

*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 sur son site :*

*<http://www.hypnose.fr>*



UNIVERSITE DE BOURGOGNE  
U.F.R. SCIENCES HUMAINES  
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

OUDDAK SABRINA

# ALLIANCE THERAPEUTIQUE ET METAPHORISATION EN HYPNOTHERAPIE

Mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire « Hypnothérapie »

Responsable du Diplôme Universitaire: Monsieur Antoine Bioy

Année 2013 / 2014

« La création du royaume psychique de l'imagination trouve un pendant total dans l'installation de "réserves", de "parcs de protection de la nature", où les exigences de l'agriculture, du commerce et de l'industrie menacent de transformer rapidement le visage originaire de la terre jusqu'à la méconnaissance. Le parc de protection de la nature contient cet état ancien que l'on a autrement sacrifié à regret à la nécessité. Tout peut y proliférer et pousser, comme ça veut, même l'inutile, même le dommageable. Une telle réserve enlevée au principe de réalité, tel est aussi le royaume psychique de la Phantasie ». (Freud)

# Table des matières

<b>1- Introduction</b> .....	p.1
<b>2- Revue théorique des travaux et Problématique</b> .....	p.3
1) La rencontre patient-thérapeute :	
a- Empathie .....	p.5
b- Transfert et contre-transfert.....	p.10
c- L'alliance thérapeutique, un processus dynamique .....	p.13
2) La capacité de métaphorisation :	
a- La rêverie, un fil d'Ariane à tisser à deux ?.....	p.18
b- Le squiggle métaphorique, une forme d'alliance dans la transe hypnotique...p.20	
<b>3- Méthodologie de la recherche</b> .....	p.27
<b>4- Résultats et données cliniques</b> .....	p.31
<b>5- Discussion théorico-clinique</b> .....	p.47
<b>6- Conclusion</b> .....	p.61
<b>7- Bibliographie</b>	
<b>8- Résumé et mots-clefs</b>	

# **INTRODUCTION**

A l'origine de cet écrit, se trouve ma candidature au Diplôme Universitaire d'hypnothérapie à Dijon. En effet, j'avais été, à maintes reprises durant mon expérience professionnelle, confrontée à un certain nombre de questionnements quant au lien entre corps, esprit et émotions. Souvent, je me retrouvais face à des patients ayant expérimentés un cumul de traumatismes physiques et psychiques majeurs dans des pays en situation de conflit.

Ainsi, je ne savais pas vraiment comment accueillir certains aspects de la rencontre qui se jouait entre ces patients et moi. Lorsque j'évoque cela, je fais plus particulièrement référence à deux cas de figure. Je pense à ce qui ne se partage pas avec les mots, mais avec les sensations, là où mon propre corps, par un mouvement empathique et une implication émotionnelle très profonde, quasi archaïque dirais-je, vis-à-vis du patient, pouvait tout à coup devenir le théâtre d'une débâcle d'éprouvés douloureux ne m'appartenant pas, mais préfigurant ce qui allait trouver la voie des mots dans un second temps au fil de la séance ou du suivi. Je pense, également, aux limites de l'approche clinique seule, face aux traumatismes qui possèdent le corps et la psyché des patients, les laissant désormais étrangers l'un à l'autre et, les émotions étant forcloses, ne pouvant plus lier celles-ci aux représentations.

Je décidais donc de postuler à ce diplôme, gageant que cette approche thérapeutique me permettrait sans doute de faciliter le travail clinique à l'articulation entre corps, esprit et émotions lorsque leur valse interactive s'exprime encore et en corps dans la souffrance, ou même lorsqu'elle ne se fait plus laissant ces parties en exil les unes des autres.

Ainsi, mes premiers pas dans la pratique de l'hypnose au Point Ecoute Jeunes où j'interviens en tant que psychologue clinicienne, m'ont amené à me demander comment l'alliance thérapeutique se constitue lorsque je propose l'approche hypnotique aux patients.

Finalement, est-ce que l'hypnose influencerait l'instauration de la dynamique plurielle de l'alliance avec le patient?

Dans la transe hypnotique, les échanges étant fondés sur les métaphores, en fonction de la qualité de l'alliance thérapeutique avec le patient, est-ce que je constaterais une différence quant à la capacité de métaphorisation ?

Est-ce qu'au cœur de la rencontre thérapeutique, il s'agirait de co-création métaphorique, de collaboration à travers l'émergence de certaines images ou analogies basées sur le dialogue conscient et inconscient (verbal et non-verbal) entre le patient et moi?

De prime abord, j'avais donc l'hypothèse selon laquelle plus la qualité de l'alliance entre patient et thérapeute, est "suffisamment bonne", plus l'émergence de métaphores (lors de la rencontre avec le patient) trouvant écho chez le patient sera facilitée, comme une sorte d'accordage métaphorique qui s'établirait plus aisément entre patient et thérapeute.

Je vais dans un premier temps, présenter une sélection de certains auteurs, certaines approches conceptuelles, cette revue théorique n'étant bien évidemment pas exhaustive. Elle permettra néanmoins d'éclairer la thématique de la rencontre patient-thérapeute du point de vue de trois concepts qui me paraissent incontournables en la matière, que sont l'empathie, le transfert et le contre-transfert, et l'alliance thérapeutique. A chaque fois, ces concepts seront également questionnés au regard de l'approche hypnotique.

Puis, dans un second temps, j'aborderai la thématique de la métaphorisation en m'appuyant sur le concept bionien de la capacité de rêverie, l'envisageant sous la forme d'une interrogation quant à son caractère interactif, puis je finirai par la conception de l'alliance patient-thérapeute, en situation d'hypnose, comme une forme de squiggle métaphorique.

Après avoir relaté quelques instantanés de mes débuts dans la pratique de l'hypnose, je dégagerai, en les croisant, les éléments récurrents entre ces diverses observations, afin de procéder à une réflexion plus globale en lien avec les concepts théoriques préalablement évoqués.

**REVUE DES TRAVAUX ET  
PROBLEMATIQUE**

# **LA RENCONTRE PATIENT-THERAPEUTE**

## A) L'empathie

L'empathie est un concept situé au croisement des troubles du développement psychique, de l'imagerie médicale et des théories de l'esprit, migrant d'une discipline à l'autre, de l'éthique à l'esthétique, à la philosophie, à la psychologie, voire à la théologie lorsqu'elle concerne la compassion. Pour Tisseron (2013), l'empathie commune ou directe c'est-à-dire l'identification, est une compétence aux fondements neurophysiologiques, permettant de laisser temporairement place à une autre vision des choses, tout en maintenant la continuité d'être soi. Cette capacité est composée par l'empathie émotionnelle qui s'installe dès la première année de vie, aussitôt que le bébé sait se différencier d'autrui, et par l'empathie cognitive acquise vers la fin de la quatrième année, également appelée « théorie de l'esprit ». Il s'opère un passage de l'égo à l'allo-centré (de 18/24 mois à l'âge de 4 à 7 ans, partant du purement perceptif, l'espace devient de plus en plus symbolique, représentatif selon Piaget). L'empathie revêt donc une dualité vécue dans le corps et l'esprit. On pourrait définir l'empathie comme la perception du monde du point de vue de l'autre, elle est une expérience intuitive de ce qu'éprouve l'autre dans ses états affectifs. Elle est donc une conception de l'état interne d'autrui, de sa manière d'être au monde, et permet d'imaginer ce qu'on éprouverait si on était à la place d'autrui (Decety, 2004).

L'empathie n'est, cependant, pas unilatérale, elle peut être dite réciproque, induisant donc une reconnaissance mutuelle assurée par un contact visuel direct par lequel chacun accepte d'entrer en interaction émotionnelle, considérant cet interlocuteur doté de sensibilité au même titre que nous et pas seulement comme un objet que nous comprendrions plus ou moins bien pour les utiliser. Pour Levinas (2004), la reconnaissance se fonde sur le stade du miroir : l'autre est un autre moi, et les diversités qui nous différencient ne sont que des particularités de notre ressemblance.

Aussi, l'empathie permet de se lier aux autres, d'appréhender une réalité de façon plus exhaustive et objective par le croisement des conceptions individuelles et elle nourrit la solidarité, la sollicitude. L'être humain et certaines espèces animales possèdent la capacité d'empathie, mais chez l'homme, sa défaillance peut contribuer à expliquer nos plus sombres actions (Hochmann, 2012).

Alors que l'empathie commune est présente en chacun de nous du fait de notre évolution cérébrale, l'empathie réciproque est un choix éthique, car on peut aussi bien instrumentaliser la compréhension que nous avons d'autrui pour tenter de le contrôler et de le manipuler.

Ainsi, l'absence de cette médiation expressive, fondatrice de la réciprocité empathique, équivaut à une négation de l'existence de l'autre (Tisseron, 2013).

Nous allons, à présent, reprendre le cours du développement de ce concept d'empathie en citant, parmi une littérature abondante, quelques grands noms ayant apporté leur pierre à cet édifice complexe et pluriel.

En 1759, Adam Smith s'inspire des idées de Hume qui parle de la prégnance des associations d'idées et de la résonance émotionnelle quand il « voit les effets de la passion dans la voix et les gestes de quelqu'un, mon esprit passe immédiatement des effets à leurs causes et se forme une idée si vive de la passion qu'elle est immédiatement convertie en la passion elle-même » (Hume, 1739). Selon Smith, la sympathie se nourrit principalement de l'imagination, et nous ne pouvons nous figurer la manière dont les gens sont affectés qu'en concevant ce que nous ressentirions dans une situation similaire. Une compréhension de la situation qui a suscité l'affect exprimé par autrui est donc nécessaire à l'établissement de la sympathie et illustre notre quête d'approbation, notre désir d'être aimés. De plus, parce qu'elle est moins intense que l'émotion dont elle est la reproduction, elle œuvre donc à sa régulation chez l'autre. En effet, devenir spectateur de sa propre souffrance reflétée par autrui, amortit la violence de l'affect et reconforte. (Hochmann, 2012). Pour Lipps (1903), « l'Einfühlung est le fait, décrit ici, que l'objet est le moi, et, par conséquent, le moi est l'objet. C'est le fait que le contraste entre moi et l'objet disparaît ». Il soutient l'hypothèse d'un phénomène d'imitation interne amenant cette abolition de la limite entre moi et objet dans l'interaction: « Quand je vois un geste, il y a en moi une tendance à éprouver à l'intérieur de moi l'affect qui naturellement émerge de ce geste. Et, quand il n'y a pas d'obstacle, la tendance est réalisée. Alors, la représentation de l'affect qui est dans le geste de l'autre ou la pensée de cet affect dans le geste, est devenue le sentir-avec ou sympathie ». Lipps utilise alternativement les termes sympathie et Einfühlung, puis il le subdivisera en Einfühlung sympathique ou positive et Einfühlung négative ou antipathique. L'individu ressent donc l'affect lié à l'acte ou à l'émotion qu'il observe chez l'autre, en imitant intérieurement et instinctivement cet acte ou cette émotion, mais sans les réaliser et c'est cette distinction qui lui permet de se différencier (Hochmann, 2012).

Dans un article technique de 1913 portant sur les débuts du traitement, Freud évoque « L'Einfühlung » (traduite par Strachey par « sympathetic understanding ») et témoigne effectivement de la nécessité de prévenir les interprétations sauvages et prématurées. Ainsi, le temps d'établissement du processus transférentiel doit précéder l'interprétation au risque que celle-ci soit inutile voire délétère pour le patient. Il recommande donc aux analystes d'éviter

toute précipitation dans l'expression de leur analyse et de conserver une *Einfühlung* envers leur patient. « Ce mouvement empathique, qui permet à l'analyste, à la fois de comprendre le patient sans se confondre avec lui, de mesurer ses interprétations et de les adapter à l'état du récepteur, est différent de la simple sympathie, même si le premier et la seconde sont en partie liées. » (Hochmann, 2012). Pour Fenichel (1926) l'empathie serait un processus qui permettrait un entendement de l'autre et de la différence de sa réalité psychique, mais elle permettrait également de saisir les pensées et sentiments inconscients de notre interlocuteur. En cela, elle serait donc un instrument essentiel du savoir analytique car selon lui, « c'est seulement par l'empathie que nous connaissons l'existence d'une vie psychique autre que la nôtre ».

Dans son *Journal clinique*, Ferenczi évoque les dommages, chez le patient, causés par l'« insensibilité de l'analyste » et convoque l'analyste au « naturel et à l'honnêteté du comportement » (1932). Ainsi, Ferenczi mettait en exergue le concept d'empathie, d'avantage focalisée sur l'investissement émotionnel et son partage que sur le savoir et l'objectivisation des états internes des patients. Depuis plusieurs années, Freud et ses premiers élèves discutaient le positionnement à tenir entre l'observation ou le ressenti, l'*Einsicht* (la conscientisation des représentations refoulées), traduit en anglais par *insight* ou bien l'*Einfühlung*, relevant de l'engagement affectif. La théorie de l'inconscient devait-elle s'effacer derrière l'expérience correctrice d'un « ressenti -de ce qui est éprouvé- à l'intérieur-d'autrui» dont l'individu aurait potentiellement manqué dans ses relations premières ? (Haynal et Falzeder, 1995). Pour Freud, comme pour Lipps, l'empathie sert la compréhension intellectuelle et diffère du simple lien affectif empreinte d'une dynamique inconsciente. En distinguant ainsi l'empathie de la sympathie, il oppose la première à la fusion affective, caractéristique pour lui de la seconde. C'est dans *Psychologie des foules et analyse du moi* (1981) que Freud, après avoir rappelé qu'elle pouvait aussi expliquer des phénomènes de contagion affective dans une foule (déjà décrits par le psychologue français Gustave Le Bon), tente de la relier à l'empathie : « un autre pressentiment peut nous dire que nous sommes bien loin d'avoir épuisé le problème de l'identification et que nous nous trouvons devant le processus, appelé empathie par la psychologie, qui prend la plus grande part à notre compréhension de ce qu'il y a d'étranger à notre moi chez d'autres personnes ». Freud ajoute qu'en « partant de l'identification, une voie mène par l'imitation à l'empathie, c'est-à-dire à la compréhension du mécanisme qui nous rend possible toute prise de position à l'égard d'une autre vie psychique ». « L'empathie “ contre-transférentielle ” nous permettrait également d'entendre cette partie restée clivée de la psyché du patient qui fait retour dans notre propre psyché » (Rabain, 2004). En 1962 paraissent les deux tomes de *Psychothérapie et relations*

*humaines* de Carl Rogers et de Marian Kinget qui promeuvent les idées de non-directivité et de thérapie centrée sur le client. On peut y lire : « Le terme « empathie » a été créé par la psychologie clinique pour indiquer la capacité de s'immerger dans le monde subjectif d'autrui et de participer à son expérience dans toute la mesure où la communication verbale et non verbale le permet ». L'expérience engage à la fois l'esprit et le corps, dans la recherche d'une unité et dans une attention aux pensées, aux sentiments, aux éprouvés du corps, extéro-, intéro-, et proprioceptifs. La thérapie vise avant tout à aider le patient à accéder au mieux à cette expérience plurielle, en étant le moins conditionné par les préjugés intellectuels, par les acquis cognitifs, par les contraintes du conformisme social et du jugement d'autrui. L'individu est invité à s'accepter lui-même dans sa diversité et retrouve une sécurité interne et une confiance en ce qu'il y a de plus profond en lui, son animalité qui constitue aussi la base de son humanité. Ainsi, Rogers et son équipe (1954, 1967) ont poursuivi un certain nombre d'enquêtes systématiques sur les psychothérapies, plus précisément sur les « relations d'aide » et leurs effets, et ce, par hétéro et auto-évaluations. Ils ont corrélé les changements observés par les clients avec les attitudes des thérapeutes. Les trois variables majeures sont : la « congruence » ou adéquation entre ce que le thérapeute exprime et ce qu'il ressent (ce qui rejoint Ferenczi qui soutient que la compréhension empathique ne doit pas être simulée car les patients discernent une attitude « fabriquée »), l'attitude d'« acceptation inconditionnelle », c'est-à-dire une attitude préservée des critères moraux ou sociaux, encore appelée attitude de « considération positive », enfin et surtout, l'empathie. Ce qui paraît importer au-delà du climat empathique instauré par le thérapeute, c'est que, ressentir l'empathie du thérapeute permet, peu à peu, de l'être à notre propre égard. Il s'agit finalement d'un processus auto-empathique, d'une capacité à accueillir l'autre en soi, la partie étrangère et indésiré de soi. Il s'agit donc d'une résonance empathique comme épine dorsale de la relation thérapeutique (Hochmann, 2012).

Heinz Kohut est le fondateur de la « psychologie du soi ». Dans sa conception, il explique les troubles de la personnalité par le vécu de traumatismes précoces, ou par un déficit d'un climat empathique primaire, par une carence de réponses aux besoins du soi, ou à une privation de nourriture affective. Ainsi, « une analyse réussie est une analyse au cours de laquelle les besoins archaïques anciens sont remplacés par l'expérience de la disponibilité d'une résonance empathique, constituant majeur du sentiment de sécurité dans la vie adulte ». En situation analytique, il reste attentif aux mouvements dans la dynamique empathique, et à leurs effets sur le patient, et précise que l'empathie n'est pas que positive et qu'on trouve beaucoup d'empathie dans le sadisme par exemple. Ainsi, il n'envisage pas l'empathie

comme un processus uniforme mais soutient au contraire que des « défauts optimaux » d'empathie sont nécessaires pour permettre au patient une « internalisation transformatrice ». Lui aussi élargit le concept à une auto-empathie, une « empathie du patient avec lui-même, avec son expérience infantile » (Kohut, 1984).

Chez Chiland (1983), on retrouve cette notion que l'empathie doit être contrôlée car le psychologue souhaiterait être la Bonne Mère, le Bon Père en opposition aux imagos parentales et il ne s'agit pas de satisfaire aux désirs pulsionnels de l'enfance du patient par des réponses substitutives qui placeraient le patient dans une position régressive et infantilisante. « Il faut, précise Ferenczi, comme un ruban élastique céder aux tendances du patient, mais sans abandonner la traction dans la direction de ses propres opinions, tant que l'absence de consistance de l'une ou de l'autre de ces positions n'est pas pleinement prouvée. »

Ainsi, un « surplus » d'empathie peut entraver le mouvement du patient vers l'autonomie et le discernement et parfois même, induire un sentiment d'humiliation et de l'agressivité envers le thérapeute. Or il est nécessaire que le psychothérapeute résiste à la destructivité du patient et reconnaisse l'agressivité que ce dernier peut susciter en lui. Winnicott dans « la haine dans le contre-transfert » écrit : « le malade cherche de la haine objectivée ou justifiée, il faut qu'il puisse l'attendre sinon il n'aura pas le sentiment que l'amour objectif peut être à sa portée ».

