

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>

Lachèze Sandrine
Psychologue clinicienne
N° étudiant : 27001058
DU Hypnothérapie
Année 2014-2015



Apports et intégration de l'hypnothérapie dans la prise en charge
psychothérapeutique d'une patiente présentant une anxiété
généralisée avec attaques de panique

Table des matières

Remerciements.....	3
Introduction	4
Revue théorique.....	6
1. Les troubles anxieux.....	6
2. Hypnose et troubles anxieux	8
a)- Historique	8
b)- Déroulement des séances	9
c)- Les techniques d'induction	9
d)- Le modèle tridimensionnel.....	11
e)- Stabilisation et renforcement du Moi/Traitement des causes du problème.....	15
f)- Autres exercices	15
3. Hypnose et renforcement du Moi	18
a)- La technique de renforcement du Moi de Hartland.....	18
b)- La pyramide de l'estime de soi	19
c)- Les différentes approches de Stanton	19
d)- Métaphores diverses	20
e)- Utilisation d'enregistrements et techniques de régression	21
Problématique	22
Présentation.....	23
Résultats et données cliniques	26
1. Déroulé des entretiens	26
1 ^{ère} séance d'hypnose	26
Seconde séance d'hypnose.....	30
3 ^{ème} séance d'hypnose	32
4 ^{ème} séance d'hypnose	35
5 ^{ème} séance d'hypnose	37
6 ^{ème} séance d'hypnose	40
2. Observations cliniques.....	42
Discussion théorico-clinique	46
1. Rappel de la problématique.....	46
2. Confrontation des observations à la problématique.....	46
3. Discussion éthique	50
4. Apport de l'étude.....	52
Conclusion.....	53
Bibliographie	55

Remerciements

Je remercie en premier lieu ma patiente, Madame N. pour avoir accepté de faire l'objet d'une étude de cas dans le cadre de ce mémoire.

Je remercie tous les intervenants du DU pour la qualité et la diversité des enseignements dont ils nous ont fait part.

Je remercie également Mr Bioy, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement dans ce travail.

Je remercie mes correcteurs d'orthographe personnels qui font toujours preuve d'une patience infaillible à toute épreuve, ainsi que les personnes m'ayant soutenue dans mon travail tout au long de l'année.

Pour finir, je remercie mes « cobayes » qui m'ont permis de commencer l'hypnose et d'avoir suffisamment confiance en ma pratique pour la développer rapidement sur mon lieu de travail.

Introduction

Pouvoir, rêve, sommeil profond, découverte d'un autre monde interne, voyage, relaxation, bien-être mais aussi manipulation des foules, oubli, spectacle, abus ... une pratique teintée de mystère pour laquelle les qualificatifs (qu'ils soient positifs ou négatifs) sont infinis.

Partageant les croyances collectives pour l'hypnose, celle-ci m'a tout d'abord fascinée par son aspect magique.

Puis, ayant eu une première expérience professionnelle en milieu hospitalier, notamment en soins palliatifs, et surtout me retrouvant face à des patients qui ne pouvaient plus communiquer tellement les prises médicamenteuses étaient importantes (que ce soit pour soulager des souffrances physiques mais aussi psychologiques), je me suis questionnée sur les approches non médicamenteuses qui pourraient être utilisées afin de mettre en avant les aspects relationnels dans les prises en charge.

Au-delà d'une interrogation sur le positionnement vis-à-vis du soulagement de la douleur physique, l'angoisse pouvant être suscitée par des soins difficiles ou par l'évolution de la maladie physique venait également me questionner. En effet, bien souvent, celle-ci envahissait le patient de manière très violente et face à cela, les personnes demandaient bien souvent à être endormies afin de ne plus penser. On se rendait cependant compte qu'à leur réveil, la plupart des patients n'avaient pas eu un sommeil apaisant « réparateur » mais avaient plutôt fait des cauchemars, les maintenant dans un état d'anxiété permanent.

