

Réponse de Mme T : l'index de sa main gauche, se lève.

Nous : « Vous êtes dans une zone blanche ... En regardant bien, vous découvrez un point coloré... Vous vous en approchez : c'est une nouvelle porte. Maintenant vous ré-associez votre gorge... Votre bouche... Et vous pourrez décrire cette porte... »

Réponse de Mme T : « Il y a des escaliers à descendre pour arriver à la porte... Je les descends... Elle est carré... petite... avec une poignée dorée... »

Nous : « Quand vous l'aurez franchie, de me le faire savoir en bougeant l'index de votre main gauche... »

Réponse de Mme T : l'index de sa main gauche, se lève.

Nous : « Que voyez-vous ? »

Réponse de Mme T : « C'est sombre.... Pas de fenêtre... (Ici nous précisons que Mme T parle tout doucement, en chuchotant)... C'est comme une grotte... »

Nous : « Qu'entendez-vous ? »

Réponse de Mme T : « Des bruits métalliques... comme des casseroles... »

A ce moment, la bouche de Mme T effectue des mouvements comme si elle parlait mais aucun son n'en sort.

Nous répétons alors notre question : « Qu'entendez-vous Mme T ? ».

Sa bouche répond à nouveau mais aucun son n'en sort. Le visage de Mme T comme son corps, commencent à se crispier.

Nous faisons alors l'hypothèse qu'elle a régressé, qu'elle "est toute petite". Nous avons l'impression qu'elle parle tout bas, comme un bébé ou un enfant qui ne parle pas encore distinctement. De plus, ce bébé, qui n'accéderait pas encore à la parole, a la particularité ici de ne pouvoir sortir aucun son de sa bouche. Elle nous semble si petite qu'elle doit, pour nous, sans doute s'imaginer ne pas avoir accès à la parole.

Partant de ce postulat, nous suggérons alors pour tenter de débloquer la situation :

Nous* : « Là où vous vous trouvez, quel que soit l'âge de la "Mme T redevenue petite", vos cordes vocales ont les mêmes moyens pour parler là-bas que la "grande Mme T " d'aujourd'hui... ». Le silence se prolonge.

Réponse de Mme T : « Il y a des bruits... mais je ne comprends pas... »

Mme T se crispe davantage. Son corps entier est en tension. Ses deux bras se soulèvent, ses doigts s'écartent les uns des autres laissant bien percevoir une très forte crispation dans les mains. Sa tête, ses épaules se penchent en avant et viennent se placer entre ses deux mains, (doigts toujours écartés), suspendues dans l'air. Sa mâchoire s'agite également. Elle fait des mouvements brusques de gauche à droite et de droite à gauche, ceci à plusieurs reprises.

Afin de l'accompagner dans cette phase, pour lui permettre de retrouver son calme, nous suggérons :

Nous* : « Et tranquillement... Calmement... Au rythme de votre respiration... Vous vous dirigez vers la pièce d'où vous venez...en laissant la porte ouverte...Et de me faire savoir quand vous aurez franchi cette porte... »

Cette suggestion est suivie d'un long silence que j'accompagne par du saupoudrage : Nous * : « Voilà... C'est bien... C'est tout à fait ça...Tranquillement... »

Réponse de Mme T : l'index de sa main gauche, se lève.

Le corps de Mme T "se redépose" sur le fauteuil beaucoup plus calme sans être pour autant complètement détendu.

Nous* : « Vous disposez...sur la TOTALITE DE CETTE EXPERIENCE...de tous les mêmes moyens... dont dispose Mme T quand elle a une quarantaine d'années... tranquillement... calmement... Vous pourrez quand vous le souhaitez... retourner dans la pièce d'où vous venez.... Et de me le faire savoir dès que vous serez de retour dans la pièce...».

Un long silence s'en suit.

Réponse de Mme T : l'index de sa main gauche, se lève.

Nous : «Voyez-vous quelqu'un? »

Réponse de Mme T : « Oui...Moufida » dit-elle de sa toute petite voix.

Nous : « Vous lui parlez ? »

Réponse de Mme T : « Oui... »

Nous : « Que lui dites-vous ? »

Réponse de Mme T : «Que je suis contente de la voir... il y avait si longtemps... ».

Nous : « Elle vous parle ? ».

Réponse de Mme T : « Oui... »

Nous : « Que vous dites elle ?

Réponse de Mme T : « Je ne comprends pas ce qu'elle me dit... »

Nous : « Comment est-elle ? »

Réponse de Mme T : « Elle est petite... Moi aussi... Autour de nous il y a des bruits... Il y a des gens qui parlent... »

Nous : « Que fait-elle ? »

Réponse de Mme T : « Elle me berce... Elle me rassure... Elle me demande de ne pas m'inquiéter pour elle... »

Nous : « Que répondez-vous ? »

Réponse de Mme T : « Rien... Je ne sais pas quoi lui dire... »

Après un temps de silence relativement long, nous reposons la même question.

Nous* : « Que répondez-vous ? »

Réponse de Mme T : « Je ne sais pas quoi lui dire... »

Nous décidons de lui proposer de revenir, ce qu'elle valide par le signaling.