Le patient doit donc pouvoir décharger sa haine dans l'espace de la séance et que cette haine puisse être accueillie par le thérapeute sans pour autant susciter un rejet du patient de sorte à ce que cette émotion perde son potentiel sidérant et effrayant. Il faudrait donc, pour reprendre la conception de Rogers, être « suffisamment » empathique envers son patient de sorte à pouvoir « entrer dans le référentiel de l'autre sans s'y perdre ». Pour Anzieu, « l'analyste a huit rôles relevant des huit fonctions du Moi-peau : il est un appui auxiliaire, il est un conteneur des angoisses, un pare-excitant auxiliaire, il permet l'identification, voire la construction des signifiants formels, il favorise l'accès au « vrai-soi », il stimule ou tempère l'appétit d'excitation et il supporte le transfert positif et négatif, enfin il libère l'énergie liée ». Il ajoute que le contre-transfert s'analyse au regard de l'amour et de la haine qui comprennent le sexuel, mais également en considérant l'affection et le rejet relevant du registre sensoriel. Les patients ne pouvant pas mettre en mots les privations et manques précoces, c'est le corps qui sert alors de porte-voix et permet l'accès à ces premières périodes de vie en témoignant, à travers ses maux, auprès de la personne qui saura être sensible et attentive à ce qu'il communique. Ceci requiert d'entendre, de voir, de sentir, de toucher en-deçà des mots. Le thérapeute doit alors servir d'interprète, en prêtant et posant sa parole sur les sensations corporelles dont il est destinataire. Chez le thérapeute, ce travail sollicite une disponibilité et

une écoute promptes à ressentir également par le corps les difficultés de son patient, « *le travail du psychanalyste va du corps à la pensée, du Moi-peau au Moi-pensant* ». Ceci rejoint la philosophie empiriste : « Rien n'apparaît à l'esprit sans qu'il n'ait été préalablement senti. » (Cupa, 2006). En effet, au cours des stades précoces, on ne peut vivre les impressions qui tissent de la façon la plus dense et la plus nuancée notre rapport au monde, par conséquent, par mesure de protection du psychisme, ces impressions sont refoulées et sédimentées, Reik (1976) soutient donc que l'on possède une mémoire inconsciente dynamique constituée d'impressions, qui impose au psychisme un travail permanent et rétrospectif.

## **B) Transfert et contre-transfert**

Le lien relationnel entre patient et thérapeute engendre nécessairement des réactions, des mouvements conscients et inconscients de la part des deux parties. Les mouvements venant du patient en direction du thérapeute sont regroupés sous la notion de transfert, et ceux du thérapeute envers le patient sont nommés contre-transfert.

La notion de transfert vient de la psychanalyse. Le transfert a été défini par Freud comme la tendance d'un patient à revivre, dans la cure, sa relation aux figures parentales (Tisseron, 2013). Ainsi, le cadre psychanalytique provoque ce qu'il appelle une « névrose de transfert », une sorte de maladie artificielle à partir de laquelle les désirs inconscients peuvent s'actualiser dans la relation. En effet, le transfert est identifié et interprété pour accéder à la névrose infantile du patient. Le transfert inclue des sentiments tendres (transfert positif) et des sentiments hostiles (transfert négatif). Freud distingue et oppose différentes formes de transfert : le transfert positif, ce « facteur du succès » (Chartier, 1997) indispensable au bon développement de la cure, et les transferts négatifs et positifs érotiques, ces derniers devant être progressivement « liquidés ». Pour Freud, les transferts négatifs sont le point de butée de la technique analytique, conception qui sera plus nuancée chez ses successeurs dont les interrogations tenteront de trouver une manière de travailler avec ce type de transfert. Pour illustrer ce propos, nous pouvons notamment citer le travail de Winnicott sur la haine dans le contre-transfert : « Le psychanalyste ne doit pas se contenter d'étudier les stades primitifs du développement affectif de l'individu malade ; il lui faut aussi étudier la nature du fardeau affectif que le psychiatre supporte dans son travail. Il est nécessaire que ce que nous, analystes, appelons le contre-transfert soit compris aussi du psychiatre. Quel que soit son amour pour ses malades, il ne peut éviter de les haïr et de les craindre, et mieux il le sait,

moins il laissera la haine et la crainte déterminer ce qu'il leur fait. » (Winnicott, 1947-1949). Nous pouvons également nous en référer à la conception du transfert délirant de Winnicott (1967) dans lequel « les patients les [les psychanalystes] accusent d'une chose dont ils sont innocents. Ils les accusent d'avoir, par exemple, délibérément changé de place un objet dans la pièce pour leur jouer un tour ; ou ils sont persuadés que l'analyste leur préfère un autre patient, etc. Pour l'analyste qui ne sait pas se défendre, il serait très naturel de dire, par exemple, que l'objet est à la même place qu'hier ou qu'il s'agit d'une simple erreur, ou qu'il fait de son mieux pour ne pas favoriser un patient plutôt qu'un autre. Mais quand il réagit ainsi, il n'utilise pas le matériel que le patient lui propose ; le patient vit au présent une chose qui a eu une réalité à un moment quelconque de son passé, et, si l'analyste accepte de jouer le rôle qui lui est attribué, il y aura un résultat dans le sens où le patient guérira de son idée délirante ». Il existe deux aspects indivisibles au cœur de la dynamique transférentielle. Le transfert de type 1 peut être expliqué par les tentatives majoritairement inconscientes du patient de palier aux manques lors de son développement infantile. Le patient ferait alors porter au thérapeute le masque d'un parent réparateur de ce qui lui a fait défaut dans son passé. Le thérapeute identifie ces mouvements et devra utiliser le rôle que le patient lui attribue pour impulser un changement et aider son patient à éclairer et se réapproprier son histoire. Dans le transfert de type 2, le patient réactive et remet en jeu ses relations infantiles projetées sur le thérapeute, qui peut dès lors, en y étant attentif, utiliser l'analyse de ce transfert pour confronter le patient aux potentielles distorsions qu'il fait subir à d'autres relations. A cet effet, le thérapeute se doit également de repérer ses réactions contre-transférentielles pour pouvoir les contrôler.

Le contre-transfert, selon Freud, « s'établit [...] par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste » (Freud, 1910). Les analystes contemporains considèrent le contre-transfert comme « l'un des outils les plus importants » de l'analyste et l'analyse propre de ce dernier vise à « admettre les sentiments qui émergent en lui, sans les décharger afin de les soumettre au travail thérapeutique » (Heimann P., 1949, cité par Fédida, 1988). Neyraut (1974) avance « la précession du contre-transfert » sur le transfert, les aspects positifs et négatifs du transfert ne pouvant se comprendre qu'en référence aux attitudes contre-transférentielles préalables. Les auteurs contemporains s'accordent sur la valeur protectrice du contre-transfert, Neyraut (1974) parle même de « pare-excitation ». Le contre-transfert, serait alors constitué, selon Smirnoff (1982), de « l'ensemble des opérations défensives, système de sécurité qui fait office de protection [...] à l'égard de ce qui se trouve éveillé en lui d'intolérable ». Le contre-transfert désigne donc l'ensemble des projections et

attitudes inconscientes du thérapeute en direction du patient. Là encore, on distingue deux types de contre-transfert. Le contre-transfert de type 1 recouvre toutes les réactions du thérapeute au matériel apporté par le patient. Puisqu'il reste centré sur la problématique du patient, il peut être utilisé s'il est identifié et pensé. Le contre-transfert de type 2 englobe les réactions du thérapeute en écho à ses propres relations à ses objets archaïques.

Ceci étant, transfert et contre-transfert étant deux phénomènes liés, le fruit de cette valse d'inconscient à inconscient est lui aussi l'objet d'une analyse visant à mettre à jour ce qui se joue entre les deux protagonistes de la rencontre, et pouvoir mettre cette analyse au service de la séance. Nicolas Abraham propose le mot « résonance » (Abraham et Török, 1978). Si l'analyste devient un « lieu de résonance » selon les termes de Fédida (1988), alors la cure mérite le plus grand intérêt. Le contre-transfert devient alors un « contexte » (Neyraut, 1974) permettant « aux signifiants du patient de se situer dans la dynamique interpersonnelle que la situation analytique a permis de recréer » (Chartier, 1997). Ce processus transféro-contre-transférentiel agit telle une caisse de résonance et lorsqu'une émotion vécue par un patient rencontre une émotion semblable chez son thérapeute, les deux se trouvent amplifiées au cœur de leur rencontre. Ainsi, chaque rencontre patient-analyste est proprement singulière du fait de la sensibilité particulière de chaque professionnel à faire émerger ce que le patient éprouve. Ce sont, comme l'a écrit Maria Török (1978), les imbrications affectives et intellectuelles, mais aussi fantasmatiques et éventuellement traumatiques qui se font écho. Elles passent par la communication verbale, non-verbale, les émotions et toutes les attitudes par lesquelles chacun révèle ses joies, ses souffrances, ses espoirs et ses désespoirs. Déjà, en 1928, Ferenczi parlait de l'importance, pour l'analyste, d'adopter une position de disponibilité aux émotions des patients et à savoir faire preuve de sensibilité et de considération à leur endroit. « Chacun des deux protagonistes de la relation fonctionne alors alternativement comme un support pour la construction de la subjectivité de l'autre, et donc de son identité. » (Tisseron, 2013). Le psychanalyste s'allie au patient par un travail de symbolisation partagée. Cela implique qu'il s'interroge, se montre actif et impliqué durant la séance.

Selon Ferenczi (1968), seule l'investigation psychanalytique des névrosés par la méthode de Freud a mené à un approfondissement du savoir quant aux processus psychiques qui se déroulent sous hypnose. La psychanalyse s'est penchée sur le contenu des représentations et la qualité des affects composants la strate psychique inconsciente sollicitée par l'hypnose et la suggestion. Il apparaît que les pulsions refoulées au fil du développement de l'individu se sédimentent dans l'inconscient, et que leurs affects insatisfaits, et sensibles aux excitations, saisiraient la voie transférentielle et s'actualiseraient ainsi dans les relations extérieures pour

les introjecter. En hypnose, ce seraient donc les ressources psychiques inconscientes du patient qui seraient mises en mouvement et deviendraient une sorte de courroie de transmission entre le thérapeute et lui, et, contrairement à l'omnipotence que l'on prêtait à « l'hypnotiseur », celui-ci devrait donc se laisser utiliser ou rejeter, se prêter à cette dynamique entre lui et son patient en concordance avec les besoins exprimés durant la rencontre. Toujours selon Ferenczi, « le respect et la sympathie, très largement inconscients, jouent le rôle principal dans la production de l'influence suggestive », ces affects s'originant, majoritairement, puis se transférant des représentations de la relation parents-enfant sur la relation thérapeute-patient. Les psychanalystes observaient donc bien que les affects positifs ou négatifs entre l'hypnotiseur et le patient avaient un impact énorme sur le résultat de cette approche thérapeutique. Ainsi, être hypnotisé et adhérer aux suggestions dépend donc du transfert. En effet, Freud comme Ferenczi considéraient que l'hypnose et la suggestion raniment réellement « l'enfant qui sommeille dans l'inconscient de l'adulte » (Freud).

### c) **L'alliance thérapeutique, un processus dynamique**

L'alliance est devenue un concept prépondérant dans la littérature sur les psychothérapies. Il ne s'agit pas d'une intervention en soi et son émergence reflète plutôt l'utilisation appropriée d'autres composants du processus thérapeutique (Stiles, 1999). En effet, instaurer un climat de confiance, proposer un cadre fiable, stable, accueillant, entendre la demande du patient, constituent l'ébauche d'une relation thérapeutique (Vasconcellos-Bernstein, 2013). Horvath et Symonds (1991) et Martin, Garske et Davis (2000) ont démontré, sur la base de plus de 80 études, que l'alliance était reliée de manière relativement importante et fiable à une issue thérapeutique positive et ce dans différents types de psychothérapie. L'alliance thérapeutique n'est, en effet, pas présente d'emblée, mais naît de l'adéquation des interventions du thérapeute aux caractéristiques du patient (De Roten, 2011). Ceci résonne avec ce que disait Winnicott (1954) : « Rassurer ne fait pas partie de la technique analytique. (...) Dans cette situation, il n'y a rien de plus qu'une interprétation, juste, pénétrante et dite au bon moment ». Mais il apparaît également que pour que se constitue une bonne alliance thérapeutique, l'apport du patient est essentiel, en effet, l'implication et la détermination joueraient pour 40% dans les chances de réussite de la thérapie (Ackerman et Hilsenroth, 2003).

Freud fut le premier à débattre explicitement de l'importance et de l'influence de la relation entre client et thérapeute à travers les concepts de transfert et de contre-transfert. Dans cette perspective, l'alliance est perçue comme une forme de transfert positif. Ainsi, en énonçant le

concept du transfert, Freud a modifié les pratiques en mettant en exergue l'importance de l'influence et de la relation, en faisant de ce concept un prérequis essentiel au processus de la cure (Bioy, 2011). Cette vision fut questionnée par le livre de Carl Rogers *Thérapie centrée sur le client* (1951), où il affirme que la relation a une fonction curative à part entière. Pour Rogers, le relationnel entretenu par le thérapeute envers son patient, en particulier son empathie, sa congruence et son regard positif inconditionnel, sont suffisants en tant que tels pour soigner les clients et il échoit au thérapeute de l'établir et d'en préserver sa qualité. Rogers souligne que « la rencontre chaleureuse, subjective et humaine de deux personnes est plus efficace pour amener un changement que ne peut l'être le système technique le plus perfectionné ». Zetzel (1956) et Greenson (1965), s'inspirent directement de la notion freudienne de transfert positif paternel et introduisent les notions d'alliance thérapeutique et d'alliance de travail. La distinction entre l'alliance de travail et l'alliance thérapeutique tient en ce que la première est centrée sur l'aptitude du patient à travailler dans la situation analytique, et le moteur de l'alliance est le désir du patient de surmonter sa maladie. Cette distinction renvoie en fait à deux aspects du moi du patient (Petot, 2011).

Cependant, ces deux modèles se focalisent sur l'un des deux protagonistes de la rencontre, alors que les données actuelles démontrent la nécessité d'une coopération du client et du thérapeute. En effet, les études sur les arrêts précoces de thérapie, ont montré que certains thérapeutes rapportent un nombre très élevé d'abandons (jusqu'à huit cas sur dix) alors que d'autres ne sont pas concernés par ce phénomène (Pipper et al., 1999). De plus, au-delà des qualités que présente le thérapeute, c'est la perception par le client de ces qualités chez ce professionnel qui présage au mieux du niveau d'alliance (Mitchell, Bozarth, Krauft, 1977 ; Lévy et Sturm, 2002). Ainsi, des chercheurs comme Luborsky (1976) et Bordin (1979) ont défini l'alliance comme un phénomène collaboratif entre client et thérapeute, élargissant de ce fait ce processus à toute relation d'aide (De Roten, 2006). Luborsky soulève le polymorphisme et le dynamisme de ce qu'il nomme l'alliance aidante, il s'agit pour lui d'un continuum sur lequel un patient n'a pas toujours le même type d'alliance en fonction des moments, ou de la problématique travaillée (Petot, 2011). Bordin (1979), quant à lui précise sa définition en incluant trois composantes: un accord sur les buts du traitement, un accord sur les tâches à accomplir au cours de la thérapie, un lien affectif entre les partenaires. Gaston (1990) repère 4 dimensions : l'alliance thérapeutique qui représente la relation affective du patient avec le thérapeute, l'alliance de travail qui correspond à la capacité du patient à fournir un travail thérapeutique, la compréhension empathique du thérapeute et son implication, l'accord entre le patient et le thérapeute sur les objectifs et les tâches liées à la prise en charge.

L'alliance thérapeutique entend que les protagonistes se comprennent sur leurs tâches respectives, les buts de la thérapie sont explicités et les deux collaborateurs en sont responsables. Duruz (1994) rejoint cette définition en parlant d'un processus interactionnel par lequel client et thérapeute « expriment cognitivement, affectivement, et au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement ». Sandler, Dare et Holder (1975), convergent également puisque, pour eux, « L'alliance de traitement repose sur le désir conscient ou inconscient de coopération de la part du patient et sur le fait qu'il est prêt à accepter que le thérapeute l'aide à surmonter ses difficultés internes. Ceci n'équivaut pas à suivre le traitement simplement pour acquérir du plaisir ou pour toute autre forme de gratification. Dans l'alliance de traitement, il y a une acceptation du besoin de s'occuper des problèmes internes et d'effectuer le travail analytique malgré les résistances du sujet et de son entourage. ». L'alliance est donc un processus fondé sur l'échange et la réciprocité.

De Roten et ses collaborateurs (2004) ont relevé deux profils d'évolution de l'alliance thérapeutique au cours des premières séances en effectuant une mesure après chaque séance. Il s'avère que les clients dont l'alliance se modifie au cours des premières séances sont ceux qui témoignent des plus importantes améliorations, cela confirme le lien entre le processus de construction de la relation et le succès thérapeutique et démontre la nature dynamique de l'alliance au cours des premières séances. En effet, la qualité de l'alliance, l'accordage affectif, évoluent avec les étapes de la thérapie et peuvent être remise en jeu à n'importe quel moment et créer un tournant dans la relation entre thérapeute et client (Baillargeon, Pinsof et Leduc, 2005 ; Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warnery, 2001). Certains chercheurs se sont donc légitimement intéressés aux processus de rupture et de restauration de l'alliance qui surviennent au cours du processus thérapeutique (Safran et Muran, 2000). Il y a donc un intérêt patent à évaluer régulièrement l'alliance thérapeutique, par le double prisme du client et du thérapeute. Ceci étant, « il n'en demeure pas moins que dans son fondement, la relation thérapeutique reste une rencontre intensivement humaine, personnelle et définitivement unique » (De Roten, 2011). L'alliance patient-thérapeute suppose effectivement un ajustement des éléments techniques de la thérapie, mais aussi un établissement et un approfondissement graduel de la composante relationnelle. C'est par cette évolution que le thérapeute accède au système du client, y prend part et éventuellement le quitte (Baillargeon, Pinsof et Leduc, 2005).

Cependant, malgré une littérature abondante concernant l'alliance thérapeutique, peu de travaux ont été réalisés autour de ce même concept en situation d'hypnose, pourtant,

« l'importance de la relation dans la pratique de ce qui allait devenir l'hypnose a été identifiée dès le 18<sup>ème</sup> siècle. Depuis cette relation ne cesse d'interroger » (Bioy, 2011)

En effet, les prémisses de ce qui devint l'alliance thérapeutique furent le rapport hypnotique tel que Mesmer (« rapport magnétique ») puis Puységur (« processus d'électivité ») le définirent, à savoir la mise en rapport élective de la part dissociée d'une personne, engagée dans une rêverie par exemple, avec celle d'une autre personne, elle-même plus volontiers dissociée. Mais ces magnétiseurs puis hypnopraticiens des 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> siècles ont choisi d'en faire fi. Finalement, en 1905 dans son article « De la psychothérapie », Freud porta une attention particulière à l'attente croyante, « gläubigen Erwartung », fondation du transfert tel que Freud l'a conceptualisé, en en faisant, dans l'histoire de l'hypnose, un moteur du processus de soin et non plus un effet indésirable (Bioy, Collot, 2011). Plusieurs auteurs précités ont apporté leur contribution à l'étude de l'importance de la relation patient-thérapeute, mais Erickson a permis d'appréhender les enjeux de l'état dissociatif pour initier un autre type d'échange avec le patient basé sur un discours au second degré, et il lui revient sans doute également d'avoir axé ce travail sur la métaphorisation comme mise en relation avec la partie dissociée du patient dont la secondarisation n'est pas opérante. Collot (2011) établit d'ailleurs le lien avec des approches connexes, celle de Jung avec l'« imagination active » et de Desoille qui pratiquait « le rêve éveillé dirigé » ou encore les diverses écoles de relaxation analytique. Il demeure cependant essentiel de rappeler que « ce que l'on nomme état hypnotique, en pratique clinique, est différent de la simple dissociation menée seule. Elle prend corps au sein d'une relation, et devient presque un élément constitutif du cadre » (Bioy, 2011).

Ainsi, L'alliance thérapeutique pourrait s'entendre comme un lien fécond que Palaci nommait l'empathie-introspective : « Il s'agit d'un processus de réactivation de la relation d'objet narcissique précœdipien, d'une déstructuration partielle où les limites psychiques entre le sujet et l'autre (l'objet) se confondent ». Ce canal de communication est bâti par l'association libre favorisée par un abandon volontaire de la maîtrise du conscient qui a lieu dans l'état hypnotique (Collot, 2011). Aussi, chaque rencontre est parfaitement singulière dans ce qu'elle génère et potentialise chez le thérapeute comme chez le patient, et entre ces deux protagonistes.