On pouvait donc se demander si finalement, un accès à l'imaginaire, une focalisation différente de l'attention par rapport à une problématique particulière, n'aurait pas pu permettre de répondre à la demande du patient de manière adéquate, sans pour autant induire une situation où celui-ci serait totalement endormi, venant pratiquement mettre fin aux échanges relationnels et n'ayant finalement pas pour effet de réduire l'anxiété.

J'avais toujours pensé faire une formation d'hypnothérapeute et mes différentes recherches m'ont donc confortée dans ce choix puisque cela paraissait être un outil approprié allant dans le sens de mes réflexions.

Je découvre aujourd'hui l'étendue de la pratique de l'hypnose qui ne s'arrête pas à son utilité dans la sphère médicale. Il se trouve que les demandes vis-à-vis de cet outil sont également de plus en plus importantes : en effet, dans ma pratique en cabinet libéral, je m'aperçois que les personnes, bien souvent après avoir consulté différents professionnels, sans amélioration de leurs symptômes, se tournent vers de nouvelles méthodes pour soulager leurs maux. Il semble que cela soit d'autant plus vrai lorsque la souffrance psychique provoque des symptômes d'ordre physique.

Dans ce sens, nous pouvons prendre l'exemple des troubles anxieux qui sont rencontrés fréquemment chez les patients (certains auteurs parlent de 50% des personnes qui consultent un psychologue clinicien en libéral). 15% des personnes âgées de 18 à 65 ans présentent sur l'année un trouble anxieux et 21% de ces mêmes personnes en présenteront au moins un au cours de leur vie*. Globalement, la fréquence de

présentation de ces troubles est plus élevée chez la femme que chez l'homme. On peut donc voir l'étendue importante de ce trouble dans la population générale et il est important de souligner les impacts considérables qu'il va avoir sur le quotidien des personnes, venant parfois totalement bouleverser leur mode de vie. Cela va donc entraîner chez les patients une demande de soulagement rapide par rapport à leurs symptômes, et bien souvent la première réponse qui va leur être donnée passe par le traitement médicamenteux (souvent prescrit par le médecin généraliste).

Depuis les années 1990, de nombreux travaux soulignent le niveau de consommation élevé de médicaments psychotropes par les français, en particulier des anxiolytiques et des hypnotiques principalement représentés par les benzodiazépines. En 2009, la France est le deuxième plus grand consommateur européen de ces médicaments. Il est important de souligner que ces traitements vont avoir des effets secondaires considérables sur les patients : perte de mémoire, troubles du comportement, altération de l'état de conscience et des fonctions psychomotrices ; et ce d'autant plus que dans 20 % des cas, ils sont associés à des antidépresseurs*. Un risque de dépendance physique et psychique existe également avec une fréquence de réapparition des troubles anxieux lors de l'arrêt du traitement. On peut donc penser qu'une approche globale du patient doit être privilégiée. Différents types de prises en charge psychothérapeutiques (thérapies cognitivo-comportementales, thérapies d'inspiration analytique, psychothérapie intégrative, etc.) vont permettre une réduction des troubles anxieux chez les patients. L'hypnose, alliant le corps et « l'esprit », peut être utilisée comme un outil dans ces prises en charge. En agissant sur le rythme cardiaque et respiratoire, l'hypnose va permettre un état de détente, de relaxation chez la personne (Smaga, 2010). Elle a donc un effet anxiolytique. Cet état va être accompagné d'une focalisation différente de l'attention, avec un rôle central de l'imaginaire, permettant d'appréhender différemment ce qui est vécu. Selon Varma (2012), « l'hypnose se révèle indispensable pour l'exploration et pour le traitement des causes des troubles anxieux ».

L'hypnose semble donc être un outil permettant de traiter les troubles anxieux dans leur globalité, en permettant parfois la diminution voire l'arrêt des traitements médicamenteux.