Nous* : « Tranquillement... Calmement... Vous apercevez la porte par laquelle vous êtes arrivée jusqu'ici... De me le faire savoir quand vous l'aurez franchie... »

A cet instant, les mouvements de torsion de sa mâchoire reprennent.

Nous* : « Et si vous le souhaitez... Vous pouvez regarder par-dessus votre épaule... Avant de franchir la porte... Et de me le faire savoir si vous le faites... »

Réponse de Mme T: l'index de sa main gauche, se lève.

Nous* : « Que voyez-vous ? »

Réponse de Mme T: « Moufida... Elle est là... Allongée, elle me parle mais je ne comprends pas ce qu'elle me dit... »

Nous* : « Qu'auriez-vous envie de lui dire absolument avant de rentrer ? »

Réponse de Mme T: « Je ne suis pas responsable de ce qui s'est passé... Je suis triste... »

Nous* : « Que répond-elle ? »

Réponse de Mme T: « C'est la faute de personne...Elle dit qu'elle est au repos ici...Elle est au calme... Qu'elle est contente de me voir... »

Nous : « Que lui répondez- vous ? »

Réponse de Mme T : « Que je suis contente aussi de la voir... Que je ne vais pas l'oublier... »

Nous* : « Voulez-vous lui dire autre chose ? »

Réponse de Mme T: « non »

Nous* : « Etes-vous d'accord pour lui dire au revoir maintenant et partir chacune dans votre monde ? »

Réponse de Mme T : « Oui »

Nous* (nous adressant à Mme T et à Moufida) : « Je vais maintenant vous laissez un peu de temps pour que vous puissiez vous dire au revoir... Voyez ensemble pour trouver comment partir chacune dans votre monde... et pour trouver la modalité de votre nouvelle relation... qui vous convienne à toutes les deux...et quand vous aurez trouvez... comment faire... de me le faire savoir... »

Silence.

Réponse de Mme T : l'index de sa main gauche, se lève.

Nous* : « Qu'avez-vous trouvé comme modalité? »

Réponse : « ... Elle ne veut pas que je le dise... »

Nous* : « C'est très bien... Est-ce que la modalité choisie, vous convient ? »

Réponse : « Oui »

Nous* : « Etes-vous d'accord pour la laisser partir dans son monde à elle? »

Réponse : « Oui »

Nous* : « Tranquillement... calmement... vous prenez le temps de vous dire « au revoir »...Et toujours au rythme de votre respiration... vous prenez chacune le chemin qui vous mènera à votre monde respectif... et de me faire savoir quand votre sœur sera partie »

Un silence s'installe alors. Le signaling ne venant pas :

Nous* : « Où êtes-vous en ce moment ? »

Réponse de Mme T : « Je la raccompagne... »

Nous* : « C'est très bien... Dès qu'elle sera sortie de votre champ de vision... de me le faire savoir ... »

Réponse de Mme T : l'index de sa main gauche, se lève.

Nous : « Tranquillement... vous vous dirigez vers la première porte... et de me le faire savoir quand vous l'avez franchie » Signaling de Mme T. « Vous remontez les escaliers... Quand vous serez dans la zone blanche... de me le faire savoir... » Signaling de Mme T. « Vous arrivez devant la porte suivante qui, une fois franchie, vous emmène dans la pièce agréable ou vous vous sentez comme dans votre lieu sûr... Quand vous y serez, de me le faire savoir... » Signaling de Mme T. « Vous arrivez devant une nouvelle porte... Quand vous l'aurez passée de me le faire savoir... » Signaling de Mme T. « Vous traversez maintenant le couloir... Vous arrivez devant la porte pour sortir de la maison... Quand vous l'aurez franchie, de me le faire savoir... » Signaling de Mme T. « Vous traversez la cour et vous arrivez devant le portail de la maison... Quand vous l'aurez franchie, de me le faire savoir... » Signaling de Mme T.

« Vous remontez la rue... tranquillement... calmement... au rythme de votre respiration... Vous sortez de la ville... et vous entendez à nouveau le tic-tac du réveil... Le son de ma voix se rapproche de vous... Le chant des oiseaux... Et quand votre inconscient aura terminé les remaniements qu'il avait à faire aujourd'hui... il vous proposera d'ouvrir les yeux et de reprendre le cours d'une vie normale... »

Retour de Mme T ici et maintenant.

Nous reprenons l'initiative des questions qui lui seront posées.

Nous : « Comment vous sentez vous ? »

Réponse : « Ça va... C'était intense... Très fort... Je sens encore comme mon corps a été en tension... J'ai senti de gros mouvements de bouche, j'ai dû beaucoup bouger de là ? »

Elle nous montre sa bouche et nous questionne d'un hochement de tête. Nous donnons une réponse affirmative en acquiesçant de la même manière.

Mme T : « C'est surprenant de voir sans voir... d'entendre sans entendre »

Elle poursuit : « La rencontre a été comme un choc ! Après... plus tard c'était de la douceur... je sentais que c'était une autre époque. »

Nous : « Comment vous sentez vous, là, maintenant ? »

Mme T : « J'ai chaud dans le ventre ... Je ressens la présence d'une chaleur... Elle est ni agréable ni désagréable » Elle s'arrête sur ce thème et revient sur l'expérience avec empressement.