A présent, nous allons voir, au regard de l'hypnose, comment se déploient les concepts d'empathie, de relation transféro-contre-transférentiel, et d'alliance thérapeutique.

## **LA METAPHORISATION**

## A) La rêverie, un fil d'Ariane à tisser à deux ?

Le mot « rêverie » a été employé en français par Bion puisqu'il s'agit d'une sollicitation d'un matériel en latence rattachable au préconscient. En cela, ce processus de rêverie peut rappeler la production maternelle de l'enfant imaginaire qui se constitue surtout du fait du désir maternel de grossesse et du contenu latent mobilisé par celui-ci (Lebovici, 1983). Cette production s'inscrit dans un mandat transgénérationnel qui renforce les fantasmes dont elle est porteuse (Lebovici, 1987), de même que de son côté, le bébé " investit sa mère avant que de la percevoir » (Lebovici, 1960). Le mot rêverie désigne une errance, sans rigueur méthodique, en-dehors des voies de la raison, on peut d'ailleurs y voir une ressemblance avec l'activité délirante. Ainsi, avec la capacité de rêverie de Bion, l'analyste représente la mère, et ce qui était folie potentielle devient, au contraire, facteur de santé psychique. Green (1987) la considère, en séance, comme une réplique de l'association libre, dans ce que celle-ci comporte de volontairement incontrôlé, d'étranger à la conscience, tout comme il considère l'association libre comme réplique du rêve et de ses processus primaires. Bion s'appuie sur le modèle de l'identification projective selon Klein, en prenant l'idée d'un contenant dans lequel un contenu est projeté et celle d'un contenu qui peut être projeté dans le contenant. Le contenant et le contenu peuvent être traversés par les émotions qui peuvent les transformer et les développer, et, de ce fait, lorsqu'ils sont dissociés ou exempts d'émotion, ils perdent en vitalité, plongeant alors dans l'inertie. Mélanie Klein faisait de l'identification projective un processus pathologique selon sa fréquence, Bion quant à lui, en faisait un mécanisme normal au cours du développement. Il s'inscrit ainsi en rupture avec Klein quant au moi précoce en proposant un modèle de la « relation contenant/contenu ». Pour lui, le recours à un objet contenant externe est nécessaire pour lier entre eux les éléments du psychisme et leur donner sens et c'est par son introjection, concept inauguré par Ferenczi, que se constitue peu à peu un objet contenant interne (Cupa, 2006). La fonction contenante est assurée par la capacité de « rêverie » maternelle, dénommée « fonction alpha ». Cette fonction transforme les éléments primitifs de l'expérience psychique du bébé, appelés « éléments bêta », en éléments capables de se lier entre eux et, ainsi, de constituer l'assise initiale de la pensée que sont les « éléments alpha ». Ce processus requiert donc un accordage affectif (Stern) suffisamment harmonieux de la part de la mère tenant lieu de premier miroir notamment par le regard qu'elle lui adresse et par lequel il voit les yeux de sa mère et sa mère en train de le regarder. (Winnicott). Jeammet et Corcos (2001) écrivent que « le développement de la personnalité semble toujours pris dans le même dilemme suivant : pour être soi, il faut se nourrir des autres

et dans le même temps il faut se différencier ; il y a là une contradiction potentielle. Comment être soi-même, si pour être soi, il faut à la fois être comme l'autre et se différencier de l'autre ? ».

Ainsi, la mère « digère » psychiquement les projections de la psyché de l'enfant et lui pourvoie en retour une nourriture seconde, métaphorique, l'enfant se nourrit donc du sein concret, mais aussi du sein psychique de la mère. Cette fonction confère donc la possibilité de se représenter ses propres contenus psychiques. L'enfant, en conservant ce sein psychique primitif, se constituera graduellement un appareil à penser les pensées visant à décharger le psychisme de l'excès de stimuli qui l'assaillent (Green, 1987). En nous référant à Winnicott, nous pouvons également préciser que l'enfant a besoin de sentir que l'objet contenant maternel peut résister à sa violence pulsionnelle grâce à un étayage paternel qui le solidifie et l'assure. La « fonction alpha » de Bion a été rapprochée de plusieurs concepts Winnicottiens. « L'espace de l'illusion, comme « l'espace transitionnel (ou potentiel) » peuvent être conçus comme résultant de la « capacité de rêverie de la mère ». C'est le concept de « préoccupation maternelle primaire », qui rend ici compte du caractère « suffisamment bon » de la mère. Toutefois, Winnicott le décrit comme un fait clinique et non comme un concept, il ne s'agit donc pas d'une fonction dont il faut présumer la présence permanente dans la psyché (Diatkine, 1987). Nous pouvons également citer la fonction de holding maternel déterminant pour l'émergence de la vie psychique, grâce à « l'élaboration imaginative » de la mère qui va permettre à son enfant de se constituer en un moi unifié (différenciation moi / non-moi). Depuis Ferenczi et surtout Klein, les fantasmes inconscients sont d'ailleurs considérés comme des représentations de ce qu'elle appelle des « memories in feelings », des souvenirs en forme de sentiments. (Green, 1987). D. Anzieu montre également comment le dialogue peau à peau contribue à l'organisation d'un « moi-peau » Il s'agit d' « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi à partir de son expérience de la surface du corps » (Anzieu, 1974). Ainsi, la conscience de soi s'ébauche lorsque le sujet commence à se saisir de plus en plus de son rôle dans ce travail. Les prémisses du Moi-peau en sont un bon indicateur et le stade du miroir la résultante (Lebovici, 1987).

Après la préoccupation maternelle primaire, Fain (1971) s'intéresse à la période de transition qu'il nomme « censure de l'amante », organisée sur un schéma œdipien, avec la référence à la « tiercéité<sup>1</sup> » (Roussillon, 1999), au cours de laquelle la mère cesse « d'être folle pour

---

<sup>1</sup> Phénomène qui fonde le caractère organisateur de la double différence, des sexes, des générations (Roussillon, 1999)

retourner à sa vie », en réinvestissant sa relation au père de l'enfant, et « amène l'enfant à halluciner sa présence », l'enfant passant ainsi du registre perceptif au représentatif. Cette théorie rejoint « la satisfaction hallucinée » de Freud mais Roussillon suppose que c'est, en partie, l'absence de l'objet qui permet la symbolisation, la représentation mentale. « La saisie, le repérage des états de soi » nécessite un détour, une médiation par l'autre, alors seulement les états internes peuvent être représentés. Ceci met en lumière la fonction subjectivante de la reconnaissance de soi par un autre sujet, par l'objet, source du narcissisme primaire, procurant à l'enfant une continuité psychique (Roussillon, 1999). La fonction symbolisante de l'objet repose sur l'existence préalable d'un environnement assurant une fonction pare-excitante. Le système « pare- excitation » est à l'origine une notion Freudienne qu'il décrit comme consistant « à protéger l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire » (Laplanche & Pontalis, 1967). La conséquence d'une excitation excessive est la submersion des possibilités d'intégration mentale du bébé et sa décharge par le soma, mais, a contrario, si cette fonction est trop imposante, elle peut devenir elle-même source d'un autre type d'excitations entravant la construction d'un « en dedans psychique » (Kreiser, Fain & Soulé, 1974).

Cependant, « l'amour de l'analyste pour son patient sans lequel aucune analyse n'a de chance de réussir exclut le contact physique qui est le complément indispensable de la capacité de rêverie » (Green, 1987). Dans l'œuvre de Bion, la description de cette capacité maternelle permet de comprendre les aléas du passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive. Lebovici (1987) considère donc qu'il ne s'agit donc pas d'assimiler l'empathie du psychanalyste aux capacités maternelles telles que Bion les envisage à ce propos. Toute la vie l'autre reste néanmoins souvent indispensable au travail de symbolisation, de transformation de l'expérience. On peut ainsi percevoir l'importance de la place de l'autre dans le processus thérapeutique.

## **B) Le squiggle métaphorique, une forme d'alliance dans la transe hypnotique**

Chez l'enfant mais aussi chez l'adulte, Winnicott aborde la question de la créativité dans la perspective d'un dégagement d'avec la réalité. « Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ». Jouer permettrait d'échapper à la soumission au principe de réalité. La quête de soi, et donc la construction de la personnalité, passerait par la possibilité pour l'individu de créer.

Le jeu de l'enfant s'inscrit avant tout dans la dynamique de son développement psychoaffectif, et ce lien étroit avec la relation essentielle qu'il vit avec sa mère. Le jeu, dans cette dynamique, participe du dégagement de l'enfant à l'égard des toutes premières identifications. En cela il est une activité humanisante. Pour Klein, le jeu permet à l'enfant de transformer l'angoisse en plaisir. Au travers du jeu, l'enfant met en scène ses conflits intérieurs, ses peurs, ses fantasmes sans recourir aux mots. D'autre part, le jeu inscrirait donc bien l'enfant dans un processus d'individuation, notamment du fait d'un processus identificatoire secondaire notamment à l'œuvre dans « l'être ou le faire comme » où l'enfant incarne un personnage qu'il est et vit au moment où il joue. C'est ainsi, que Winnicott (1954) proposait le squiggle comme support de relation aux rencontres avec les enfants et les adolescents. Il le décrit ainsi : « Je fais un gribouillis et il le transforme. Il en fait un à son tour et c'est à moi de le transformer... Quelquefois je tarde à le transformer pour lui donner l'occasion de déployer son imagination ». Il ouvre donc un espace transitionnel entre le subjectif et ce qui est objectivement perçu. Le squiggle, sous son aspect ludique et co-construit, permet donc de désamorcer les angoisses et défenses qui peuvent surgir de la verbalisation « brute » des difficultés du patient. Tout en étant inscrit dans le réel, il permet l'expression de la sphère imaginaire, ce qui en fait une expérience transitionnelle, d'égal à égal (bien que s'inscrivant dans une relation d'aide) et le tissage de la relation par une appréhension de l'altérité (Heraudet, 2008). Ainsi, l'espace temps et lieu de la thérapie, laisse place à un espace « espace potentiel » au sens de Winnicott, qui ouvre le champ des possibles, de la transformation : « la psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. En psychothérapie, à qui à qui a-t-on à faire ? A deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire ».

Ainsi, un certain nombre de courants psychothérapeutiques ont recours à la créativité (la co-créativité), aux ressources de la sphère imaginaire du patient. On y retrouve notamment l'hypnose, avec l'utilisation des métaphores, à l'instar, entre autres, de Milton Erickson et de ses élèves. Le thérapeute est évidemment un technicien, mais, en dépit de fondations théoriques et techniques solides, il doit pouvoir se laisser aller à sa créativité et à son intuition. Chertok, l'a d'ailleurs souligné « la psychothérapie fait pour l'instant une part aussi large à l'intuition qu'à la science. Nous sommes condamnés à être des artisans, voire des artistes, plus que des ingénieurs ». La métaphore, du latin « metaphora », au sens propre, transport, (d'ailleurs l'étymologie du mot transe du latin « transire », signifie partir, passer, aller au-delà

de), est une figure de style fondée sur l'analogie et/ou la substitution, afin de traduire une pensée plus riche que celle qu'exprime un vocabulaire descriptif concret. La citation de Freud (1967): « Au cours de mes travaux de psychanalyse, j'ai observé que l'attitude psychique d'un homme qui réfléchit est très différente de celle d'un homme qui observe ces propres réflexions » décrit, au niveau clinique, la différence des contenus issus de la cure analytique par rapport à la capacité d'évocation survenant dans un état dissocié. Cet état mental permet de s'affranchir de la part critique de la pensée s'oblitérant à la faveur de la pensée associative, proche des processus primaires cette mise en commun d'un état de rêverie contribue à tisser un lien entre les capacités de rêverie du patient et du thérapeute. Le retour dans l'ici et maintenant reste possible, mais durant la transe hypnotique, la personnalité première est en filigrane. (Collot, 2011).

Pour Lacan (1960) « l'inconscient est structuré comme un langage », et le désir s'exprime par la métaphore ou la métonymie. Freud l'avait décelé par la production de condensations et de déplacements au niveau langagier, à travers les lapsus et particulièrement dans le matériel onirique. Le jeu du « Fort-da », (Freud, 1920) témoigne de ce processus de métaphorisation.

Le conte, le mythe, l'histoire, la fable, sont depuis des siècles, utilisés pour permettre à l'enfant et à l'adolescent d'intégrer des savoirs quant aux enjeux de l'homme. Ainsi, « Lewis Carroll nous montre qu'Alice, ayant traversé le miroir, découvre un monde plus authentique que le monde réel. De la même façon le psychologue en lançant son sujet dans l'univers imaginaire, lui permet d'explorer un univers psychologique plus authentique et plus suggestif - et au retour de ce voyage le patient se trouve enrichi d'une connaissance symbolique mais d'une connaissance plus authentique de lui-même. En revenant à la conscience lucide et en reprenant sa vie active il portait en lui une vue nouvelle de son propre personnage et une perspective nouvelle sur ces problèmes » (Virel, 2000). En effet, le conte métaphorique entre en résonance directe avec les parts inconscientes du sujet, « la métaphore est au Moi ce que le fantasme est au Ça. » (Le Gouès, 1990), ce que montre notamment l'ouvrage commun de Joyce Mills et Richard Crowley (1995) *Métaphores thérapeutiques pour enfants*. La force des métaphores réside sans doute dans le fait qu'elles aident, de façon universelle, à se représenter et donc à pouvoir partager avec autrui ce que nous traversons psychiquement, émotionnellement, corporellement : « Puis, plus tard encore, j'ai compris l'importance que ce moment avait eu pour moi lorsqu'il s'agissait de donner à mon désarroi une image (...) Il est essentiel que celui qui a souffert d'un drame puisse s'en donner une représentation, et la partager. » (Tisseron, 2013). L'hypnose permet effectivement la création d'images articulées avec un éprouvé. La métaphore apparaît donc être une élaboration réunissant les impressions

éparses en une globalité qui les fédère, un processus de l'accroissement du sens, un point d'ancrage de la pensée (Le Gouès, 1990). L'image est co-crée dans la relation thérapeutique, grâce à la réunion des traces psychiques émergentes du patient et des suggestions métaphoriques du thérapeute. Ainsi, les difficultés du patient laissent place à un travail de symbolisation. L'état modifié de conscience permis par l'hypnose permet à la fois un processus régressif facilitant un accès aux traces sensorielles et perceptives problématiques, et un processus de symbolisation. Ce travail analogique permet le traitement d'inscriptions psychiques traumatiques, archaïques ou refoulées, et soutient la scénarisation et la symbolisation. De plus, la métaphore étant co-construite devient dès lors médiatrice et s'inscrit dans la relation transférentielle. L'image issue de la transe hypnotique se situe donc au carrefour de l'intrapsychique et de l'intersubjectif et soutient la parole du sujet (Barthélémy et Gimenez, 2013). Pour Tisseron (2013), par les images qu'ils apportent en séance, qu'elles soient concrètes ou discursives, les « patients tentent de renforcer les capacités qu'a leur thérapeute d'introjecter ce qu'ils disent afin que celui-ci puisse à son tour renforcer les leurs. En reprenant les termes du psychanalyste Bion, on pourrait dire que ces patients tentent, par les images qu'ils nous apportent, d'orienter la capacité de rêverie de la mère que nous sommes pour eux afin que nous puissions mieux, à notre tour, les accompagner dans leur propre travail psychique d'élaboration ». En effet, Bion compare la capacité de rêverie de la maman à l'attention flottante en psychanalyse, ainsi, en thérapie le praticien doit aussi exercer la fonction alpha, contrairement à Freud, pour qui l'interprétation résulte des déductions de l'analyste, non d'une errance de la pensée synchrone à celle du patient (Green, 1987). Pour décrire l'utilisation de son contre-transfert dans les consultations mères-bébés, Lebovici (1994) s'est servi du mot anglais « enactment », qu'il traduit par « éraction ». En anglais « to enact » est un terme polysémique renvoyant notamment au théâtre et à la représentation. L'éraction est un moment fertile, ce sont « des empathies harmonisantes qui unissent les deux protagonistes de la relation analytique » (Lebovici, 1987), analogues aux « moments sacrés » de Winnicott, pendant lequel l'analyste éprouve dans son corps une émotion, au contact des pensées de l'analysant, et celle-ci engendre de nouvelles capacités représentatives et métaphoriques. Lebovici évoquera souvent le pouvoir métaphorisant de l'empathie. « Les métaphores que l'analyste utilise dans les consultations thérapeutiques font comprendre les ressorts de son action et la genèse de certaines de ses théories. Le psychanalyste peut utiliser ses affects libres pour organiser sa créativité empathique, d'où sa capacité de surprendre ». Les métaphores qui apparaissent durant ces séances apportent une image qui va induire de nouvelles capacités représentatives, qui vont permettre au patient

d'aborder une nouvelle élaboration de son histoire. C'est dans la mise en sens de cette nouvelle narration que l'on pourra trouver l'effet thérapeutique, la mise en mouvement de la chaîne associative porteuse de nouvelles symbolisations. Ainsi, L'empathie métaphorisante réunit, à la fois, l'affect et la représentation et n'est pas à comprendre au sens rhétorique, ni au sens de Jakobson, repris par Lacan, il ne s'agit pas « d'un mot pour un autre », d'un rapport de substitution. Elle renvoie à ce que Freud nommait « la prise en considération de la figurabilité », dans le travail du rêve, la « Rücksicht auf darstellbarkeit » que Lacan a traduite par « l'égard pour la mise en scène ». L'empathie métaphorisante, est donc à la fois l'affect et le processus de figurabilité couplés. Le thérapeute se montre empathique, dans l'identification à l'autre, et devient un « médium malléable » qui se laisse modeler et utiliser par le patient. Ferenczi, s'interrogeait sur l'hypnose et la suggestion (1968), constatant qu'il est impossible d'imposer l'hypnose à quelqu'un car le patient constitue l'épine dorsale, tandis que l'hypnotiseur ne joue qu'un rôle secondaire. Les ressources psychiques inconscientes du patient étant « à l'affût d'un transfert » sur les objets extérieurs pour les introjecter. Lebovici a d'ailleurs beaucoup insisté sur les rapports que l'empathie contre-transférentielle entretenait avec l'identification primaire, « celle qui se produit avant toute perception ». Dans sa conception, l'affect est la fondation car la perception émerge et se structure à partir d'un éprouvé : « l'objet est investi avant d'être perçu » (1961). « Il s'agissait pour moi d'illustrer l'autre manière de travailler des analystes, celle où ils suivent de moins près le défilé des images, des idées et des pensées, pour se laisser davantage aller et travailler plus dans ce qui advient dans un processus interactif » (Lebovici, 1987).

Widlöcher (1999) décrit les effets des processus associatifs et des représentations de l'analysant, sur les processus et les représentations de l'analyste, sous le terme de « co-pensée », c'est-à-dire, un processus de développement réciproque de la dynamique associative qui s'inscrit dans celle des mouvements transféro/contre-transférentiels. La co-pensée peut être considérée de ce point de vue comme « le véhicule de la communication d'inconscient à inconscient ». Ces liens patiemment tissés entre le présent et le passé favorisent le caractère suggestif des interventions et des interprétations (Widlöcher, 1970). En analysant son contre-transfert, et en se servant de son empathie métaphorisante, le thérapeute puise dans ses processus de pensée, tout en sachant que son contre-transfert appartient aussi à la psyché du patient. Ainsi, le fil associatif produit chez le psychanalyste entre en résonance avec la réalité psychique du patient. Cette co-construction permet au patient un contact avec sa créativité primaire, et cette co-présence introduit un espace de transitionnalité dans lequel deux psychés fonctionnent ensemble. Winnicott soutenait également que les événements dans

la cure résultent de la mise en écho de deux appareils psychiques, et dans cette même perspective, Green propose d'envisager le matériel comme situé au confluent de l'intersubjectif et de l'intrapsychique. L'aspect intersubjectif est celui qui porte les événements de l'ici et maintenant, s'exprimant par la voie du transfert sur l'objet (donc la répétition inconsciente). Quant à l'intrapsychique, il relève de la parole du sujet dans sa relation à sa propre psyché. Cliniquement, la distinction entre ces deux aspects est patente dans les moments où le patient s'adresse directement à l'analyste et ceux, au contraire où son langage semble s'intérioriser, se prendre et se perdre entre voile et dévoilement (Le Gouès, 1990). « Les deux chaînes sont régies par des processus différents (secondaire, pour le transfert sur la parole, et primaire pour le transfert sur l'objet) » (Green, 2002).