Mme T : « Je ne voulais pas partir à un moment donné... Je ne voulais pas quitter ce lieu... »

Mme T souhaite parler de ses "adieux" à sa sœur : « C'est comme un deuil... Quand je l'ai accompagnée... J'allais comme à un enterrement : on était dans la lumière, on en est sortie.

Après, c'est comme si c'était le cimetière où est enterré mon grand-père. Je l'ai laissée là. Je suis repartie. C'est là que ma mère est venue (toujours en vie)... elle m'a pris la main et nous sommes rentrées ensemble jusqu'à la porte où il y a des escaliers derrière... Jusque-là, avec ma mère j'avais deux, trois ans. En montant les escaliers, j'étais seule et j'avais l'âge d'aujourd'hui»

D'un commun accord, nous terminons la séance ici et nous convenons de nous revoir la semaine suivante.

RESULTATS ET DISCUSSION

I. Résultats :

I.1 Vérification des hypothèses:

IIa. Hypothèse opérationnelle 1 :

Pour l'hypothèse de travail n° 1 concernant l'entrée du patient dans la quatrième phase du deuil nous notons :

- L'évolution du discours de Mme T post séance: « Après (le choc de la rencontre,..., la tension, etc) c'était de la douceur, je sentais que c'était une autre époque " .
- Une évolution de la tenue vestimentaire de Mme T passant du noir complet (marquant un deuil en cours) à des habits de couleur voire complètement blancs. De plus, elle s'autorise à acheter certains habits dont le style est complètement nouveau pour elle. Enfin, elle se dirige vers son environnement relationnel et elle se réalise dans la nouveauté.

Mme T est entrée dans la phase de restructuration validant ainsi l'approche théorique de Fauré (2006).

IIb. Hypothèse opérationnelle 2 :

Pour l'hypothèse de travail n° 2 concernant la diminution du nombre de symptômes inhérents à l'épisode dépressif majeur, nous observons:

- la disparition de la fatigue, un regain d'énergie,
- la disparition totale des sentiments de:
- culpabilité vis-à-vis de sa sœur décédée,
- colère vis-à-vis de sa mère.
- la disparition des insomnies

Nous observons la disparition de trois des symptômes sur quatre. Nous n'avons que peu d'informations à cette heure sur la reprise d'un appétit normal.

Mme T reprend le cours d'une vie normale en direction d'elle-même comme de son environnement. Elle prend des initiatives et a une participation active d'elle-même. Elle se mobilise quand elle souhaite agir (elle s'apprête). Elle s'engage vers de nouvelles activités partagées avec son réseau précédemment délaissé.

Une nette évolution de la patiente en direction de la sortie tant du deuil pathologique que de l'épisode dépressif majeur est observable. Ces éléments nous permettent de valider le protocole hypnothérapeutique mis en place dans le traitement de cette patiente.

II. Discussion :

II.1 Analyse clinique

Parmi plusieurs illustrations possibles sur notre thématique, celle choisit nous semblait à la fois riche de ses composantes, et à la fois extrêmement sensible à notre protocole. Cela est certainement dû au caractère d'urgence dans lequel se plaçait Mme T pour résoudre sa problématique.

Les signes cliniques permettant de poser le diagnostic d'épisode dépressif majeur sont repérés dès la première rencontre. Ils sont d'ailleurs amenés, pour la plupart, par la patiente elle-même. Elle se définit ainsi comme une personne toujours « plus ou moins déprimée » depuis semble-t-il « aussi loin qu'elle se souvienne ».

Il y a un an les symptômes d'aujourd'hui apparaissent « comme ça! », très vite, et font souffrance. Ce phénomène est d'autant plus net qu'elle vit, pour la première fois de sa vie, depuis trois ans une relation amoureuse harmonieuse. Elle et son conjoint ont même décidé, il y a un an, d'avoir un enfant ensemble, confortant ainsi l'importance des sentiments qu'elle porte à son conjoint.

A la lecture de son récit, il nous est rapidement possible d'articuler le démarrage du projet de vie d'avoir un enfant, avec l'apparition des symptômes dépressifs. En effet, le projet de vouloir un enfant joue ici le rôle d'élément déclencheur (Nabati, 2005). La dépression aiguë signale à la patiente la nécessité de revoir la stratégie de compensation développée de longue date, du fait de son inefficacité et de son caractère auto-limitant face au changement de vie qui se présente à elle.

En nous inspirant des travaux de Claude Virot (2004), nous affinons alors notre diagnostic en direction d'une dépression aiguë puisque nous repérons l'apparition brutale des symptômes conjuguée à l'absence de rapport pour elle avec sa vie du moment.

Si le projet d'avoir un enfant est pour nous le déclencheur et non la cause de la dépression, très vite nous rechercherons ce qu'elle peut bien être.

Lors de la première rencontre, nous réalisons ensemble son génogramme et nous notons immédiatement la forme de son récit concernant trois aspects de son histoire :

- elle signale le décès de sa sœur ainée comme une anecdote. Il est décrit sur la même tonalité que les autres faits « classiques » de sa vie.

Elle s'attarde par contre beaucoup plus longuement :

- sur ses deux petites sœurs, la première handicapée dès la naissance et la deuxième aujourd'hui dépressive et en dehors de toute vie sociale. Elle se sent coupable d'être valide vis-à-vis de la première, et d'être insérée socialement et engagée dans une vie maritale par rapport à la deuxième.

- Sur sa mère envers qui elle ressent une vive colère quant à sa non intégration sociale sur le territoire français mais également de ne jamais s'être remise de la mort de sa sœur.

Nous orientons notre travail avec Mme T en direction de la mesure de l'impact du décès de sa sœur et nous obtenons rapidement une réponse. En effet, Mme T s'effondre en sanglots dès que la discussion porte sur « la grande Moufida ». Pour nous, elle est en prise avec un deuil bloqué depuis de nombreuses années ayant entraîné l'installation durable de ses symptômes dépressifs. Elle est en prise avec une forte culpabilité à propos d'autres choses que des actes entrepris ou non par la défunte, et se dévalorise énormément. Ces éléments nous rapprochent de la définition du DSM IV.R de l'épisode dépressif majeur comparativement à la phase dépressive du deuil.

Compte tenu de son âge au moment du décès de Moufida, (notre sujet a deux ans) il nous est de prime abord difficile de repérer dans le temps et par le seul discours de la patiente, la période d'apparition des symptômes. Sont-ils apparus avant ou après le décès ?

Cette précision nous permettrait ainsi immédiatement de faire la distinction entre un deuil compliqué (maladie présente avant) et un deuil pathologique (survenue de la maladie post décès).

Pour dégager le diagnostic final, nous nous arrêtons sur :

- le refus ou la difficulté de parler de la défunte comme des circonstances de sa mort, tant du couple parental que des frères et sœurs aînés de Mme T. Notons au passage, que ces derniers sont présentés comme étant chacun en relative bonne santé et insérés socialement.

- Une partie de la famille fait l'expérience de l'émigration (Hanus, 2006)

- la santé précaire des deux sœurs cadettes de Mme T (nées toutes les deux après le décès) à la grande différence des aînés,
- la famille, face au décès, est décrite comme 'emmurée' dans le silence (Hanus, 2007)
- le fait qu'elle s'arrête fortement sur l'absence de toute marque relative à la défunte (aucune photo dans la maison familiale ; aucune communication sur l'adresse du lieu qui l'accueil post-mortem).

Ces éléments laissent supposer que le contexte familial change radicalement après le décès et ne fournit alors plus l'abri sûr qu'il assurait précédemment. L'équilibre familial et sa fonction psychologiquement contenante sont altérés (Cronkite et al. 1995). Nous situons donc la survenue de la maladie de Mme T après le décès ce qui la situe de ce fait dans le cadre d'un deuil pathologique.

Par « la trop grande absence » de la défunte dans sa vie, nous repérons tout d'abord la constitution d'un fantôme (Virot, 2007). Mme T depuis la disparition de sa sœur jusqu'au premier travail sur elle-même, refuse cette souffrance: « elle avait complètement disparue pour moi ». Nous pensons, comme Bowlby. J (1960) que l'éviction par Mme T, des manifestations liées au deuil est due à la non maturité de l'appareil psychique au moment du décès. La patiente a été incapable de supporter cette trop grande et trop longue souffrance morale. "L'état déprimé depuis toute petite" » et les symptômes qu'elle décrit, nous signalent bien sa perturbation et « sa » non possibilité d'expression d'un lien entre son état douloureux et son deuil.

Nous notons que depuis le démarrage d'un travail sur elle-même il y a 10 ans, Mme T « cherche » énormément sa sœur sans pour autant faire le lien avec son état dépressif (Virot, 2007). Elle interpelle les membres de sa fratrie, ses parents, elle cherche des photos qu'elle ne trouve pas. Cependant, l'idée de poser la question à son entourage pour savoir où elle est enterrée ne l'effleure pas, marquant ainsi le déni de mort de sa sœur (Bowlby J. 1960).

Ces aspects, conjugués à son rythme alternant des phases de forte activité et des phases d'épuisement où elle s'isole un temps de sa vie sociale, nous permettent de situer le blocage de son deuil dans la phase de fuite c'est-à-dire la deuxième des quatre phases que comporte le processus de deuil (Fauré, 2006).

D'un point de vue pratique, nous décidons dans un premier temps de répondre à sa demande d'aide quant à son sentiment de stress, par l'installation d'un lieu de sécurité. Dans un deuxième temps, nous envisageons de travailler à la remise en mouvement du deuil par la rencontre d'avec « sa défunte » mais nous gardons pour nous, à ce moment-là, cette partie de notre stratégie thérapeutique.