A l'heure actuelle, la psychanalyse ne cherche plus uniquement à soigner les névroses, et convoque les parties du self restées clivées et faisant souffrir le sujet, pour restaurer le travail de la pensée et la créativité du patient (Rabain, 2001). En effet, « Les rêveries (de la mère) vivifient donc les cognitions de l'enfant, au travers des images par lesquelles elle cherche à rendre compte de ce qu'il éprouve, à le lui dire, à le lui chanter et à le lui faire éprouver. Mais l'analyste est sans doute plus habile que la mère à trouver les allégories et les métaphores qui les sous-tendent pour proposer des représentations qui reconstruisent cet éprouvé qui fraye son chemin dans le hic et nunc de la situation et du processus analytique » (Lebovici, 1987). La vie psychique s'ancre, en effet, au sein d'une relation, et Lebovici prônait, du côté de l'analyste, une grande attention portée, sans entrave, au contre-transfert, et une certaine liberté associative, une disponibilité qui connaît certains « flottements d'identité », pour utiliser ses capacités à s'identifier au patient, et se faisant, faire émerger les métaphores que son empathie génère. Lebovici rejoignait ainsi De M'Uzan pour qui la « chimère » correspond à la rencontre des deux inconscients. L'inquiétante étrangeté est un concept freudien utilisé par Julia Kristeva pour signifier que : « La peur de l'Autre et l'inquiétude devant l'étrangeté sont toutes deux le résultat de la peur de la différence de l'Autre (étranger) à l'intérieur de nous-mêmes » (Homayounpour, 2013). Ce qui est exprimé appartient alors au patient et au thérapeute, c'est le transfert paradoxal ou la parole « chimérique » (au sens de De M'Uzan). Ce même phénomène se retrouve également quand le patient exprime une émotion intense, et que le thérapeute « sent lui échapper une formulation qui déploie associativement cette émotion sans pour autant la nommer directement ». Une parole transitionnelle advient lorsque l'intérêt du patient et du thérapeute se porte, de concert, sur une pensée, un affect que porte la parole du patient (Le Gouès, 1990). La rêverie contre-transférentielle de l'analyste permet ainsi de traduire les fruits de la psyché du patient en représentations (Rabain, 2001). Ce sont

des éprouvés bruts, non symbolisables issus de la « mémoire sans souvenir » sous l'impulsion du Ça. Toutefois, lorsque le thérapeute a la capacité de laisser vaciller son identité, la capacité à l'identification primaire au patient, la rencontre s'opère entre ce qui, chez le patient, n'a pu mener qu'à une fermeture face au risque de déréliction. Ces éprouvés bruts, primaires, convoquent alors l'inconscient de l'analyste en s'inscrivant dans le contre-transfert sous forme de sensations et d'émotions. Le thérapeute au plus près de son patient, se tient également au plus près de ce qui l'a ébranlé lui-même et entend la vibration de son écho dans la séance, dans un lieu psychique d'inquiétante étrangeté, entre inconscient et préconscient, entre soi et l'autre, entre soi-même et l'étranger en soi, entre soma et psyché (Press, 2008 ; Le Gouès, 1990). Freud dit lui-même que « le transfert devient comparable à la couche de cambium entre le bois et l'écorce d'un arbre, d'où partent une nouvelle formation de tissu et une croissance du volume du tronc » pour expliquer que le transfert engendre une « névrose nouvellement créée et métamorphosée », qui remplace « l'ancienne affection ». Accueillir la rencontre dans son authenticité et son incertitude, accueillir la métaphore inattendue, induit donc de rompre avec le prêt à penser sur le transfert. La métaphore permet de s'aventurer avec le patient dans ce pays familier- étrange du problème en attendant de pouvoir s'y orienter. Procédant par analogie, elle est donc un travail de la pensée, aussi, là où la pensée avorte, la métaphore ne prend pas, interpellant donc sur son indigence. « Au mieux en vient-elle à soutenir tout le poids de ce qui n'est pas ou mal pensé, au moyen des béquilles d'un imaginaire spéculaire » (Assoun, 2005). Une expression courante en hypnose est que la communication se fait « d'inconscient à inconscient ». Si les deux sujets sont sur la même longueur d'onde, à l'abri de la bulle hypnotique ils accèdent l'un et l'autre à leur dimension implicite. (Virot, 2011).

Quoiqu'il en soit Roustang (2003) rappelle que l'issue thérapeutique dépend avant tout de la disposition du patient à réinstaurer peu à peu un mouvement et ne plus demeurer sclérosé autour de ce qu'il a éprouvé jusqu'alors et, selon lui, l'efficacité ne peut se révéler que dans « l'oubli du changement lui-même parce qu'il est enfoui dans son esprit, dans son corps et dans son espace, oubli indispensable pour que l'action dans l'environnement s'accomplisse de la manière la plus naturelle. En toutes ces circonstances, la parole n'émerge donc que pour être ensuite immergée. Elle doit perdre sa consistance propre et permettre au geste de se déployer ».

# **METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Le Point Ecoute Jeunes est un espace d'accueil et d'écoute confidentielle au sein du service jeunesse municipal appelé « Cercle J » à Rosny-sous-Bois<sup>2</sup>. Il fonctionne sous forme de permanences confidentielles et gratuites, les mardis, mercredis et jeudis après-midis, avec ou sans rendez-vous. Ceux-ci sont d'une durée allant d'une heure à une demi-heure en fonction des situations, de l'âge du patient et de mes disponibilités. Le P. E. J. de Rosny-sous-Bois s'adresse aux adolescents et jeunes adultes de 11 à 26 ans, résidant sur la commune et aux alentours (les usagers viennent parfois même de villes situées plus loin). Les orientations vers ce lieu d'écoute se font majoritairement par le tissu partenarial varié tissé depuis fin 2009 (date de la création du poste et de mon arrivée) mais, au fil du temps, le bouche à oreille constitue également un autre biais d'orientation. L'action consiste à offrir un espace confidentiel et bienveillant d'écoute des questionnements et des diverses difficultés de l'adolescent et du jeune adulte (de 11 à 26 ans) auprès d'un psychologue. Ce point d'écoute n'est pas un lieu de prise en charge psychologique pérenne, mais se veut davantage un espace intermédiaire entre l'individu et les différentes sphères où il évolue (famille, quartier, école ou lieu de travail, ville, société) ainsi qu'une interface, si besoin est, vers une structure de soins (ou un cabinet libéral) pour entreprendre un travail à plus long terme. En outre, cet espace de rencontre, situé dans un lieu convivial et non connoté négativement, peut parfois aider à esquisser une dialectique moins rétive ou préconçue concernant le domaine de la santé mentale.

J'ai choisi de relater, sur la base de mes retranscriptions post-entretiens, ce qui explique la présence ou l'absence de passages d'entretiens en fonction des vignettes, (extraits des échanges cliniques, observations, réflexions internes, sensations), mes premiers pas dans la pratique de l'hypnose clinique au sein de ce cadre institutionnel. M'étant intéressée à l'alliance thérapeutique, ainsi qu'à la capacité de métaphorisation au cœur des rencontres cliniques où je propose l'approche hypnotique, j'ai pensé à plusieurs patients avec lesquels la collaboration me permettait d'illustrer mes questionnements, mes hypothèses de départ.

Ainsi, j'ai sélectionné un ou deux entretiens par patient, en mettant en exergue les passages plus particulièrement en rapport avec ma problématique. Ces entretiens sont donc parcellaires et sont volontairement centrés sur certains éléments au détriment d'autres, ils ne reflètent donc que peu la richesse de la personnalité et des événements de vie de la personne reçue,

---

<sup>2</sup> Le Point Ecoute Jeunes se trouve au sein du cercle J « Arthur Rimbaud », structure jeunesse proposant un Pôle Loisirs (12/17 ans), un Point Information Jeunesse (16/30 ans), une Cyberbase (intergénérationnelle) et un Conseil Local de la Jeunesse. Ce lieu est localisé en centre ville de Rosny-Sous-Bois.

mais sont, malgré tout, des instantanés de ma pratique de l'hypnose, et de la particularité de cette approche intégrée depuis janvier dans ma pratique clinique.

Je vais à présent effectuer une description laconique des patients, leur âge, qui les a orienté au Point Ecoute, et quelle est leur demande.

**Ma première vignette clinique** porte sur ma rencontre avec Davide qui s'est déroulée pour la première fois fin décembre suite à son orientation au Point Ecoute Jeunes par son conseiller en insertion à la Mission Locale. Davide a 22 ans.

**Ma seconde vignette clinique** relate la situation de Victoria, 25 ans, qui vient au PEJ depuis deux ans. Après avoir travaillé sur différents aspects de sa vie, en incluant une approche somatique grâce à un travail avec un ostéopathe, je lui propose, étant (toutes deux en transformation) dans une dynamique d'évolution, de changements, d'utiliser l'hypnose afin de changer d'approche concernant ses difficultés actuelles.

**Ma troisième vignette clinique** illustre ma collaboration avec Nadège, 26 ans, que je rencontre depuis quelques mois suite à une orientation de sa conseillère en insertion professionnelle à la Mission Locale.

**Ma quatrième vignette clinique** évoque ma seule séance d'hypnose avec Rachel, 25 ans.

J'ai reçu Rachel il y a deux ans au PEJ. Elle me recontacte au mois de mars afin de prendre rendez-vous, m'expliquant qu'elle s'inquiète de ses réactions ces derniers temps, elle hésite et finit par me parler d'une voix qu'elle entend dans sa tête. C'est donc ce qui motive sa décision de me revoir.

**Ma cinquième vignette clinique** illustre ma seule séance d'hypnose avec Chaïm, 21 ans. Ce jeune homme vient de façon sporadique depuis deux ans, après avoir entendu parler du PEJ par l'animateur du café social de son quartier.

A partir de ces vignettes cliniques, issues de ma pratique de l'hypnose au Point Ecoute Jeunes de janvier à juin 2014, je vais procéder à une réflexion clinique, éclairée par l'hypnose, sur la qualité de l'alliance thérapeutique entre chaque patient et moi, puis, je vais la mettre en correspondance avec l'émergence plus ou moins riche, d'images, d'analogies, de métaphores durant la ou les séances décrites. D'autre part, je vais questionner mes pensées, mes ressentis émotionnels et physiques au cours des séances, et, dans leur après-coup, je tâcherai d'analyser mon contre-transfert.

De prime abord, je proposerais une hypothèse postulant que la qualité de l'alliance thérapeutique influencera la métaphorisation entre patient et thérapeute. La transe hypnotique tenant donc lieu d'espace transitionnel, de co-création entre patient et thérapeute, et reflétant donc la qualité du lien entre ces deux protagonistes de la séance.

Ainsi, plus l'alliance thérapeutique est de bonne qualité, plus la co-création métaphorique sera facilitée.

Une seconde hypothèse porterait sur le rôle de la relation transféro-contre-transférentielle dans la transe hypnotique. Je postule donc que l'installation du transfert dans la relation hypnotique, permettra à l'alliance thérapeutique de s'enrichir en termes d'implication émotionnelle patient-thérapeute, et concourra donc à faciliter le processus de métaphorisation.

# **RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES**

## A) Davide, 22 ans

### Première séance d'hypnose

Davide se montre manifestement anxieux d'être reçu par une psychologue me précisant que c'est la première fois qu'il en rencontre une. Il ne cesse de s'agiter sur sa chaise, de secouer sa jambe, de rire nerveusement, tout en évitant mon regard.

Davide a débuté le football très jeune dans son pays d'origine, puis a poursuivi dans des clubs français au sein desquels il n'a pas tardé à se faire repérer par des clubs de prestige.

Ainsi, il a poursuivi ce rêve de devenir footballeur professionnel, année après année, il a joué pour différents clubs, puis a brigué une place dans des équipes européennes.

Cependant, chaque fois le même scénario, il passait les premières étapes de sélection puis dans la dernière ligne droite, connaissait un blocage qui entravait sa possibilité de faire partie du sérail.

Moi- « Vous ne savez pas d'où vient ce blocage ni ce que c'est exactement mais peut-être que vous pouvez me dire ce que ça fait dans votre corps ? »

Davide- « J'sais pas...j'dirais que c'est comme deux boules dans mon ventre avant de rentrer sur le terrain...pourtant je suis prêt, j'ai même été plus fort que certains mecs qui étaient déjà en international...j'comprends pas. (...) si je réussis pas cette année c'est mort j'serai trop vieux, c'est ma dernière chance. »

M- « Vous ressentez donc beaucoup de pression par rapport à cette année... »

D- « Oui, et puis, les années passent (...) mes parents ils me découragent pas mais bon...ils aimeraient que je me pose, que je fasse un métier sérieux, stable...épouser quelqu'un, fonder une famille...mais c'est pas pour moi ça, c'est pour plus tard. »

Davide montre une grande tension lorsqu'il évoque ces propos, il bouge beaucoup, ses mains, sa jambe gauche sont toujours en mouvement, il parait à bout de souffle (quant à moi j'ai du mal à respirer).

Je propose un exercice d'hypnose de relaxation afin de réduire cet état de stress qu'il ressent et qui envahit la salle (sans doute aussi pour moi). Il commence par exprimer son scepticisme et une certaine inquiétude quant à cette technique mais après avoir expliqué qu'il s'agit d'un état naturel à grand renfort d'exemples de la vie quotidienne, il accepte d'expérimenter cette approche.

Je commence l'induction sur la fixation visuelle d'un point puis poursuis par l'écoute et l'identification des bruits alentours (le lieu où nous nous trouvons est beaucoup plus bruyant que d'habitude, un atelier de création ayant lieu durant les vacances scolaires au service jeunesse) et je constate assez rapidement, par son agitation motrice et sa respiration de plus en plus audible, qu'il est très compliqué pour Davide de trouver une certaine quiétude à travers ce que je lui propose. Il finit par interrompre l'exercice, et me dit :

D- « je peux pas, je peux pas, j'y arrive pas... j'suis désolé... (il soupire) »

M- « Ce n'est pas grave, je comprends, ce n'est pas simple, je suis actuellement en formation comme vous le savez, alors je vous propose de faire autre chose, et si ça ne va pas, dites le moi » (intérieurement je me dis que ma séance est partie pour être un échec...alors quoi que je fasse maintenant ça ne peut pas être pire (!), échec que je me surprends à justifier par mon peu d'expérience en matière d'hypnose, je me sens sous pression, comme lui me dis-je).

D- « Ok. »

Je ne réfléchis pas vraiment mais porte spontanément mon choix sur « Ne rien faire » de Brosseau. L'exercice contre-échec pour lui, comme pour moi.

J'entends sa respiration s'apaiser, peu à peu il trouve son assiette, cesse de s'agiter, se laisse même aller à fermer les yeux (je constate au fur et à mesure son apaisement et parallèlement, je respire mieux, ma voix, ma prosodie sont plus calmes, plus posées).

A la fin de l'exercice j'opte pour des suggestions post-hypnotiques portant sur son prochain match.

D- « Je sais pas si ça marchera...mais bon j'vais voir j'ai match ce soir, j'vais vous dire ça la prochaine fois qu'on se voit »

M- « Pas besoin de vous poser cette question, votre corps et votre esprit inconscient ont entendu ce dont ils ont besoin pour que ce match se passe au mieux pour vous, et qu'il soit le reflet de vos aptitudes ».

Après coup, je me sentais comme une mère incapable de calmer son enfant, impuissante, mise en échec par son petit qui ne cesse de pleurer, de s'agiter sans pouvoir l'apaiser, son angoisse a fait écho à la mienne dans cette incertitude de la rencontre, majorée par mes premiers pas en hypnose.

### **Deuxième séance d'hypnose**

Davide revient 15 jours après au PEJ. Il est très souriant et beaucoup plus détendu de prime abord.

D- « Je sais pas comment vous avez fait, mais ça a marché ce que vous avez dit la dernière fois, j'ai joué et ça s'est bien passé ! »

M- « L'important ce n'est pas de savoir comment mais en tout cas ça vous prouve que vos capacités sont bien là, et que quelque chose en vous a su les laisser s'exprimer sur le terrain quand vous en aviez besoin (...) je vous propose de poursuivre ce travail si vous le souhaitez ? »

D- « Oui pourquoi pas ! »

M- « Ok, sur quoi pouvons nous travailler aujourd'hui ? »

D- « J'sais pas trop... »

M- « Peut-être que vous pourriez me parler un peu de ce que vous ressentez par rapport à ce blocage dont vous me parliez la dernière fois ? Depuis quand vous le ressentez ? »

Davide m'explique différents événements de vie liés à son parcours sportif et, au cours de son récit, se montre encore très affecté par certaines réflexions qu'il a pu recevoir de la part de ses entraîneurs lorsqu'il était beaucoup plus jeune, ce que je relève verbalement.

D- « C'était difficile, ça m'a marqué, c'est comme si je n'arrivais pas à tourner la page, ça reste ».

Je propose alors un exercice en prenant appui sur cette métaphore issue de son discours, ainsi que sur un élément concernant sa mère qui est une personne décrite comme soutenante et bienveillante vis-à-vis de lui, et qu'il évoque notamment lorsque je lui demande ce qui l'apaise pour m'en servir durant l'induction :

D- « Les seuls moments où je me sens vraiment détendu c'est quand ma mère me passe la main dans les cheveux comme quand j'étais petit...j'suis capable de dormir direct ! ma p'tite amie fait ça aussi ! » (il sourit un peu gêné)

M- « Il est évident que je ne vais pas vous passer la main dans les cheveux ! (je ris et lui aussi), y-a-t-il d'autres moments où vous vous sentez vraiment détendu ?