L'installation d'un lieu de sécurité est un choix indiqué pour trois raisons :

- 1) permettre à notre patiente (Lynn et al. 2000):
 - d'amplifier sa conscience, par la concentration sur ses stimuli sensoriels internes,
 - dés-amplifier sa conscience sur les stimuli négatifs excitants, afin qu'elle se lie à une sécurité intérieure qui semble lui faire défaut,
- 2) lui permettre d'apprendre à refaire l'exercice, en auto-hypnose, à chaque fois qu'un inconfort, un stress ou une angoisse de jour comme de nuit, se manifestent. Elle développe par ce nouvel apprentissage une autonomie d'action,
- 3) préparer la prochaine séance d'hypnose en direction de la rencontre d'avec « sa défunte ».

II.2 Évolution de la patiente:

Les premiers signes d'évolution sont d'apparition rapide. Mme T découvre une nouvelle façon de faire pour gérer son stress en passant d'une accélération épuisante de son rythme à un ralentissement pour mieux se concentrer et se recentrer sur elle-même. Elle prend conscience entre deux rencontres de sa capacité à trouver seule son calme intérieur et sa confiance en elle-même, tant dans sa vie professionnelle que privée.

Dès lors nous poursuivons notre stratégie. Nous préparons la prochaine séance d'hypnose en favorisant l'émergence des émotions fortes de Mme T enfouies pour sa sœur. Cette partie du traitement est essentiel pour nous car elle nous permet, comme nous l'avons dit plus haut, d'identifier « la crypte » installée en Mme T à l'intérieur de laquelle continue à vivre "le fantôme de Moufida" (Abraham et Torok, 1978).

La deuxième séance d'hypnose, la rencontre, est particulièrement décisive dans son traitement. Mme T, connectée à son imaginaire régresse jusqu'à ses deux ans (son âge au moment du décès). Elle rencontre sa sœur. Mais elle rencontre et évacue également toutes les tensions inhérentes à sa relation entretenue avec « son fantôme » : par des pleurs, les crispations de ses mains, de ses mâchoires, de sa tête.

Ces tensions deviennent ultérieurement un signal qui nous guide. En effet, lors de notre proposition de reculer dans la pièce précédente après un long moment de silence, Mme T se crispe à nouveau. Instinctivement, nous percevons la nécessité de poursuivre la rencontre et de stopper le retour dans la pièce précédente, bien que ce retour ait été validé par notre patiente. Nous précisons ici, que nous sommes pendant les séances d'hypnose, nous même dans un état modifié de conscience. Nous avons le sentiment de vivre l'expérience de Mme T, en même temps qu'elle. De plus, forte des travaux de Claude Virot, les moments de silence d'une durée variable, sont fréquents dans ces expériences et nous poursuivons la rencontre jusqu'à la séparation.

Lors de débriefing de cette séance, Mme T commentera spontanément ce moment-là de la rencontre. Elle ne voulait pas du tout « rentrer », elle voulait « rester à tout prix » et poursuivre l'entrevue avec sa sœur. La tension qui s'exprime en elle lui signale son besoin.

Pour nous, Mme T commence à ce moment précis de sa thérapie, à s'écouter. Nous en aurons la confirmation ultérieurement.

Mme T convient, dans l'intimité de cette rencontre, de la future modalité qu'elle entretiendra avec Moufida. Là aussi nous remarquons une prise de distance d'avec l'autre que nous sommes : elle ne nous confiera pas le contenu de cette modalité. Peut-être que la chaleur ressentie dans son ventre (zone incriminée dans le décès de sa sœur et en même temps zone d'accueil d'une grossesse) représente tout ou partie de la modalité de relation d'avec sa sœur. Pour rappel, « Moufida lui demandera », dans la séance d'hypnose, de ne pas parler.

Désormais, il y a bien un espace spécifique « un entre elle et Moufida », un espace transitionnel relationnel qui lui permet de se détacher, de se « dé-fusionner » de sa sœur et d'assigner à elle-même comme à sa sœur, leur place respective. Elle décide là, de n'y faire entrer personne. Ce moment-là n'est pas sans nous faire penser à un effet inhérent à l'installation de ses limites dans son espace sécuritaire.

Nous amenons ensuite la suggestion de se séparer de sa sœur, de lui dire au revoir et de partir chacune de son côté. La disparition de Moufida de son champ visuel doit nous être signifiée par le signaling. Nous vivons à ce moment, du moins le croyons nous, la même expérience en même temps et nous imaginons que la séparation, l'une de l'autre, se déroule dans les secondes qui suivent la fin de notre suggestion. Nous attendons la réalisation de cette suggestion qui ne vient pas ... pour la première fois du traitement.

Nous apprendrons que Mme T, pour quitter sa sœur, réalise « son rituel » d'accompagnement de sa défunte sœur. Elle conduit, elle accompagne, de sa propre initiative, Moufida jusqu'au « cimetière familial », démarche qu'elle n'avait pu réaliser à l'époque compte tenu de son jeune âge. Elle accompagne sa sœur dans « l'autre monde » accomplissant pour elle-même une mise en phase d'avec ses valeurs confiées à l'occasion d'une précédente séance.

Le déblocage du processus de deuil, sa remise en mouvement, s'acte à ce moment-là.

Mme T prend ici « son envol » et se détache ainsi de sa posture précédente : satisfaire l'attente supposée des autres à son égard (ici de son thérapeute).

La sortie du cimetière, dans l'expérience de Mme T est particulièrement intéressante. En se séparant harmonieusement de sa sœur : « je l'ai laissée là, je suis repartie... Ma mère est venue, m'a pris la main et nous sommes rentrées ensemble...», Mme T se réconcilie avec sa mère. Sa colère vis à vis d'elle disparaît.

Pendant le débriefing Mme T pleure modérément. La cérémonie du cimetière lui permet d'acter que sa sœur est « morte ». Elle est bien dans la phase de déstructuration (la phase 3 du deuil).

Mme T revient nous voir huit jours après la rencontre. Elle arrive pour la première depuis que nous la suivons, vêtue d'un pantalon vert et d'un haut blanc. Nous la trouvons calme, paisible. Elle utilise l'auto-hypnose régulièrement. Elle nous informe que bien qu'ayant accusé réception dans le passé de sa cognition négative : "bébé = mort possible du bébé", elle découvre, dans cet entre deux séances le lien qu'elle faisait précédemment entre cette cognition et le non démarrage d'une grossesse.

Le traitement par l'hypnose lui a permis de faire "le pas de côté" nécessaire à la compréhension de cette précédente façon de voir et de pouvoir ainsi la modifier (Erickson et al., 1981). Elle est d'ailleurs surprise de ne pas s'en être rendue compte avant mais poursuit rapidement son propos qui, nous le verrons, nous réserve d'autres surprises.

Elle se sent de mieux en mieux et également dans ses rapports aux autres. Elle remarque qu'elle va au-devant d'eux, elle les invite même, alors qu'avant elle était « passive » sur ce point. Elle se décrit comme agréablement étonnée par elle-même.

Elle se sent en pleine forme, sa fatigue "est partie". Elle n'a pas eu d'insomnie depuis notre dernière rencontre. Depuis qu'elle a retrouvé sa sœur, elle a retrouvé ses nuits. Elle note également une réduction de ses ruminations. Comme Yapko (1992), nous pensons que l'hypnose agit sur les ruminations et la diminution de celles-ci et contribue à améliorer le sommeil.

Vis-à-vis de « la grande Moufida » elle sent avoir pris du recul depuis la dernière séance. Elle se avant sentait « étouffée » par la relation qu'elle entretenait avec elle, elle se sentait prise dans « quelque chose de lourd ». Pour elle, la relation qu'elle entretient désormais avec sa sœur a gagné en sérénité. Elle se trouve délestée du poids de sa culpabilité.

Par rapport à elle-même, nous ne résistons pas à l'envie de faire intervenir directement Mme T quand elle nous annonce: « avoir ressenti de nouveaux aspects d'elle-même ».

En effet elle déclare: « Je suis plus dans le respect de moi-même, dans le respect de mes envies. Je suis beaucoup moins dans la retenue. Par exemple, j'ai voulu aller à une soirée ou j'étais conviée également pour dîner. Je me suis autorisée à m'acheter une robe...noire...un peu excentrique... parce qu'elle se porte près du corps... très près du corps.... Avant, je n'aurais pas osé... »

Nous sommes intriguée par le côté mystérieux de cette robe et nous demandons : « Elle est en quelle matière cette robe? »

Mme T : « En cuir... très près de corps...très ! Avec une bande de cuir rouge de chaque côté ». Elle décrit avec ses mains deux bandes virtuelles sur son corps qui partent de ses épaules, passent sur chacun de ses seins et qui descendent jusqu'aux dessus des genoux.

Précédemment au traitement, Mme T focalisait sur son deuil entraînant alors une inhibition, une limitation du moi et un désintérêt pour tout autre objet (Freud, 1917). Ce n'est plus le cas désormais. Mme T reconnaît que c'est pour elle la première fois qu'elle s'autorise à porter une robe « comme celle-là ». Elle en a même acheté une deuxième qui elle est toute blanche.

Mme T navigue désormais dans la quatrième phase de deuil: la restructuration. L'ensemble des souvenirs et des espoirs qui liait sa libido à l'objet perdu a été repris et surinvesti jusqu'au détachement de la libido (Freud, 1917). Elle sait maintenant, de part la modalité trouvée avec elle, que sa sœur est en elle, à une juste place et qu'une nouvelle relation saine avec elle opère. Par l'évolution de sa tenue vestimentaire, elle signifie qu'elle range ses habits de deuil et par là même, qu'elle s'ouvre à de nouveaux projets (Fauré, 2006). Elle s'autorise enfin à penser à elle, à sortir, à se vêtir, à développer sa féminité. Elle va même au-devant des autres ce qui était précédemment impensable pour elle.

CONCLUSION

Mme T et moi-même, avons d'ores et déjà prévu de clore le remaniement de ses relations d'avec sa famille. Avec l'hypnose, chacun des membres de sa famille, vivant et décédé, sera placé à une juste distance d'elle-même. J'utiliserai pour cela l'enseignement reçu de Sophie Cohen sur le « Transgénérationnel ».