D- Ben, y a la prière, parce que moi j'suis très croyant vous savez, j'l'ai pas toujours été j'aimais bien sortir, les filles, l'alcool, les soirées, tout ça quoi ! (il sourit avec une certaine gêne en baissant la tête) mais après j'me suis dit qu'c'est facile de prendre la grosse tête dans c'milieu, et puis tout c'qui m'est arrivé après, j'me suis dit qu'c'était sûrement parce que je ne priais pas, alors j'me suis mis dans le d'n (la religion) et depuis j'me sens quand même mieux, Dieu est là, il me protège, j'suis entre ses mains (...) et puis vous allez trouver ça bizarre mais depuis petit j'adore regarder ma mère quand elle est en train de coudre...je sais pas je la regarde, je regarde ses mains, l'aiguille, comment elle fait, on se parle même pas, mais j'sais

pas ça m'détends, j'suis là mais j'suis loin, ou quand ma copine regarde un magazine, quand elle tourne les pages. »

Je reprends la même induction que lors de notre première séance, cette fois il trouve rapidement une position confortable, et, je reprends l'image de sa mère en train de coudre, je lui propose de fixer son attention sur le mouvement de l'aiguille lorsque sa mère coud. Cette évocation est très efficace, il se met même à ronfler légèrement (mais répond peu après à mes demandes de description sur les différentes modalités sensorielles...je suis rassurée !) et je lui propose de quitter le salon où sa mère est en train de coudre et d'emprunter un couloir pour arriver dans une salle où il trouvera un livre (j'ai l'image d'un livre avec une couverture en cuir marron vieilli peut-être comme une sorte de livre sacré, un livre de la vie) :

D- « le couloir est sombre, je marche il fait un peu froid, mais j'ai la lumière du salon derrière qui m'aide un peu...j'suis dans la salle il fait noir, j'sais pas où je suis... »

M- « Regardez bien peut-être qu'en avançant, en regardant bien, ou en tâtonnant vous pourrez trouver comment faire entrer un peu de lumière »

D- « Oui, il y a des fenêtres, je les avais pas vues, je vois mieux (...) il y a un livre devant moi »

M- « Il est comment ce livre ? »

D- « Il est fermé...il est très grand, en cuir, un vieux livre, la couverture est usée » (je souris de cette image partagée)

M- « Voudriez-vous l'ouvrir, le feuilleter ? »

D- « J'aimerais mais je peux pas...il est trop grand pour moi...j'suis trop petit, j'suis trop petit... »

M- « Peut-être que vous pouvez regarder autour de vous et trouver quelque chose pour vous aider ? »

D- « ...oui ça y est...mais les feuilles du début elles sont collées...j'arrive pas à les ouvrir... »

M- « Et devant vous y-a-t-il quelque chose d'écrit ? »

D- « Non, c'est des pages blanches...enfin elles sont pas blanches, elles sont marrons très clair...beiges »

M- « Que voulez-vous faire à présent ? »

D- « Je veux écrire...mais je n'ai rien pour écrire »

M- « Peut-être pouvez-vous chercher autour de vous, dans ce lieu, ce dont vous avez besoin pour écrire »

Un temps de silence passe...et il finit par dire :

D- « J'peux revenir maintenant ? »

Lorsqu'il revient dans l'ici et maintenant, Davide me décrit spontanément ce qu'il s'est passé pour lui, il n'était pas rassuré dans ce couloir mais se retournait pour voir sa mère tout en cheminant. Lorsqu'il voulait écrire sur ce livre soudainement des portes sont apparues dans le fond de la salle puis elles ont disparu, et des plumes blanches sont tombées du ciel. Visiblement dérouté par cette expérience, il me demande ce que cela signifie, je le renvoi à ce que cela pourrait signifier pour lui, il me dit ne pas comprendre, se montre assez inquiet. Intérieurement je me rappelle à nos enseignements, à l'importance de ne pas interpréter dans l'après-coup de l'expérience hypnotique, mais eu égard au ressenti de Davide, je propose une fiction à partir de son récit en m'appuyant sur ses représentations notamment religieuses (évoqués un peu plus tôt dans l'entretien), en lui signifiant que ce sont peut-être des éléments de soutien lorsqu'on se sent trop petit face à une épreuve, que ce livre reste à écrire, que les chapitres d'avant sont clos, mais que les pages blanches ouvrent la voie à tous les possibles, comme des fenêtres ou des portes qui peuvent s'ouvrir.

Trois autres séances (dont un entretien clinique sans utilisation de l'hypnose sur sa demande) se sont déroulées et Davide n'est plus revenu car il se sentait mieux, ne ressentait pas le besoin de revenir.

## **B) Victoria, 25 ans**

### **Troisième séance d'hypnose**

Lors de cette troisième séance d'hypnose, comme pour les deux premières, je me laisse guider par ce que je ressens, ce qui se présente avec ou sans mots durant la rencontre, et le temps de l'induction est principalement axée sur la respiration (je m'étais déjà questionnée sur ce choix de ma part), je finis d'ailleurs par être confuse et inverser inspiration et expiration, je laisse aller, cela n'a pas l'air de la perturber. Je propose une immersion (en apnée car je respire mal, ma voix n'arrive pas à se placer) dans une situation de rencontre potentielle, durant une soirée dans un bar ou ailleurs et très rapidement Victoria se lance spontanément dans la verbalisation de ce qu'elle ressent :

V- « Je regarde autour de moi, je suis assise, il y a beaucoup de monde, il fait chaud, j'ai des bouffées de chaleur, je commence à sentir que je transpire, j'ai le cœur qui bat fort, mon visage se crispe, j'ai du mal à respirer, je respire plus bruyamment, j'ai le ventre...bloqué, enfin, j'arrive pas à ce que ma respiration passe bien... j'ai besoin de sortir... »

M- « Je te propose de te lever et de sortir dans ce cas »

V- « J'ai les jambes qui tremblent, j'ai du mal à passer, il y a trop de monde... »

M- (je réalise que ce qu'elle décrit correspond à une attaque panique et pense au lieu secure)  
« Regarde autour de toi et tu verras sans doute une porte à proximité qui te permettra de quitter ce lieu pour te rendre dans un lieu dans lequel tu te sentiras en sécurité. »

V- « Oui je la vois, je pousse les gens, (...) ça y est... »

M- « Pourrais-tu me décrire ce lieu où tu te trouves, ce lieu où tu te sens en sécurité ? »

V- « Oui (elle sourit) c'est ma chambre dans un appartement en Normandie... »

M- « Prends le temps de redécouvrir ce lieu, ses couleurs, ses objets, ses odeurs, ses bruits... »

V- (Elle m'interrompt) « Non c'est un lieu calme, y a pas trop de bruits, c'est une rue où il n'y a pas de passage... » (elle se tait)

M- « Je te propose de me le décrire plus précisément »

V- « Et bien il y a une petite table en bois près du lit...c'est un peu le bazar, il y a pas mal de choses dessus, y a pas d'odeur particulière...j'ai envie de tirer les rideaux, il y a trop de lumière »

M- « Et bien fais le »

V- « C'est mieux comme ça, j'ai envie de me reposer »

M- « Est-ce que tu te sens vraiment en sécurité dans ce lieu ? »

V- « Je vais fermer la porte à double tour...je vais m'allonger »

M- « Tu peux me décrire ce lit ? » (j'ai la sensation d'être intrusive avec mes demandes itératives de description)

V- « Et bien il est très confortable, il y a un plaid dessus il est en laine dans les tons marrons, avec des tigres et...oui j crois qu'y a que des tigres dessus, je m'allonge mais j'ai encore un peu froid (il fait très chaud dans ma salle), je vais rajouter la couette dessus... »

M- « C'est plus agréable ? » (je me représente une épaisse couette blanche comme une couette Dodo/ couette doudou ?)

V- « Ouais c'est une grosse couette blanche, douillette...j'adore ce lit...(...) je sais pas trop comment mettre ma tête pour être bien... »

M- « Tu peux regarder s'il y a des coussins autour de toi ou alors tu peux peut-être rester tel quel et faire confiance à ton corps, il saura comment se positionner naturellement pour se sentir bien et te signalera quand bouger si jamais sa position ne convient plus. »

V- « Je vais mettre ma tête sur mon bras, et je m'entoure bien de la couette, pour être couverte partout, je me mets dans une position repliée, comme un fœtus, j crois que c'est comme ça qu'on dit... »

M- « Comment te sens-tu ? »

V- « J'suis bien, au chaud, y a pas trop de lumière, j' respire bien, j' me sens tranquille ».

Je me tais pour la laisser profiter de ces sensations agréables, les lui fait ancrer par un geste puis elle quitte ce lieu en cachant la clef après avoir soigneusement refermé derrière elle.

A son retour dans l'ici et maintenant Victoria sourit, me dit : « c'est drôle, ça m'a rappelé quelque chose que mon ostéo m'a dit sur ma naissance...d'après lui, j'ai eu...vous savez, le cordon autour du cou... ».

Victoria est revenue quinze jours après la séance décrite ci-dessus :

M- « Comment te portes-tu ? »

V- « Ça va, rien de trop significatif depuis la dernière fois. J'ai fini le déménagement, ça y est je suis bien installée, enfin, il manque encore quelques meubles, quelques objets mais bon l'essentiel est là ! (...) mon ancien canapé-lit je l'ai laissé chez mes parents, je vais acheter un lit pour cet appartement...je m'y sens bien en tout cas...C'est pas trop bruyant, ça c'était important ! (...) ah oui j'suis ressortie avec ma copine, enfin elle n'était pas là mais j'ai été à un rendez-vous groupal par un site internet, on choisit une sortie qui nous intéresse et puis le groupe n'est composé que de célibataires (...) arrivée là-bas, j'étais mal, j'étais toute seule...l'angoisse ! Et puis au bout d'un long moment... enfin c'était cinq minutes, j'ai vu qu'il y avait un jeune homme devant qui lisait, alors j'ai hésité et puis j'ai fait le premier pas, j'ai été lui demander s'il était là pour la sortie et il m'a dit que oui (...) à la fin de la soirée on avait bien discuté alors il m'a demandé mon numéro ! On doit se revoir demain ! En tout cas ça change, il est vraiment différent ! ».

### C) **Nadège**, 26 ans

Lors de notre première rencontre (comme durant les suivantes avant de débiter l'hypnose), je mets mes ressentis en pensée, je les questionne et me dis qu'elle m'évoque une petite fille désemparée, que rien ne console, que rien ne contient...

Après quelques entretiens cliniques très riches, elle ressent un mieux-être, se sent plus stable, moins débordée émotionnellement, moins angoissée d'être « abandonnée...comme mes parents l'ont fait » dira t'elle à la fin d'un entretien (ses parents sont tous deux décédés). A partir de là, nous débutons un travail autour de ses différentes parties d'elle-même, son absence d'unité, de sécurité interne, sa détresse face à l'exil extérieur et intérieur. Littéralement, l'exil est ex-il : « hors-lieu », il constitue donc une expérience de l'extériorité,

un mal qui n'est pas tant engendré par la perte du pays que du lieu où exister (Benslama 2004).

Elle s'amuse à donner des noms à ses différentes parties de son identité :

N- « Y a la petite Nadège avec des couettes, il y a Nadège maintenant et il y a aussi Nadégea »

M- « Qui est Nadégea ? »

N- « Nadégea (elle rit) c'est celle qui est méchante, celle qui est en colère, celle qui me critique, celle qui me dit toujours que je n'ai pas fait assez de choses, que je suis fainéante ! »

Après les deux premières séances d'hypnose, elle observe chez elle un changement d'attitude, elle se sent plus organisée dans ses différentes démarches (elle prévoit de devenir jeune fille au pair...), moins désemparée vis-à-vis des personnes qu'elle rencontre, moins prête à tout pour que l'autre l'aime, se lie à elle. Elle évoque d'ailleurs fièrement la façon dont elle a réussi à se positionner en faisant primer ce qu'elle souhaitait faire quitte à déplaire, et la réaction qui en a découlé : « Y a une fille qui m'a proposé de venir faire une soirée vers métro....avec son groupe de copines et j'ai dit que c'était gentil mais que je voulais aller au club... parce qu'il y avait une soirée qui déchire, vous vous rendez compte, la fille là elle m'a carrément dit qu'elle préférait venir à la soirée où je voulais aller, c'est énorme ! » (elle affiche un large sourire).

### **Troisième séance d'hypnose**

Nadège revient après trois semaines (je la reçois généralement une fois par semaine mais mon emploi du temps ne me permettait pas de la recevoir avant). Elle arrive affichant la mimique triste et désemparée qu'elle avait lors de nos premiers entretiens. Elle me raconte que ces derniers temps elle s'est sentie en difficulté face aux démarches administratives qu'elle doit faire pour préparer son départ à l'étranger.

N- « J'suis nulle, j'ai presque rien fait, ça m'énerve tellement! Ça allait bien et puis là ça recommence... »

M- « Dans votre phrase c'est quoi le « ça » qui vous énerve et qui recommence ?

N- « J'sais pas...j'ai des phrases qui me viennent...elles sont mauvaises... »

M- « Ces phrases elles viennent d'où ? »

N- « C'est Nadégea... »

M- « Vous voudriez faire quoi par rapport à Nadégea ? »

N- « Qu'elle se taise ! »

Je propose un exercice d'hypnose. Je reprends la même induction que lors des deux premières séances d'hypnose afin d'assurer une continuité, un fil d'Ariane.

Je lui propose de se rendre dans un lieu qu'elle connaît ou non (je l'imagine de retour dans sa maison familiale, sa terre natale) et d'explorer ce lieu dans un premier temps et de le décrire :

N- C'est chez moi...en (le nom de son pays)...j'avance...

Nadège prend le temps de me décrire le lieu, le bruit des vagues dehors, la sensation de fraîcheur au sol car elle a enlevé ses sandales.

N- « Il fait chaud mais y a du vent qui rentre par les fenêtres... »

M- « Vous continuez à redécouvrir ce lieu que vous connaissez bien, et à un moment, vous verrez un miroir de plein pied (une psyché... !) au détour d'une pièce et je vous propose, lorsque vous l'aurez trouvé de vous placer en face et de me décrire ce qui se présentera (je me dis qu'elle verra son père apparaître).

N- (long temps de latence, mimique perturbée) ... « c'est mon père... (elle déglutit plus bruyamment et parle plus doucement)...il est en colère... »

M- « A quoi le voyez-vous ? »

N- « Il fait de grands gestes, il a le visage fermé, tendu...il me dit que je ne fais rien, que je suis fainéante, que je ne suis pas sérieuse, que je n'avance pas... »

M- « Que voulez-vous faire par rapport à sa colère? »

N- « C'est pas juste...il sait pas tout ce que j'ai fait depuis que je suis arrivée ici !.. Peut-être que si je lui montre il va comprendre»

M- (intérieurement je ressens une certaine fierté de constater comment elle s'est rassemblée, et sa stratégie spontanée pour envisager ce face à face) « Comment souhaitez-vous lui montrer ce que vous avez fait depuis votre arrivée ? »

N- « J'ai tout noté » (elle tient effectivement un journal intime)

M- « Dans ce cas je vous propose de regarder autour de vous et de trouver le cahier, le bloc-notes ou le carnet sur lequel vous avez rédigé votre expérience depuis votre arrivée »

N- «...ça y est je l'ai, c'est le carnet de ma maman où elle notait ses recettes... »

M- « Il est comment ce carnet ? »

N- « Il a une couverture bleue mais là elle y est pas, elle a été arrachée...je vais lui lire ce que j'ai fait ».

M- « Très bien, alors vous pouvez retourner face au miroir et lui lire ce que vous avez vécu depuis votre arrivée à votre rythme, et lorsque vous aurez fini, vous pourrez me dire ce qu'il se passe ».

Après un temps de latence :

N- « Ca y est... »

M- « Est-ce que vous observez des changements ? »

N- « Il s'est assis, il ne dit rien... »

M- « Est-il encore en colère ? »

N- « Il est calme...j'ai aussi parlé de mes projets, il me dit qu'il attend de voir et qu'il reviendra...il est parti ».

M- « A présent que votre père est parti, souhaitez vous faire autre chose en ce lieu ? »

N- « Non. »

M- « Alors je vous propose à présent de prendre le chemin retour qui vous mènera, à votre rythme, ici et maintenant ».

Après cette expérience, Nadège est un peu confuse, encore dissociée, je lui pose quelques questions concrètes sur la façon dont elle va rentrer chez elle, quelle ligne de bus elle va prendre.

Nadège s'excuse de son absence la semaine d'après (ayant visiblement été éprouvée à nouveau dans ses relations sociales lors d'une soirée, elle m'adressera un mail). Elle revient quinze jours après la séance décrite ci-dessus, très en retard. Elle arbore un grand sourire, semble très calme et me dit :

N- « C'était tellement nul cette soirée ! Les gens se sont montrés tellement méchants...en rentrant j'ai eu besoin de prendre une longue douche bien chaude pour me purifier ! mais bon j'ai avancé depuis ! j'ai fait plein de trucs que je voulais faire pour moi, j'ai même un entretien d'embauche demain (elle sourit). Ça va quoi ! (...) j'ai même pas eu de nouvelles de Nadéga, j'ai cherché mais là elle est pas revenue depuis ! ».

#### **D) Rachel, 25 ans**

J'ai reçu Rachel il y a deux ans au Point Ecoute Jeunes. C'est une jeune femme très pieuse, et très proche de sa culture d'origine. A cette période elle présentait des troubles assez impressionnants qui l'empêchaient d'avoir une vie en-dehors de sa sphère familiale. Elle se balançait régulièrement sur sa chaise, et ponctuellement se figeait quelques secondes dans une posture qui m'évoquait une personne qui se fait agresser : son visage se crispait dans une mimique effrayée, les yeux écarquillés, la bouche tordue, les bras montés vers le visage comme une protection. Après de nombreux entretiens, Rachel a repris une vie sociale et professionnelle satisfaisante et, de ce fait, a arrêté son suivi. Depuis, elle avait pris l'habitude de passer de temps en temps saluer l'équipe du service jeunesse et me tenir au courant de ce

qu'il se passait dans sa vie. J'aurais qualifié l'alliance thérapeutique entre cette patiente et moi de stable dans le temps et de bonne qualité.

### **Première séance d'hypnose**

Rachel s'inquiète de cette voix qu'elle entend en elle depuis le décès d'un membre de sa fratrie. Après quelques minutes d'échange sur la manière dont se manifeste cette voix, sur sa fréquence et le type de contenu qu'elle délivre (principalement un aspect prémonitoire), je propose d'emblée une approche plurielle à Rachel. Réticente au fait de consulter un psychiatre (du fait d'une douloureuse expérience familiale avec cette catégorie de professionnel), je l'enjoins à consulter son médecin de famille pour ce qui relève de l'aspect somatique et médicamenteux et lui suggère qu'il pourrait être intéressant de demander conseil au prêtre de sa paroisse (ces manifestations revêtant pour elle un sens culturel, touchant également à la transmission intergénérationnelle).

Quant à moi, je lui propose de tenter l'approche hypnotique puisque ces manifestations s'expriment tant dans la sphère mentale que sur un versant somatique à travers des sensations douloureuses et une importante fatigue. Intérieurement, je me prépare à un passage en zone de turbulences, à différents scénarii, je préfigure pour pouvoir accueillir sans trop de déroute.

J'effectue une induction basée sur la fixation visuelle d'un point, puis de l'écoute des sons environnants, à ce moment Rachel commence à bouger sur sa chaise, crispe son visage, tiens fermement les accoudoirs du fauteuil. Je ralentis le rythme de ma diction, je poursuis (très doucement, j'ai l'image d'un kiné ou d'un ostéopathe qui manipule avec précaution le corps douloureux d'un patient, mes mots en guise de mouvements, de touchers) sur la respiration, elle se crispe et esquisse un bruit laissant entendre qu'elle souffre, puis se calme dans la foulée et expire bruyamment. Je me tais, puis après un court silence, décide de reprendre le fil de mon induction sur la respiration et soudainement elle se contorsionne, se contracte, souffre de façon visible et audible, se crispe...je l'accompagne dans la respiration, lui préconise d'expirer longuement quand la douleur arrive et intérieurement constate que ma façon de procéder me rappelle celle des sages-femmes, ponctuant chaque expiration par un « c'est très bien »...

Je finis par clore prématurément cette séance en la faisant revenir dans l'ici et maintenant. Je ne sais pas de quoi cette séance aura accouché mais elle souhaite que je lui redonne rendez-vous, elle s'excuse de ne « pas avoir réussi à faire cet exercice », je reprends en lui disant que ce fut éprouvant, qu'elle s'en est très bien sortie (contrairement à moi me dis-je). Je me sens vidée, déçue, en colère contre moi-même de n'avoir pu mener cette séance au terme fantasmé.

Rachel revient la semaine suivante, souriante, plus détendue et m'annonce d'emblée :  
« Je sais pas si c'est l'hypnose de la dernière fois mais j'me sens mieux ! (je souris, je suis perplexe et ne comprends plus rien alors j'écoute sans quasiment rien dire durant toute la séance...) le fait que vous n'ayez pas eu peur de ce que vous avez vu la semaine dernière ça m'a fait tellement de bien...(les larmes lui montent aux yeux, c'est la deuxième fois qu'elle pleure en séance depuis que je la connais), j'avais jamais rien dit de mon don (c'est l'appellation culturelle donnée à ses manifestations) en-dehors de ma famille et vous ne m'avez pas prise pour une folle... c'est un soulagement pour moi...et puis quand je suis rentrée j'avais plein d'énergie, j'ai pu parler franchement à ma mère de ce qui ne va pas avec mon père, c'est venu tout seul ! ».

#### **F) Chaïm, 21 ans**

Chaïm vient me voir au mois de février pour discuter de ses difficultés à s'exprimer face à une jeune fille rencontrée récemment. Il décrit une grande timidité mais également ponctuellement une sorte de force intérieure, de confiance dans ses relations aux femmes, qui étonne grandement ses amis masculins participant également à ce stage. Il souhaiterait remédier à cette incapacité à contrôler ces deux aspects présents en lui depuis longtemps. N'ayant plus assez de temps pour faire cette première séance d'hypnose, et sans doute pour rendre l'abord de l'hypnose plus ludique, je lui propose de faire le portrait chinois (méthode vue lors de l'intervention de Madame Mercadié) de sa dualité.

Il décide de nommer l'un de ces aspects « Chaïm timide » et l'autre « Chaïm confiant » et les décline sous diverses modalités sensorielles (une sonorité, une couleur, un animal, un goût, une sensation corporelle, une odeur, un objet) et décide de me laisser le papier où il s'est livré à cet exercice.

#### **Première séance d'hypnose**

Comme à mon « habitude », je n'ai pas vraiment préparé ce que je ferai exactement durant cette séance, mais suis, d'ores et déjà, dans un exercice de style sous contrainte. Je lui demande ce qui, dans la liste qu'il avait établie, lui parle le plus : « les animaux et la couleur ». Chaïm avait décrit le « Chaïm timide » de couleur noire et l'animal qui lui correspondait était un loup solitaire ; quant au « Chaïm confiant », il était rouge et son animal représentatif était le dragon.

Je débute l'induction de façon quasi automatique et commence à me demander où je vais bien pouvoir arriver, je tente de me rassembler (!), les images ne viennent pas, les mots se

dérober, je laisse de longs silences ponctuer chaque « étape » de mon induction, je ne sais pas où je vais ! Chaïm ayant fermé les yeux, je jette les miens sur la feuille pour m'y raccrocher comme un comédien tend l'oreille au souffleur.

Je commence ce qui sera un long moment de solitude...la rencontre ne se fait pas.

Je propose un lieu imaginaire, une sorte de contrée médiévale-fantastique (où d'autre trouver un dragon ?) où la magie règne et où certains villageois parlent d'une légende où certains mages ont le don de se métamorphoser en animaux.

Durant la transe, Chaïm ne répond que laconiquement à mes questions. Je sais donc encore moins ce qu'il traverse, comment il vit ce que je propose, sur le coup, je me dis que j'ai l'impression de retrouver « les livres dont vous êtes le héros » de mon adolescence.

Ne sachant plus vraiment que faire, étant moi-même coincée dans ce livre infernal entre le feu et la braise, je décide de poursuivre malgré tout en me fustigeant intérieurement.

Chaïm rencontre d'abord le loup noir qui le protège et l'accompagne en dépit de son côté méfiant et un peu peureux, puis tous deux finissent par rencontrer ce grand dragon rouge, crachant du feu, inspirant crainte et respect à ceux qui l'ont vu.

Puis, par le biais d'une incantation qu'il se surprend à connaître, ces deux animaux se métamorphosent en deux répliques identiques de lui-même et finissent par se réunir en lui par le contact de leur main. Je l'invite à porter son attention aux sensations qui se produisent en lui au cours de cette unification.

Pour clore, je lui propose d'ancrer dans son poing gauche toutes les caractéristiques qu'il m'avait donné sur le loup, et dans son poing droit toutes celles inhérentes au dragon. Avant le retour dans l'ici et maintenant, je fais une suggestion post-hypnotique en lui indiquant que lorsqu'il en aura besoin et qu'il voudra faire s'exprimer le loup ou le dragon, ou les réunir, il lui suffira de serrer l'un ou l'autre poing ou joindre ses deux mains (dans un geste qu'il fait durant la séance).

Après le retour à l'état de conscience, Chaïm décrit particulièrement la sensation de chaleur qu'il a perçu en lui, sensation qui perdure d'ailleurs encore. Je pose quelques questions concrètes sur son moyen de locomotion pour retourner chez lui suite à cette séance, afin de m'assurer qu'il se situe bien dans l'ici et maintenant.

Nous refixons un rendez-vous, trois semaines plus tard, auquel il ne se présentera pas.

# **DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE**

## **Rappel de la problématique**

Cet écrit est né de mes premiers questionnements issus de l'introduction de l'hypnose dans ma pratique de psychologue clinicienne depuis fin décembre 2013. En effet, parmi la diversité des problématiques que présentent les usagers que je rencontre au Point Ecoute Jeunes, le cadre de cette unité n'ayant de restrictif que l'âge (usagers de 11 à 26 ans), j'ai souhaité m'intéresser plus particulièrement à la thématique transversale de la rencontre et de la relation qui se tisse entre ces patients et moi dans le cadre de nos séances d'hypnose. Ainsi, j'ai choisi d'aborder l'alliance thérapeutique en situation d'hypnose clinique en m'interrogeant sur sa particularité potentielle, et, chemin faisant, en prenant appui sur l'analyse de mon contre-transfert, de réfléchir plus avant à la métaphorisation.

Je vais à présent, patient par patient, puis à leur croisement, analyser les données cliniques relatées au préalable. D'une part, par le projet thérapeutique, les objectifs et propositions de travail fixés en collaboration avec le patient, et d'autre part, par l'analyse de la relation transféro-contre-transférentielle et de l'implication empathique vis-à-vis du patient, pour ce qui relève de la dimension relationnelle. Ceci afin d'appréhender la dynamique et la particularité de ce concept pluriel qu'est l'alliance thérapeutique au cours de ces premières séances d'hypnose. Puis, eu égard à cette analyse, je mettrai en relation le concept de métaphorisation avec celui d'alliance thérapeutique. Enfin, dans les apports de cette étude, je croiserai ces diverses observations cliniques, afin de procéder à une réflexion plus globale en lien avec certains concepts théoriques.

## **Confrontation des observations à la problématique**

Concernant **Davide**, il apparaît de façon relativement claire qu'initialement, il n'était pas vraiment à l'aise avec le fait de collaborer avec une psychologue et n'a accepté que sur le conseil itératif de son conseiller d'insertion pour qui il a une grande estime. Nécessité faisant loi, il a donc fini par accepter que nous nous rencontrions pour travailler sur un objectif très

précis en laissant entendre plus ou moins tacitement que le facteur temps était capital dans ce projet thérapeutique, du fait des enjeux professionnels attenants. Nous nous situons donc d'emblée dans un objectif focalisé, avec une demande explicite portant sur la capacité à exprimer son potentiel sportif au mieux. A la relecture de mon écrit le concernant, je m'aperçois que nous sommes engagés vers ce projet commun, que nous travaillons par « essais-erreur », pas à pas, ce qui permet un ajustement technique au cœur de la séance mais également dans la mise à l'épreuve de ce travail sur le terrain entre chaque rencontre. Même si nous sommes dans le cadre d'une relation asymétrique thérapeute-patient, nous œuvrons de concert sur différents aspects de ce projet de soin que Davide investi activement.

La dimension relationnelle avec ce patient est évolutive. En effet, lors de notre première séance, je suis renvoyée au niveau contre-transférentiel à l'imgo maternelle, à une période d'interaction précoce dans le développement de l'enfant, une période préverbale, donc à quelque chose de l'ordre de l'archaïque, du processus primaire auquel je réagis par mon inquiétude, mon angoisse, au niveau émotionnel et corporel. Nous sommes d'ailleurs pris dans un jeu de miroir vis-à-vis de notre commune difficulté à respirer. Ces observations correspondent à un processus d'identification primaire, le recours à Brosseau m'ayant permis de me sentir suffisamment étayée pour réussir à contenir ce qui se présentait. Même si je me suis gardée de l'exploiter, du moins verbalement, en séance, ceci n'est pas sans évoquer le recours à un tiers permettant le dégagement de la fusion propre au stade où les frontières moi/non-moi ne sont pas encore définies, au stade préobjectal, qui aurait évolué vers une transitionnalité possible. Lors de la seconde séance, Davide fait cette fois-ci explicitement référence à sa mère et à sa petite amie, aux moments de régression qui favorisent un état de profonde détente, ou même un état dissociatif. Ainsi, il organise cette expérience/cette reviviscence de la séparation lorsqu'il traverse ce couloir sombre, se retournant régulièrement pour se rassurer en voyant sa mère (comme un enfant entrant à l'école ou peut-être même avant cela comme l'expérience de la naissance). Puis, face à ce livre il rapporte le fait qu'il est « trop petit », ce qui suggère effectivement une régression en âge, où les choses paraissent grandes et impressionnantes autour de soi et où il passe des pages « collées » (de la fusion) à des pages blanches ouvrant la voie à d'autres possibles, au désir de les écrire lui-même (il me paraît donc se situer dans un espace potentiel, créatif).

Dans ce cas, je ne prends pas directement appui sur l'analogie présente dans le discours de Davide lors des premiers échanges (deux boules dans le ventre), mais, eu égard à la méfiance de ce patient quant à l'hypnose, et à la tension exprimée tant verbalement que corporellement, je saisisais plutôt l'occasion pour lui faire appréhender, au même titre que moi, cette thérapie

sur son versant relaxant. Ce choix fut vite compromis par son inadéquation et fit place à un script qui s'avéra beaucoup plus idoine avec le « ne rien faire » de Brosseau. Fondée sur une écoute de la sensation de malaise partagée, ce réajustement au patient, même s'il eut lieu en cours de route, s'avéra être plus adapté que la préconception à partir de laquelle je m'étais initialement lancée. La seconde séance s'étaye sur une métaphore (tourner la page), issue directement de l'échange préalable à la transe et l'induction est basée sur l'introduction d'une image associée à l'état dissociatif dans la vie courante (le mouvement répété de l'aiguille lorsque la mère coud) et à la réassurance générée par l'évocation maternelle, comme un fil d'Ariane entre l'étrangeté de la dissociation hypnotique et le familier de l'ici et maintenant. Une fois de plus, la construction de la séance à partir des représentations spontanément évoquées par le patient servent de caisse de résonance menant même à une imagerie mentale partagée.

La demande de **Victoria** est très générale et s'inscrit dans la continuité d'un travail clinique déjà entamé un an et demi auparavant. Les deux premières séances d'hypnose (non relatées dans ce travail) ne trouveront donc que peu d'écho chez elle, en-dehors d'une sensation de relaxation qui permet déjà de la remettre en contact avec ses sensations corporelles. C'est au cours de la troisième séance que les choses se décantent réellement car suite aux deux premières, elle arrive à poser des mots sur ce qu'elle ressent dans son corps lorsqu'elle est en situation de potentielle rencontre amoureuse, certes, mais de façon plus « panoramique ». Elle exprime pour la première fois que la présence de ce profond malaise est ressentie dans toute situation sociale. C'est un peu comme si l'arbre de la demande initiale avait caché la forêt de la demande latente associée. Aussi, au cours de cette séance tout comme dans les suivantes (non relatées ici) l'objectif de travail est clarifié ensemble.

Lors de cette troisième séance Victoria me semble refaire l'expérience de la vie intra-utérine, d'autant qu'elle évoque même la position fœtale et que sa première évocation post-hypnotique porte sur les heurts traumatiques de sa naissance justement (les premiers propos sous hypnose sont relativement éloquents, on ne saurait trop s'il s'agit du bébé ou de la parturiente). Je me trouve vraiment avec elle dans ce lieu, et en même temps, lorsqu'elle s'est bien installée, lorsque la nidation s'est faite, qu'elle fait confiance à son corps pour lui indiquer comment placer sa tête. Elle qui habituellement se montre très prolixe, ne parle plus spontanément, provoquant en moi la « sensation d'être intrusive », (ou je ressens une sensation d'intrusion ? comme une césarienne en urgence ? Des forceps ? En tout cas à n'en pas douter une sensation

de confusion) avec mes questions, je finirai d'ailleurs par me taire pour la laisser à ses sensations, à ses « memories in feelings » pour reprendre Mélanie Klein.

Dans cette situation, il apparaît que la dynamique transférentielle se joue beaucoup plus à travers le corps, que par le verbe. En effet, je commence par ressentir avant de penser ce qu'il se passe en terme nosologique notamment. Une image (la couette blanche) émerge en moi et se partage à travers le discours descriptif de Victoria.

**Nadège** ne présente pas de demande explicite lorsqu'elle vient me voir avant de débiter l'hypnose ou même après que je lui ai proposé cette approche thérapeutique. Elle souhaite juste être entendue dans ses multiples souffrances, celles du passé, comme celles qu'elle traverse depuis son arrivée en France. C'est en prenant appui sur ce qu'elle ressent dans son corps lorsqu'elle se sent désemparée, lors des situations où elle se sent abandonnée ou rejetée socialement, que nous allons pouvoir débiter le travail en hypnose. La séance que je relate dans cet écrit se situe donc dans la continuité des deux premières qui, me semble-t-il, ont permis l'émergence d'une question de fond, celle de son absence d'unité et de cohésion interne.

Au début de la prise en charge, Nadège m'évoque beaucoup plus une petite fille qu'une jeune femme. Mais, assez rapidement, j'entends ce ressenti comme un appel à entendre une détresse qui, dans un premiers temps, se présente sans mots. Ce changement de perspective me permet d'accéder à un mouvement empathique à son endroit et amène la possibilité pour elle d'exprimer le sentiment d'abandon ressenti à la mort de sa mère, puis, plus récemment, à celle de son père. Lors de la séance d'hypnose décrite dans ce travail, j'accompagne Nadège là où elle nous emmène, j'assiste à cette rencontre en elle avec sa part paternelle, à l'expression d'émotions (la peur, la colère) qui ne paraissent pas « suffisamment bonnes » à ressentir au sujet d'un disparu, mais qui ont pourtant besoin de trouver une voie d'expression. Dans son discours sous hypnose, l'image du père est associée à une sorte de surmoi tyrannique (comme un dialogue entre les différentes instances du Moi) auquel elle fera littéralement face en s'étayant sur les écrits que contient le carnet de sa mère. A ce moment, je ressens « une certaine fierté », comme un parent se sent fier du courage et de l'autonomisation de son enfant devenant adulte. Je parle même de la manière dont « elle s'est rassemblée », ce qui n'est pas anodin lorsque l'on considère les clivages internes que Nadège présente. Ceci n'est pas sans évoquer que pour Bion, il existe initialement une pensée sans appareil à penser, une pensée primitive, primaire, dont les produits font retour sur elle-même annihilant sa capacité d'établir des liens. Cette pensée ne sert pas à se représenter, à signifier, mais éclate, morcelle, et

éparpille. Ces protopensées (éléments bêta) sont des éléments de dépression, de persécution, de culpabilité, des éléments hallucinatoires liés par le sentiment d'une catastrophe, d'une mort physique. Ce sont des impressions sensorielles, des vivances émotionnelles que l'enfant doit expulser par identification projective (Cupa, 2006).

Dans la situation de Nadège, je pars sur une demande qui lui est propre et qui s'appuie sur les propos issus de nos précédentes séances d'hypnose, à savoir, la présence, en elle, de différentes facettes qui ne communiquent pas les unes avec les autres et dont elle ne contrôle pas l'« apparition ». La métaphore de la psyché provient donc des échanges avec Nadège et, durant la transe, les images qui émergent sont probablement à attribuer à des fragments d'éléments cliniques échangés durant nos entretiens probablement stockés, en latence, comme le suggérait Freud, dans les niveaux préconscient et inconscient de ma « phantasie ».

**Rachel** revient me voir du fait de l'inquiétude que génère la voix qu'elle entend intérieurement depuis le décès de son frère. Elle voudrait que cette voix s'arrête, considère que ce « don » comme elle l'appelle est « trop fort » pour elle et qu'il la fait souffrir tant physiquement que moralement. Je propose donc une approche plurielle dont je lui explique les fondements et me propose de travailler, sur le versant corporel, à diminuer les sensations douloureuses qu'elle évoque. Elle appréhende, mais concédant qu'elle ne sait plus quoi faire pour que ces douleurs cessent, elle accepte de « tenter » l'approche hypnotique.

Cette séance avec Rachel m'évoque un accouchement qui ne se déroule pas correctement (un avortement, une fausse-couche ou un mort-né), qui me renvoie à une profonde déception, et à une certaine culpabilité de n'avoir pu porter jusqu'au bout, de ne pas avoir réussi à sauver l'enfant chimérique.

Au niveau métaphorique, les analogies se bousculent en moi durant l'induction, analogies sur le monde médical, le corps soignant, qui ne verront pas le jour au cœur de la transe puisque le processus sera avorté. Elles furent néanmoins inspirées par le langage corporel très prononcé que Rachel me donnait à voir.

**Chaim** fréquente le Point Ecoute de façon très discontinue mais vient cette fois-ci avec l'objectif de réussir à maîtriser la dualité qui s'exprime en lui au contact des jeunes femmes qui l'attirent. Ce pourquoi je lui propose de décrire ces deux aspects de sa personnalité afin que nous partagions les mêmes représentations à ce propos.

Dès le début de l'induction, je me sens perdue, sans repères, comme si, par identification adhésive, un clivage s'était produit en moi, et que ma part professionnelle, mon « moi

clinicien » qui sait ce qu'il faut faire et comment il doit s'y prendre me tournait le dos. Je ne sais donc ni où je me rends, ni où Chaïm se trouve, et, sur cette terre étrange et étrangère, je me sens déboussolée. Je vis les choses seule, comme ridiculement déconnectée de mon patient qui me laisse à ma dérélition en ne répondant que très laconiquement à ma quête de repères. Les métaphores utilisées dans le cadre de cette séance sont issues de la collaboration préalable à la séance d'hypnose. Loin de m'aider, j'ai vécu cette préparation comme « un exercice sous contrainte », comme un paramètre qui entrave, au lieu de faciliter la rencontre du psychisme du patient avec le mien. La suite proposée durant la transe n'est qu'une métaphore filée à partir de ce portrait chinois. Comme si la présence concrète de ce papier où figuraient les indications de route laissée par Chaïm, ne laissait plus de place à la rêverie. Cette séance ayant mené à un arrêt de suivi (certes l'alliance avec Chaïm est toujours très précaire dans le temps), je me pose dès lors la question d'une potentielle réaction thérapeutique négative.

### **Discussion éthique**

Au cours de mes premiers mois de pratique de l'hypnothérapie, j'ai été confrontée à divers questionnements théorico-cliniques dont je traite partiellement dans cet écrit. Cependant, tout abord d'une nouvelle pratique, même inscrite dans le sillage de la psychologie clinique, qui d'ailleurs demeure encore et toujours une contrée de l'incertitude voire de l'inquiétante étrangeté, apporte avec lui son lot de remises en question en terme éthique et déontologique vis-à-vis des patients que l'on accueille. En effet, ce diplôme universitaire n'est accessible qu'aux professionnels ayant un parcours étudiant en psychiatrie ou en psychologie. Outre les prérequis théoriques essentiels à la compréhension des enseignements, ceux-ci servent également à ne pas boire la tasse dans un premier temps. Les premiers échanges autour de cette pratique lors des sessions de supervision et en-dehors, montraient de façon patente que l'outil thérapeutique « hypnose » nous déroutait, engendrait doutes et angoisses quant à la façon de faire, il s'agissait donc de faire « bien » ou de « mal » faire (ou même faire mal) avec les patients. Une fois cette logique manichéenne dépassée, peu à peu, nous réalisons qu'il ne fallait pas faire de notre expérience clinique préalable, et/ou de notre parcours théorique un palimpseste sur lequel nous devions inscrire la « bonne » façon de faire de l'hypnose, mais bien un soubassement nécessaire pour ne pas se perdre, sans avoir où revenir à soi-même du moins.