J'aurais à cœur, lors de notre prochaine rencontre, de mesurer son rapport à la nourriture afin d'en mesurer l'évolution qui je pense sera en la faveur d'une consommation normale et d'une reprise de poids.

La séparation d'avec la colère qu'elle lui portait précédemment rend tout à fait possible l'installation d'une relation plus harmonieuse avec sa mère. En effet, Mme T vit l'expérience, en état modifié de conscience, d'une mère présente et forte dans un moment où sa fille en a le plus besoin. Mme T est apaisée par rapport à « la grande Moufida » et cet apaisement pourrait avoir un impact positif sur ses congénères. Je trouverais également possible que s'organise un voyage dans son pays d'origine afin qu'elle se recueille sur la tombe de sa sœur, sous réserve qu'elle en trouve l'adresse.

Mme T n'est plus au prise avec le fantôme de sa sœur. La relation désormais en place avec elle la libère de son « passager clandestin ». Le démarrage d'une grossesse dans les prochaines semaines ou prochains mois me semble dès lors plus que probable, d'autant plus que le poids de sa culpabilité ainsi que la cognition négative "bébé = mort possible du bébé" ont disparus.

Relativement au cadre théorique, je n'ai volontairement pas travaillé avec Mme T sur la nature de la relation entretenue entre elle et sa sœur de son vivant. En effet, son jeune âge au moment du décès de sa sœur, m'incite très rapidement à ne pas m'y arrêter. Le souvenir, si toutefois elle en avait rapporté un, aurait été pour moi considéré comme reconstruit sur la base des propos de son entourage et donc hors de sa représentation intrinsèque.

A la relecture de mon travail, je perçois l'importance de l'alliance thérapeutique installée entre Mme T et moi. Cet élément d'importance dans tout travail thérapeutique mériterait d'être davantage développé.

Il prend pour moi toute son importance notamment dans le déroulement de la séance d'hypnose que j'ai intitulé la rencontre. Il me semble en effet qu'à plusieurs reprises, la qualité de notre alliance se manifeste tant du côté de Mme T que du mien.

1) Mme T est aux prises avec une forte tension intérieure qui se manifeste par des crispations physiques impressionnantes. A chacune de mes suggestions pour accompagner ces réactions, Mme T « me suit » et un relatif calme revient nous permettant de poursuivre.

2) Mon hypothèse de régression de Mme T, entraînant la possibilité qu'elle se perçoive alors comme dépourvue de la parole semble juste. Là encore elle s'approprie ma suggestion « d'avoir les mêmes cordes vocales, les mêmes moyens, là-bas, que Mme T quand elle a 42 ans ».

3) Plus tard, je remarque également, que bien qu'ayant donné son accord elle se crispe au moment de quitter la pièce où elle sait être en compagnie de sa sœur tant recherchée. Ma suggestion de regarder en arrière puis de poursuivre semble lui convenir. Elle peut ainsi rester et aller jusqu'à la séparation d'avec sa défunte.

Sur l'instant, je ne me pose pas de question, instinctivement je sais ce que j'ai à dire et je le dis. Avec le recul, seule la qualité de l'alliance thérapeutique en place m'explique cette capacité du moment à pouvoir « percevoir » et « savoir » ce dont Mme T à besoin.

En psychanalyse, nous parlons de transfert et de contre-transfert. Il me semble que pour parler à priori de la même chose, mon vécu par contre est totalement différent. La conduite d'une thérapie par l'hypnose « m'engage » bien davantage aux côtés du patient. La levée des symptômes apparaît très rapidement, à tel point qu'un non initié pourrait remettre en cause la véracité de cet état de fait. Je comprends mieux les déboires de l'hypnose durant son histoire jusqu'au moment où l'imagerie fonctionnelle démontra son existence.

L'opportunité d'analyser ma pratique d'hypnothérapeute débutante pour réaliser ce mémoire entraîne un réaménagement de mon identité professionnelle. Psychanalyste Lacanienne préalablement à mon initiation à l'hypnose, je ne sais pas encore aujourd'hui quelle orientation prendra mon positionnement vis-à-vis de la psychanalyse. Pour rappel, l'hypnose a été proscrite de nos pratiques par Jacques Lacan.

Je mets en œuvre ce protocole pour plusieurs de mes patients. Je constate qu'aucun n'arrive avec une demande d'aide de résolution de leur deuil. Ils consultent pour un problème de

stress, d'angoisse, d'insomnie... Je confie à chaque patient la réalisation de son génogramme. Parfois, nous le réalisons ensemble. La prise de conscience d'une souffrance inhérente à leur défunt est toujours un moment riche d'émotion. Certains pensaient en avoir fait le tour. D'autres la refusaient. De mon côté, sans ce travail de revue de littérature, j'aurais utilisé un protocole plus classique de levée de symptômes inhérents à la dépression. La thématique du processus de deuil m'intéressant de longue date, l'hypnose et le protocole : « rencontre entre un vivant et un mort » sont de véritables ouvertures pour ma pratique et je suis loin d'en avoir fait le tour.