Ainsi, nous n'avions pas à effectuer une césure mais plutôt une articulation épistémologique, notre formation initiale servait d'ancrage, de base sécurisante, à partir de laquelle nous pouvions nous lancer dans les arcanes de l'hypnose, et pouvoir revenir encore et en corps

comme la bobine du petit Ernst Freud. Nous devons donc non pas progresser mais « régresser jusque là, être installés dans la vie comme de tout petits bébés » comme le disait François Roustang lors une intervention publique filmée, tisser notre fil pour relier notre formation clinique initiale à l'hypnose et pouvoir jouer avec l'une, avec l'autre, avec les deux, mais toujours en sachant où se situer vis-à-vis de soi pour mieux aller à la rencontre du patient. « L'influence parce qu'elle est le symbole de cette passivité des passions qui fondent la réalité existentielle et conditionnent la communication. L'hypnose parce qu'elle est, pour le psychologue ou le somatologue, le moyen de faire l'expérience de cette passivité. Il apprendra à parler, et à laisser parler son animalité, après avoir laissé de côté toute tentative de maîtrise soit par la traversée de la confusion qui le fera parvenir au monde des perceptions subtiles et des impressions inscrites en son corps, soit par l'apprentissage de l'observation des signes par lesquels les vivants se disent leurs positions respectives et l'état de leurs relations» (Roustang, 1990). Pour ma part, j'ébauchais avec l'hypnose, une dialectique de familiarité mais également d'étrangeté. Je suis, en effet, sensibilisée aux contes, sagesses, et métaphores du fait de mon parcours personnel, mais également grâce à ces précieuses opportunités que j'ai eu, depuis la maîtrise, de collaborer avec des patients venant de différentes parties du monde, ainsi qu'avec des psychologues, psychanalystes et professionnels du soin somatique, mais aussi des interprètes formés à l'accueil des publics étrangers. Ces expériences m'ont permis d'enrichir ma pratique clinique et, grâce à eux, d'assouplir mon rapport, par trop abstrait et aseptisé, au mot dans la rencontre. Il me semble que spontanément les analogies, les images métaphoriques ont ce pouvoir de créer des ponts entre soi et l'autre, d'appréhender de plus près sur les versants intellectuel, émotionnel, mais aussi corporel ce que nos patients traversent, éprouvent, expriment et de pouvoir le partager dans cette tierce langue universelle, primaire. Je craignais néanmoins d'être perdue face à la technique, à cette crainte d'être potentiellement submergée peut-être sans pouvoir faire appel, in situ, au rempart théorique, aux mots, à la mise en sens, à l'interprétation possible, qui feraient notamment de moi celle qui peut guider et s'orienter, celle qui peut rassurer et contenir l'inattendu de la rencontre. « Le praticien est en quelque sorte invité de cette manière par le patient à franchir les frontières, jusque là étanches, de son univers subjectif. Mais, tout en considérant que ce qui vient à l'esprit du patient est en lien avec la problématique pour laquelle il consulte, l'hypnothérapeute doit se garder de transgresser les règles en vigueur dans cet univers qu'il ne connaît pas encore » (Bioy et Keller, 2009).

Sans doute, ai-je également été bousculée par le fait que la transe hypnotique paraissait se déployer au-delà de certaines limites, permettre un accès, de façon plus viscérale et primale

encore, à l'intime des patients, comme un retour aux sources, en-deçà des mots, aux sensations, dans le corps des patients et dans le mien. A ce sujet nous pouvons citer Roustang (1990) : « L'être humain peut en effet se rendre sensible à son animalité par l'expérience de l'hypnose, définie comme confusion si c'est l'intelligence discursive qui juge de son effet sur elle-même, ou comme ouverture à un mode nouveau de perception interne et externe si c'est le vivant qui expérimente : la concentration intense aura distrait de l'attention aux objets divers pour la faire porter sur des impressions enregistrées dans le corps. Anesthésie pour l'observateur savant, l'hypnose se révèle hyperesthésie pour celui qui en fait l'épreuve. Elle est thérapeutique parce qu'elle rétablit des circulations entravées par les isolations symptomatiques ». Cette démarche, bien que thérapeutique, me semblait donc, et me semble encore à l'heure où je tente de mettre la main sur les mots pour en rendre compte de la façon la moins alambiquée ou compromise possible, d'une extrême délicatesse, et ce, d'autant plus que le patient me paraissait plus vulnérable (ou peut-être était-ce moi) dans cet état modifié de conscience et que nous avons recours à la suggestion. En effet, nous pouvons ici faire référence à la question de l'influence, de la foi, de l'attente croyante, celle « qui guérit » pour reprendre Nathan, Charcot, ou Freud, comme celle qui mène possiblement à l'aliénation du patient. En effet, l'état hypnotique lui-même, bien que volontaire, induit une baisse du système défensif, une régression au stade des identifications primaires, une baisse de la part critique liée à la conscience, et ce, même si un « observateur interne » reste de garde dans la psyché du patient. L'hypnose, comme toute autre relation d'aide, peut être utilisée à des fins de soin dans le respect de la dignité du patient, de sa spécificité, de ses multiples représentations, de ses ressources, son ouverture et œuvrer à l'essor de sa vitalité, de sa créativité, tout en gardant ce même respect pour ses écueils, ses freins, ses limites.

Mais la pratique de l'hypnose, comme toute autre pratique de soin à la personne fragilisée, en souffrance, peut également faire l'objet d'un dévoiement si l'éthique n'est pas constamment préservée. Aussi, nous voyons, ici encore, à quel point il est fondamental que l'initiation à la pratique de l'hypnose soit proposée par et en direction de professionnels soumis au respect d'une éthique et d'un code de déontologie. Un proverbe targui me revient « ce qui se fait pour les autres, sans les autres, se fait contre les autres ». La place du patient doit être au cœur de la relation d'aide, comme nous l'avons vu dans la revue théorique autant que dans la partie clinique, il est essentiel de collaborer avec le patient, fixer les objectifs du soin ensemble, et se situer dans une responsabilité et un effort partagés vers ce but. Cependant, alors que je découvrais l'hypnose, à mesure des enseignements de ce D.U., de mes lectures et de ma pratique encore frêle, je constatais que l'efficacité de ce moyen thérapeutique revenait de

façon récurrente. Avant même de m'interroger sur le pourquoi, je me demandais comment...étions-nous dans une visée d'éradication du symptôme ? Y avait-il un modus operandi précis, une recette métaphorique préfabriquée à suivre à la lettre concernant tel ou tel symptôme, telle ou telle pathologie ? Où pouvait-on se situer entre « efficacité » quasi médicale et « guérison qui arrive de surcroît » pour paraphraser Freud ? « Assez paradoxalement, l'approche communicationnelle d'Erickson qui est la plus répandue dans le monde en ce qui concerne les techniques hypnotiques semble devenir de plus en plus symptomatique (Geary et Zeig, 2001 ; Burrows, Stanley et Bloom, 2001) avec la constitution d'outils « clefs en main » (Hammond, 2004) en contradiction, il faut bien le dire, de ce que souhaitait Erickson » (Bioy, 2011). Toutes ces interrogations m'amènent à me demander en hypnose, quelle est la place réservée à la richesse de la dynamique relationnelle patient-thérapeute mais également à celle que l'on réserve au symptôme dans l'économie psychique du patient ? En effet, je ne peux ici que rappeler qu'un symptôme est une construction intime, singulière, ne pouvant prendre sens qu'à la lumière de l'histoire du patient. C'est une parole sans mots de l'inconscient à l'adresse d'un « bon entendeur », que les thérapeutes, avant que de répondre à la demande/commande d'ablation, doivent accueillir et entendre en-deçà, dans sa polysémie. « Toutefois, lorsque nous acceptons de contenir une crise et de la transformer dans notre esprit, nous sommes déjà en train d'apprendre tout ce qu'elle est capable de dire, comme de son silence, car ce silence protège et soigne quand il laisse entendre le cri venu d'ailleurs » (Munyandamutsa, 2002). Car il ne s'agit pas d'un corps étranger mais bien du fruit douloureux naissant entre souffrance et jouissance inconsciente qui mène à la répétition. Aussi, la dimension du respect du patient dans sa diversité, y compris dans celle de sa souffrance, me semble importante à garder en tête dans cette relation thérapeutique spécifique que permet l'utilisation de l'hypnose tant du côté du patient, que de celui du thérapeute et à la jonction entre leur deux psychés. Ainsi, l'hypnose « permet de situer le lien entre hypnotiseur et hypnotisé dans une dynamique : celle de l'analogie. Cette figure du discours se noue précisément autour d'une « mise en correspondance » des deux psychismes concernés, sans possibilité de confusion de l'un avec l'autre. Eclairée par la structure même de l'analogie, la situation hypnotique peut alors se dégager des habituelles critiques qui lui sont opposées, en particulier celle de l'emprise à laquelle serait soumis le patient, sans possibilité pour lui de s'en saisir consciemment » (Bioy et Keller, 2009).

### **Apport de cette étude**

La thématique à laquelle j'ai choisi de m'intéresser dans ce travail, nous invite sans doute à nous interroger sur notre capacité, en tant que thérapeutes, à nous laisser aller à la rêverie, à la métaphorisation, à l'écoute « avec la troisième oreille » et à laisser s'inviter les « chimères » dans les allers-retours de la rencontre des psychismes du patient et de son thérapeute. Dans cet écrit clinique, nous voyons que nous ne sommes pas toujours en mesure d'accéder à notre créativité, à notre capacité de métaphorisation, de symbolisation, face à certains patients, ou à certains moments de la séance ou du suivi. Ceci dénote bien l'aspect éminemment dynamique de l'alliance thérapeutique dont les contours sont constamment redéfinis au cœur même de la séance ou dans son après-coup, et peuvent parfois même être restaurés suite à une rupture, pouvant parfois être expliquée par une réaction thérapeutique négative. Il pourrait d'ailleurs être intéressant d'effectuer un travail de recherche similaire, mais en comprenant cette fois une évaluation effectuée par le patient après chaque séance.

Mes premiers pas dans l'hypnose me suggèrent que, contrairement à l'approche clinique « classique » que j'avais jusqu'à présent avec les patients, je ne peux pas faire l'économie d'adopter un autre style d'écoute, beaucoup plus large, en étant disponible à ce qui se dit certes mais aussi ce qui se ressent, ce qui surgit de l'inattendu de la rencontre avec le patient.

On voit que pour les patients évoqués dans mon écrit, l'hypnose questionne la particularité de l'alliance thérapeutique, moins du point de vue de la collaboration, de l'ébauche commune des objectifs du projet thérapeutique, mais plus en terme relationnel, par rapport au transfert.

En effet, le transfert, dans l'approche clinique seule, peut être varié. De façon très schématique, lorsqu'un patient présente une structure de personnalité de type névrotique, nous nous trouvons face à un transfert dans la séance qui remet en jeu les relations de l'enfance généralement vis-à-vis des figures parentales. Le travail ne porte donc que peu sur les stades très précoces, avant les conflits des identifications secondaires. Lorsque les patients présentent une organisation limite ou psychotique, « l'analyste devra recevoir les coups de boutoir des projections identificatoires émanant d'un moi clivé : c'est dans ces conditions et à lui qu'il appartiendra plus qu'à la mère des origines de répondre par la " rêverie » au sens de Bion : il lui faudra construire des métaphores parlantes pour (ré)animer ces formes de survie qui ont aussi besoin de la réassurance par la constance ferme et bienveillante de l'objet extérieur fétichisé » (Lebovici, 1987). Cependant, dans les situations de ces patients, je décris une relation transférentielle renvoyant à une identification primaire au patient, une régression à un stade préobjectal, aux sensations engrammées avant les mots. « Le concept d'espace psychique commun et partagé de Kaës (2002) semble à penser au plus près de ce que Searles (1979) a appelé *la zone de symbiose fonctionnelle* dans la cure, quand symptômes et images

transférentielles, pour se résoudre, doivent passer par cette phase où ils prennent la valeur d'objets transitionnels à la fois pour le patient et pour l'analyste ». Searles considère comme thérapeutique la capacité symbiotique car elle répondrait au désir inconscient de servir d'objet complémentaire pour un autre. Searles conclut que : « Personne n'est pleinement un individu, ne devient pleinement *mature* au point d'avoir perdu la capacité de relation symbiotique qu'il a eue autrefois ». Le processus d'individuation demeure toujours dynamique, transitant entre phases symbiotiques et périodes de réindividuation. Ceci converge vers la réflexion de Bioy : « il s'agirait alors pour le praticien d'accepter un « transfert immédiat », également appelé « transfert direct » par Freud, c'est-à-dire un transfert archaïque, quasi anobjectal. Dans cette situation, ce qui est recherché est la fusion avec les imagos parentaux, les deux n'étant mobilisables pour le sujet, qu'en référence à la problématique œdipienne » (Bioy et Keller, 2009).

Dans cette perspective, nous pouvons nous expliquer la rencontre des enveloppes psychiques, à travers les émergences métaphoriques communes, comme préalable nécessaire, afin d'accéder à un processus d'individuation-séparation conduisant à *l'indépendance finale du sujet*, tel que Freud (1932) en fait le but de la cure. Ainsi, c'est la rencontre des rêveries croisées dans la cure qui, à travers ce holding métaphorique en séance, permet d'accéder à l'expérience de l'enveloppe psychique partagée, mais aussi la représentation de ses contours, afin de rendre atteignable l'objectif co-établi de la thérapie (Lévy, 2007).

Lorsque le patient génère en moi un mouvement empathique, qu'il vienne spontanément ou soit « désintoxiqué » pour reprendre les termes de Bion, par la mise en réflexion (nous avons pu voir dans le cas de Nadège, qu'avant de débiter l'hypnose, je reconnais les affects négatifs présents dans mon contre-transfert, afin que le processus de la rencontre soit peut-être moins « court-circuité »), je suis rapidement dans un état de flottement, un état hypnoïde concomitant, comme le rappelle Mazevet (2011), à celui du patient qui entre peu à peu en transe hypnotique. De cet état découle une mise en contact de mon psychisme et de celui du patient, une sorte de porosité laissant voyager les représentations de l'un à l'autre. Ceci renvoie, bien sûr, à un mode relationnel archaïque, je suis donc disponible pour « revivre les intuitions fondamentales, sans doute appuyées sur l'écoute et l'expérience; celle des identifications empathiques » (Lebovici, 1987). Par identification empathique, par « éraction » (Lebovici, 1994), je me trouve donc en mesure d'accéder plus aisément à la métaphorisation étayée par mon éprouvé contre-transférentiel. Mes observations peuvent, en cela, trouver écho avec la redéfinition, au regard de l'approche hypnotique, de Bioy et Keller (2009) pour qui « l'empathie est considérée en tant que processus, et non en tant qu'attitude, à

l'inverse de ce qui est annoncé dans l'approche éricksonnienne. Dans ce champ particulier du traitement psychothérapeutique par l'hypnose (...), l'empathie peut donc être définie comme un engagement relationnel situé à mi-chemin entre, 1/ une reconnaissance compréhensive de la souffrance décrite par autrui, et 2/ un engagement transférentiel dans le projet commun d'atténuation de cette souffrance. Bien que complexe, cette définition a le mérite de pouvoir être traduite du point de vue de la métapsychologie et du point de vue de la psychologie clinique ».

Mon écrit cherchait à éclairer deux hypothèses. La première postulant que la qualité de l'alliance thérapeutique influençait la métaphorisation entre patient et thérapeute, et donc, que plus l'alliance thérapeutique serait de bonne qualité, plus la co-création métaphorique serait facilitée.

Une seconde hypothèse portait sur le rôle de la relation transféro-contre-transférentielle dans la transe hypnotique. Je postulais donc que l'installation du transfert dans la relation hypnotique, permettrait à l'alliance thérapeutique de s'enrichir en termes émotionnel, et concourrait de ce fait à faciliter le processus de métaphorisation.

Ce travail tend à montrer que l'alliance thérapeutique en hypnose clinique, reposerait en effet sur des objectifs de travail clairs, élaborés dans le cadre d'une collaboration active entre patient et thérapeute.

Sur le plan relationnel, plus l'hypnothérapeute témoigne d'une implication émotionnelle authentique dans la rencontre du patient, plus il engage une dynamique transférentielle de type « immédiat », prenant appui sur l'« énonction » ou « empathie métaphorisante » en référence à Serge Lebovici, et plus ce processus permet l'émergence de métaphores co-créées durant la séance. Utilisées en hypnothérapie, ces métaphores co-construites induisent de nouvelles capacités représentatives, qui vont permettre au patient de réélaborer son histoire. C'est dans la mise en sens de cette nouvelle vision et narration de soi que la chaîne associative du patient peut se remettre en mouvement et être porteuse de nouvelles symbolisations et, à terme, d'un mieux-être.

# **CONCLUSION**

Dans cet écrit, j'ai tenté de relater, de façon parcellaire, les premières séances d'hypnose proposées à certains patients dans le cadre institutionnel où j'exerce en tant que psychologue clinicienne en Seine-Saint-Denis.

Ces extraits de ma pratique clinique, confrontés à la théorie, tendent à montrer qu'il semble nécessaire, de reconnaître la particularité de l'hypnothérapie au niveau des définitions données, dans d'autres approches thérapeutiques, à l'empathie, au transfert et contre-transfert, et donc à la part relationnelle de l'alliance thérapeutique.

En effet, l'hypnose plonge dans un même bain celui qui consulte, et celui qui la pratique, l'hypnothérapeute étant lui-même dans un état hypnoïde durant le temps de la séance. Comme le souligne Collot (2011), « la transe en ce qu'elle potentialise la présence suggère la nécessité d'une ouverture et d'une cohérence avec le tout, un besoin de se relier », et la rencontre patient-thérapeute, au-delà de sa dimension formelle, objective, se déroule également dans l'intra et l'intersubjectivité, l'intra et l'interpsychique.

Ainsi, la relation thérapeutique permet l'accès à un élan empathique, qui, lorsqu'il est émotionnellement authentique, et que thérapeute et patient sont tous deux engagés dans une dynamique commune visant au mieux-être du patient, a pour effet de mettre en résonance les deux psychismes en présence, dans un transfert qualifié d'immédiat (Bioy et Keller, 2009).

De cette façon, les métaphores qui émergent n'arrivent pas ex-nihilo, elles sont co-construites sur la base des échanges précédents la transe (les éléments verbaux et non verbaux se sédimentent durant le suivi thérapeutique aux niveaux conscient, préconscient et inconscient du thérapeute) et sont nourries, se déploient durant ce processus. Comme l'a fait remarquer De M'Uzan, à propos des interprétations du psychanalyste, assimilées à une greffe, nous pourrions dire que l'analogie ou la métaphore doit avoir été comme conçue par le patient, « sinon elle se fait passion que la tendresse du patient ne peut tolérer » (Cupa, 2006).

Aussi, lorsqu'une métaphore trouve écho chez le patient et le thérapeute, elle leur parle une tierce langue transitionnelle, et produit un effet thérapeutique, parce qu'elle réussit à réanimer quelque chose qui était déjà présent dans le psychisme et le corps du patient. On saisit alors à quel point « l'accord entre les deux partenaires du couple thérapeutique est important, quand bien même le couple n'a qu'un seul objet : l'inconscient de l'analysant rêvé par l'appareil psychique de l'analyste » (Green, 1987).

Cette rencontre particulière que permet l'hypnose se fonde donc sur les aspects techniques certes, mais aussi sur l'incertitude, voire l'inquiétante étrangeté que peut induire ce vacillement, chez les deux protagonistes, ressenti dans le corps et l'esprit, au sein de cette communication inter-psychique décuplée durant la transe.

L'hypnose m'apparaît donc être, comme je l'ai souvent entendu cette année, un pas de côté, un changement de perspective, un changement de cadrage permettant le passage d'un zoom à un panoramique sur les difficultés mais aussi les ressources mobilisables (émotionnelles, corporelles, et psychiques) chez le patient, et au cœur de la relation que nous tissons avec lui. Dans ce travail, j'ai, en effet, mis en exergue un certain nombre d'éléments inhérents à la pratique du psychothérapeute, (de techniques et d'ajustement au patient, de collaboration, de présence et d'attitudes) favorisant, probablement conjointement, l'instauration, la qualité et l'évolution de l'alliance thérapeutique, comme autant d'ingrédients qui, singulièrement dosés, permettent alors à la rencontre de se produire et se poursuivre.

Aussi, eu égard à la diversité des patients rencontrés, au polymorphisme de leurs difficultés, aux multiples mondes représentationnels qu'ils portent et à notre propre diversité interne, il apparaît donc nécessaire de ne pas hypostasier tel ou tel éclairage théorique, telle ou telle approche thérapeutique, et de poursuivre, déontologiquement, notre cheminement propre, afin d'enrichir continuellement notre regard, notre compréhension, notre curiosité, et notre capacité d'accueil et de rencontre avec soi, avec l'autre et avec la vie. « De tout cela découle le principe de la modification dans une psychothérapie. Elle n'aura lieu que dans la relation et par la relation. Celle-ci se situe au niveau de l'animalité humaine, c'est-à-dire de l'état hypnotique, qui n'est pas seulement le lot du patient, mais également du thérapeute. Le symptôme relationnel n'étant qu'une isolation d'éléments qui doivent être ramenés à la fluidité de la communication, il faudra que le thérapeute le reçoive d'abord en lui, qu'il se prête au jeu de la relation symptomatique et qu'il opère en lui la modification nécessaire, c'est-à-dire qu'il change, pour lui-même, ce qui est subi dans la fatalité en trait d'une histoire et d'une liberté. Il pourra alors, et alors seulement, proposer au patient une nouvelle relation modifiée ou le provoquer à en devenir l'acteur » (Roustang, 1990).

Ainsi, grâce aux enseignements, aux rencontres faites dans le cadre de ce Diplôme Universitaire, et à mes rencontres cliniques, j'aspire, en me remettant régulièrement en question et en me laissant surprendre, à demeurer vivante et créative dans ma pratique clinique et à devenir, en m'appropriant toujours plus cette approche, praticienne en hypnose. Nous sommes, après tout, des « allant-devenant » comme le disait Dolto, aussi, cette formation m'a permis d'acquérir les bases qui serviront à étoffer, faire évoluer ma pratique de façon plurielle, et à changer sur le chemin des rencontres cliniques avec cette boussole en plus qu'est l'hypnose.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## Bibliographie

Abraham N. et Török M., *L'Ecorce et le Noyau*, Paris, Aubier-Flammarion, 1978.

Ackerman S.J., Hilsenroth M.J. (2003). "A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance", *Clin. Psychol. Rev.*, février. **23** (1), 1-33. Synthèse d'études.

Anzieu D., « Le moi-peau », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, **9**, 1974, 195-208.

Anzieu D., « L'enveloppe sonore du soi », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, **13**, 1976, 161-190.

Assoun Paul-Laurent, « Métaphore et métapsychologie. La raison métaphorique chez Freud », *Figures de la psychanalyse*, 2005/1 no**11**, p. 19-31.

Baillargeon P., Pinsof W.M., Leduc A., « L'alliance thérapeutique: la création et la progression du lien » *Revue européenne de psychologie appliquée*, 2005.

Barthélémy S, Gimenez G. « L'hypnose ou la médiation par l'image ». *L'Evolution Psychiatrique*. Juillet 2013.

Battachi W. M. « Une contribution à la psychologie des émotions : l'enfant humilié ». In: *Enfance*. Tome **46**, n°1, 1993. pp. 21-26.

Bion W.R., *Aux sources de l'expérience*. Paris. PUF, 1962.

Bioy A. « L'oubli de la dimension relationnelle en hypnose : quelles incidences ? » in *L'alliance thérapeutique* sous la direction de E. Collot, Paris, Dunod, 2011.

Bioy A. et Keller P-H., *Hypnose clinique et principe d'analogie. Fondements d'une pratique psychothérapeutique*. ed. De Boeck, 2009.

Boissière A., « Interprétation et expérience vécue dans Le Moïse de Michel-Ange : Freud et Theodor Reik ». *Savoirs et Clinique* n°7, janvier 2006.

Bordin E.S. (1979). « The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance », *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

Bowlby J., « Maternal care and mental health », *WHO*, Monograph n°2, Genève, World Health Organization, 1951.

Chartier J.P., *Les adolescents difficiles. Psychanalyse et éducation spécialisée*. Paris, Dunod, 247 p. 1997.

Chiland, C., *L'entretien clinique*, Paris, PUF, 1983.

Collot E. « La transe comme forme d'alliance thérapeutique » in *L'alliance thérapeutique* sous la direction de E. Collot, Paris, Dunod, 2011.

Cupa D., « Tendresse au négatif », in *L'affect, d'un corps à l'autre, Champ psychosomatique*, 2006/1 (n°41).

Cupa D., « Une topologie de la sensualité : le Moi-peau », *Revue Française de Psychosomatique*. 2006/1 (n°29).

Cupa D. et Tapia C. « Tendresse et cruauté, L'univers des pulsions selon la psychanalyse », *Le journal des psychologues* 2007/9, (n°252), p. 51-56.

Cyrulnik B., *De chair et d'âme*, Paris, Odile Jacob, 2006.

Danon-Boileau Laurent, « La force du langage », *Revue française de psychanalyse*, 2007/5 Vol. 71, p. 1341-1409.

De Cety J., « L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui ? », in Berthoz A. et Jorland G., *L'Empathie*, Paris, Odile Jacob, 2004.

De M'Uzan M. *La bouche de l'inconscient*, Gallimard, Paris, 1994.

De M'Uzan et al. *La chimère des inconscients. Débat avec Michel de M'Uzan*. Petite Bibliothèque de Psychanalyse. Paris. PUF, 2008.

De Roten Y., Fisher M., Drapeau M., Beretta V., Kramer U., Favre N. et Despland J.N. (2004). « Is one assessment enough ? Patterns of early alliance development and outcome », *Clinical Psychology et Psychotherapy*, 11 (5), 324-331.

De Roten Y., « L'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ? » in *L'alliance thérapeutique* sous la direction de Collot E. Paris, Dunod, 2011.

Diatkine G., « La capacité de rêverie de la mère et la psychanalyse », *Revue Française de Psychanalyse*, Juillet-Septembre 1987, Tome 5, Paris PUF.

Duruz, N. *Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes d'une analyse comparative*. Paris et Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1994.

Fain M., « Prélude à la vie fantasmatique », *Revue française de Psychanalyse*, 1971, XXXV, 291-364.

Fédida P. (1988). (Intervention de Paula Heimann au congrès de Zurich, 1949, cité par Fédida) « L'angoisse dans le contre-transfert », *Topique*, 41, p 11 (cité par Chartier, 97)

Fenichel O., « *Identification* » (1926), cité par G.W. Pigman, *Freud and the history of empathy*.

Ferenczi Sandor *Transfert et introjection*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1968.

Ferenczi Sandor., *Journal clinique* (1932), tr. fr., Paris, Payot, 1985.

Fivaz-Depeursinge E. et Corboz-Warnery A. (2001), « Du couple à la famille : l'alliance prénatale annonce-t-elle le devenir de la famille ? » *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, **27**.

Fraiberg S., *Fantômes dans la chambre d'enfants*, coll. Le fil Rouge, Paris, PUF, 1989.

Freud, S. (1932). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, trad. fr. Paris, Gallimard, 1984.

Freud S., (1937) *Construction en analyse, Résultats, idées, problèmes*, Paris, P.U.F.

Freud S. (1910). *De la technique psychanalytique*. Paris, PUF, 1981.

Freud S., *Psychologie des masses et analyse du moi* (1921), Standard Edition, t.**18**, tr. fr., Œuvres complètes, t.**19**, Paris, PUF, 1991.

Lévy K. et Sturm G., « Tissage de l'alliance thérapeutique en consultation transculturelle : quelques fils », *Champ psychosomatique*, janvier 2002, n°**25**.

Lipps T. (1903), cité in Jahoda G., « Theodor Lipps and the shift from sympathy to empathy ». *Journal of the History of the Behavioral Sciences* Volume **41**, Issue 2, pages 151–163, 2005.

Gaddini E., « De l'imitation », *Revue Française de Psychanalyse*, L II, 4. 1969.

Gaston L. « The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations », *Psychotherapy*, 1990, **27** (2), 143-153.

Green A. « La capacité de rêverie et le mythe étiologique », *Revue Française de Psychanalyse*, Juillet-Septembre 1987. Tome **5**, Paris PUF.

Green A. (2002) « *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine* », Paris, PUF.

Greenson R.R. « The working alliance and the transference neurosis », *Psychoanalytic Quarterly*, 1965, 34, p.155-181.

Guedeney N. et A., *L'attachement. Concept et application*. Paris, éd. Masson, 2002.

Haag G., « Discussion », in Lacroix M.-B., Montmayrant M. et col., *Enfants terribles, enfants féroces*, Erès, Ramonville Saint-Agne, p.28, 2000.

Haynal A. et Falzeder E., « L'empathie, la pratique clinique dans les années 1920 » et le « Journal clinique de Ferenczi », *Psychothérapie*, **2**, 1995, p.72-80.

Harlow H.F., « Age-mate or affectional system », in D. Lehrman, R. Hinde, E. Shaw (eds), *Advances in the study of behavior*, New York, Academic Press, vol.2, 1969, p. 334-383.

Heraudet J. « Le Squiggle comme médiation » <http://www.jdheraudet.com> ©2008.

- Hochmann Jacques *Une histoire de l'empathie*. éd. Odile Jacob, 2012.
- Homayounpour G. *Une psychanalyste à Téhéran*. éd. Bayard, 2013.
- Horvath A.O. et Bedi R.P. (1991). « Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : a meta-analyses », *Journal of Counseling Psychology*, **38**, 139-149.
- Houzel D. (1991), "L'exigence de continuité", *Nervure*, IV, **3**, pp. 26-28.
- Hume D. *A Treatise of Human Nature* (1739), t. **2**, Glasgow, William Collins , 1962.
- Israël P. « Malaise dans la pratique. La capacité de rêverie de la mère : pourquoi faire? », *Revue Française de Psychanalyse*, Juillet-Septembre 1987. Tome **5**, Paris PUF.
- Jeammet PH. et Corcos M., *Evolution des problématiques à l'adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagements*. Doin éditeurs. Référence en psychiatrie p. 94, 2001.
- Kaës, R., *La polyphonie du rêve*, Paris, Dunod, 2002.
- Kohut H., *How Does Analysis Cure?*, Chicago, University of Chicago Press, 1984.
- Konicheckis A., (2002), « Modalités du lien dans la clinique au quotidien : des identifications à la crèche », in Marty F. et col. *Le lien et quelques unes de ses figures*, pp. 215-232.
- Kreisler L., Fain M. et Soulé M., *L'enfant et son corps : études sur la clinique psychosomatique du jeune âge*. Paris, PUF, 1974.
- Laplanche J. et Pontalis J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967 (1<sup>ère</sup> version).
- Le Bon G., *Psychologie des foules*, Paris, Félix Alcan, 1895.
- Le Camus J., « L'attachement, une théorie à redécouvrir et à parachever », *Psychiatrie de l'enfant*, **37**, 2, 659-683, 1994.
- Lebovici S. « Le psychanalyste et la capacité à la rêverie de la mère », *Revue Française de Psychanalyse*, Juillet-Septembre 1987. Tome **5**, Paris PUF.
- Lebovici S., « La relation objectale chez l'enfant », *La psychiatrie de l'enfant*, vol.III, p.p. 147-225, 1961.
- Lebovici S., (1994) «Empathie et "énactment" dans le travail du contre-transfert», *Revue Française de Psychanalyse*, LVIII, N°spécial congrès, pp. 1551 à1561.
- Lebovici S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, Paris, Le Centurion, 1983.
- Le Gouès G., « La métaphorisation : un temps pour la pensée », *Revue Française de Psychanalyse*, **54**, Novembre-Décembre 1990.Paris, PUF.
- Levinas E., *Autrement qu'être ou Au-delà de l'essence*, Paris, Le livre de poche, 2004.

- Lévy G., « Le transfert de pensées en séance », *Le Coq-héron*, 2007/4 n° 191, p. 59-63.
- Luborsky L., « Helping alliances in psychotherapy: The grounded work for a study of their relationship to its outcome », in Claghorn J.L. (éd.), *Successful Psychotherapy* (p. 92-116), New York, Brunner et Mazel, 1976.
- Mellier D., (2002), *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Dunod éd., Paris.
- Mills J. et Crowley R. (1995) *Métaphores thérapeutiques pour enfants*. Ed. Broché.
- Mitchell K.M., Bozarth J.D. et Krauft C.C. (1977). “ Reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non-possessive warmth, and genuineness”, in A.S. Gurman et A.M. Razin (éd.), *Effective Psychotherapy* (p.62-84), New York, Pergamon, Press.
- Munyandamutsa N. « Les mots pour y échapper ou agir pour le dire » *Le Journal des psychologues*. 2002, n° 194, p. 44-48.
- Neyraut M., *Le transfert*, Paris, PUF, 1974.
- Petot J.M., « Le transfert psychanalytique entre les illusions narcissiques du rapport magnétique et les réalités observables de l’alliance thérapeutique » in *L’alliance thérapeutique*, sous la direction de Collot E, Dunod, Paris, 2011.
- Piper W.E., Ogradniczuk J.S., Joyce A.S., McCallum M., Rosie J.S., O’Kelly J.G. et Steinberg P.I. (1999). « Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy », *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, **36**, 114-122.
- Press J. « Avatars du spectre d’identité en psychosomatique » in De M’Uzan et al. *La chimère des inconscients. Débat avec Michel de M’Uzan*. Petite Bibliothèque de Psychanalyse. Paris. PUF, 2008.
- Rabain J.F., « Psychodrame psychanalytique et « empathie métaphorisante » », *Champ psy*, 2001/3 no 23, p. 69-84.
- Rabain J. F. « L’empathie maternelle de Winnicott ». *Revue Française de Psychanalyse*. Mars 2003, vol.68. PUF.
- Reik T., *Le psychologue surpris, Deviner et comprendre les processus inconscients*, préface d’Elisabeth Roudinesco, traduit de l’allemand par Denise Berger, Paris, Denoël, 1976, nouvelle édition 2001.
- Reik T., *Écouter avec la troisième oreille. L’expérience intérieure d’un psychanalyste*, traduit de l’anglais par Edith Ochs, préface de Jacques Sédat, Paris, Tchou, Bibliothèque des introuvables, 2002.
- Rogers C., Dymond R.F., *Psychotherapy and Personality Change*, Chicago, The Chicago University Press, 1954.
- Rogers C., Kinget M., *Psychothérapie et relations humaines*, Paris, Editions Béatrice-Nauwelaerts, 1962.

- Rogers C., Gendlin E., Kiesler D., Truaw C., *The Therapeutic Relationship with Schizophrenics*, Madison, The University of Wisconsin Press, 1967.
- Roussillon R., *Agonie, Clivage et symbolisation*, Paris, PUF, 1999.
- Roustang F., « *Il suffit d'un geste* », Paris, Odile Jacob, 2003.
- Roustang F., « *Influence* », Paris, les éditions de Minuit, 1990.
- Safran J.D. et Muran J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance*, New York, Guilford Press.
- Sandler J., Dare C. et Holder A., *Le Patient et le Psychanalyste*, Paris, PUF, 1975.
- Searles, H., *Le contre-transfert*, trad. fr., Paris, Gallimard, 1979.
- Smirnoff V., « Le contre-transfert : maladie infantile de l'analyste », *Topique*, **30**, p.40 E.P.I, 1982.
- Spitz R., « Anaclitic depression », *Psychoanalytic Study of the Child*, II, New York, International University Press, 1946.
- Stiles W.B., « Signs and voices in psychotherapy », *Psychotherapy Research*, 9 (1), 1-21, 1999.
- Tardos A., Appel G., *Prendre soin d'un jeune enfant*, Erès éd., Ramonville Saint-Agne, 1998.
- Tisseron S., *Fragment d'une analyse empathique*, ed. Albin Michel, 2013.
- Vasconcellos-Bernstein D. « De la responsabilité du clinicien. Instaurer l'alliance thérapeutique », *Le Journal Des Psychologues*, Juillet 2013, n°**310**.
- Virel A. « *Les Univers de l'Imaginaire* », éditions de l'Arbre Vert, Paris, 2000.
- Virot C., « L'alliance thérapeutique devant les sciences objectives ; Hypnose et théorie quantique : la bonne longueur d'onde » in Edouard Collot *L'alliance thérapeutique*, Paris. Dunod, 2011.
- Widlöcher D., *Freud et le problème du changement*, Paris, PUF, 1970.
- Widlöcher D., « Affect et empathie », *Revue Française de Psychanalyse*, n°1, 1999.
- Winnicott D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1954.
- Winnicott D.W. (1967), *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, 1988.
- Winnicott D.W. (1947-1949). « La haine dans le contre-transfert ». *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 2<sup>ème</sup> éd. Revue et augmentée, Paris, Payot, 1989 (1<sup>ère</sup> éd. 1969).

Winnicott D. W., "Intégration du moi au cours du développement de l'enfant", in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, p. 9-18, 1962/1970.

Winnicott D.W., *La consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard, 1971.

Winnicott D.W. (1975), *Jeu et réalité*, Folio essais, Paris, 2002.

Zetzel E.R., « Current concepts of transference », *International Journal of Psycho-Analysis*, **37**,369-376, 1956.

Nom : Ouddak    Prénom : Sabrina  
Adresse :

Année Universitaire : 2013 / 2014

Tél. :

Diplôme Universitaire « Hypnothérapie »

Responsable du Diplôme Universitaire: Monsieur Antoine Bioy

TITRE : Alliance thérapeutique et métaphorisation en hypnothérapie

### RESUME

Ce travail s'intéresse à l'alliance thérapeutique en situation d'hypnose clinique, en s'interrogeant sur sa particularité potentielle, et sur l'analyse de la dialectique transférentielle, mise en rapport avec le processus de métaphorisation.

Afin d'éprouver ces interrogations, j'ai entrepris de relater quelques séances d'hypnose réalisées en collaboration avec de jeunes adultes bénéficiant d'un accompagnement thérapeutique au Point Ecoute Jeunes de Rosny-Sous-Bois.

L'objectif était donc d'apprécier si, dans la transe hypnotique, les échanges étant fondés sur les métaphores, la qualité de l'alliance thérapeutique avec le patient, allait influencer la capacité de métaphorisation. Je voulais savoir s'il s'agirait de co-création métaphorique, à travers l'émergence de certaines images ou analogies basées sur le dialogue conscient et inconscient (verbal et non-verbal) entre le patient et moi.

Les résultats suggèrent que l'alliance thérapeutique en hypnose, reposerait en effet d'une part, sur des objectifs de travail élaborés dans le cadre d'une collaboration active entre patient et thérapeute. D'autre part, au regard de l'aspect relationnel de l'alliance, plus l'hypnothérapeute témoigne d'une implication émotionnelle authentique dans la rencontre du patient, plus il engage une dynamique transférentielle de type « immédiat », prenant appui l'« empathie métaphorisante », et plus ce processus permet l'émergence de métaphores co-créées durant la séance.

Ceci convergerait donc vers les constats de plusieurs auteurs s'étant notamment intéressés à la dimension relationnelle patient-thérapeute en hypnose.

MOTS CLES : Alliance thérapeutique, Métaphorisation, Hypnose, Empathie, Transfert.