Bien que l'étude d'un seul cas ne permette pas la généralisation des résultats, il est important pour moi de tenter l'augmentation si ce n'est la naissance de l'intérêt en direction de la population des endeuillés. Développer une prévention à son égard afin de lui permettre un réel et rapide mieux vivre d'une part et une réduction du risque de mortalité précoce qu'elle encoure (Helsing, 1981; Mellström, 1982) d'autre part, seraient nécessaires pour permettre une sensibilisation des personnes concernées, de leur entourage et de leur médecin.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et chapitres d'ouvrages:

- Abraham, N., Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris: Flammarion.
- Ancelin Schützenberger, A., Bissone Juefroy, E., (2005). *Sortir de son deuil*. Paris: Payot & Rivages.
- Bioy, A., Michaux, D., (2007). *Traité d'hypnothérapie: fondements, méthodes, applications*. Paris: Dunod.
- Bioy, A., Wood, C., Celestin-Lhopiteau, I., (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod.
- Cornillot, P., Hanus, M., (1997). *Parlons de la mort et du deuil*. Paris : Frison-Roche.
- Cronkite, R., Moos, R., (1995). Life context, coping processes, and depression. In E. Beckham & W. Leber. *Handbook of depression* (pp. 569-587). New-York : Guilford.
- Fauré, C., (2006). *Vivre son deuil au jour le jour*. Paris : Frison-Roche.
- Fauré, C., (2007). Le processus de deuil. In Hanus, M., Guetny, J.P., Berchoud, J., Satet, P., *Le grand livre de la mort, à l'usage des vivants*. Paris: Albin Michel.
- Freud, S., (1917). *Deuil et mélancolie*. Paris: Payot & Rivages.
- Hanus, M., (1998). *Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez les adultes et chez les enfants*. Paris: Maloine.
- Hanus, M., (2004). *Le deuil après le suicide*. Paris : Maloine.
- Hanus, M., (2006). *La mort d'un enfant*. Paris : Vuibert.
- Hanus, M., (2007). *Des mots et des expressions autour de la mort*. Paris : Vuibert.
- Hugnet, G., (2004). *Antidépresseurs : la grande intoxication*. Paris : Le Cherche Midi.
- Klein, M., (1947). *Deuil et dépression*. Paris: Payot & Rivages.
- Nabati, M., (2005). *La dépression, une épreuve pour grandir*. Paris: Fayard.

- Seligman, M., (1990). *Learning optimism*. New-York: Alfred A. Knopf.
- Thase, M., Glick, I., (1995). Combined treatment. In I. Glick. *Treating depression* (pp. 183-208). San Francisco: Jossey-Bass.
- Yapko, M., (1992). *Essentials of Hypnosis*. New-York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M., (1992). *Hypnosis and the treatment of depressions: Strategies for change*. New-York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M., (1997). *Breaking the patterns of depression*. New-York: St. Martins Griffin.
- Yapko, M., (1999). *Hand-me-down blues: How to stop depression from spreading in families*. New-York: St. Martins Griffin.
- Yapko, M., (2001). *L'hypnose et le traitement de la dépression*. Bruxelles: Satas.

Articles:

- Antonuccio, D., Danton, W., DeNelsky, G., (1994). Psychotherapy for depression: No stronger medicine. *Scientist Practitioner*, 4, 2-18.
- Antonuccio, D., Danton, W., DeNelsky, G., (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 574-585;
- Bowlby, J., (1960). Grief and mourning. In *Infancy and early childhood*. Psychoanal Stud Child; 15: 9-52.
- Erickson, M., Rossi, E., (1981). *Experiencing hypnosis: Therapeutic approaches to altered states*. New-York: Irvington.
- Hanus, M., (2006). *Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques*. *Annales Médico Psychologiques*, 349-356.
- Helsing, KJ., Szklo, M., (1981). Mortality after bereavement. *Amer J Epidemiol*.

- Li, J., (2005). Mortality in parents after death of a child. In Denmark: a nationwide follow-up study, 361,363-7.
- Lynn, S., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E., Patterson, D., (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- Mellström, D., Nilsson, A. (1982). Mortality among the widowed. *Scand J Soc Med*, 10, 33-41.
- Virot, C., (2001). Les vivants et leurs morts. In *De Sensus. Actes Forum de la CFHTB (2t.)*, Vaison-la-Romaine: L'Arbousier.
- Virot, C., (2004). Stratégie thérapeutique de la dépression chaotique. In *Note Bleue. Actes de second forum CFHTB*. Bruxelles: Satas.
- Virot, C., (2007). Entre le monde des vivants et le monde des morts. In *Hypnose et pensée magique*. Paris: Imago.
- Virot, C., (2007). La vie : catastrophes et chaos. In *Hypnose contemporaine et thérapies brèves : le temps de la maturité*. Paris: Le souffle d'Or.
- Virot, C., (2007). Les troubles dépressifs: concepts et applications hypnotique. In Bioy, A., Michaux, D., (2007). *Traité d'hypnothérapie: fondements, méthodes, applications*. Paris: Dunod.