Nous allons donc tout d'abord nous intéresser aux écrits réalisés concernant la prise en charge des troubles anxieux par l'hypnothérapie.

Revue théorique

1. Les troubles anxieux

Contrairement à l'anxiété qui est une réaction normale face à certaines situations, les troubles anxieux sont diagnostiqués lorsque les symptômes présents créent chez le patient une détresse significative et un certain niveau de dysfonctionnement dans la vie quotidienne.

Selon le DSM IV, les troubles anxieux regroupent les pathologies suivantes :

- Le trouble anxieux généralisé est caractérisé par une période d'anxiété persistante d'au moins 6 mois pendant lesquels la personne est envahie par tout type de préoccupations excessives concernant la plupart du temps des éléments de la vie quotidienne. Il est caractérisé par des soucis incontrôlables et disproportionnés en regard de l'impact réel des événements redoutés. L'avenir est vu de manière pessimiste. Les patients présentant des troubles anxieux généralisés ont souvent vécu des situations traumatiques d'abandon ou de séparation pendant la petite enfance. Ce trouble peut être associé à des crises d'angoisse ou des attaques de panique.

- Les attaques de panique concernent un ressenti d'anxiété intense mais sur une courte période. On peut parler d'un moment de crise qui est marqué par l'occurrence soudaine d'une appréhension importante, d'une peur ou d'une terreur, souvent associés au sentiment qu'il pourrait se produire une catastrophe. Pendant cette attaque de panique, on peut repérer la présence de symptômes physiques considérables tels qu'une sensation de souffle coupé, des palpitations, une douleur ou gêne thoracique, une sensation d'étranglement ou d'étouffement, la peur de devenir fou ou de perdre le contrôle de soi...

Si les attaques de panique sont récurrentes, on peut parler de trouble panique. Ces troubles peuvent parfois être accompagnés d'agoraphobie quand la personne a peur de se retrouver dans des endroits où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper notamment dans le cas où une attaque de panique surviendrait.

- La phobie spécifique ou phobie simple représente la peur irraisonnée et continue d'un objet, d'un être vivant ou d'une situation particulière qui ne possède pas de caractère particulièrement dangereux. La personne a bien souvent conscience du caractère irraisonné de sa peur. Un comportement d'évitement est également souvent présent.

- La phobie sociale est caractérisée par une peur intense et persistante d'une ou plusieurs situations sociales ou des situations de performances. La personne a bien souvent peur d'être observée, jugée en public.

La plupart de ces troubles anxieux entraîne une anxiété anticipatoire qui peut conduire à des attitudes d'évitement ou à un choix d'objet contraphobique.

- Le trouble obsessionnel compulsif qui présente des obsessions (pensées irrationnelles et intrusives) et des compulsions (comportement répétitifs que la personne se sent obligée d'accomplir face à une obsession).

L'état de stress post-traumatique est présent lorsque la personne a vécu un événement traumatique (menaçant son intégrité physique ou psychique ou celle d'une autre personne présente et qui aurait provoqué un moment

de peur intense, d'horreur ou d'impuissance) et celui-ci est revécu sous forme de souvenirs ou d'images, de rêves répétitifs, causant un sentiment de détresse.

Varma (2012) reprenant les travaux de Cungi (2003) décrit également un certain nombre de traits communs chez les personnes présentant des troubles anxieux : Il parle tout d'abord d'une interprétation erronée et amplifiée des éléments de la vie quotidienne, ce qui va provoquer chez la personne l'impression d'être envahie par ses émotions et un sentiment de perte de contrôle. Beck (1976) parle de pensées répétitives par rapport à certaines situations qui focalisent l'attention de la personne, situations que celle-ci ne va pas arriver à évaluer correctement. Des sensations de peur vont ainsi apparaître. On va donc pouvoir observer des manifestations émotionnelles spécifiques, mais aussi cognitives et comportementales en lien avec un traitement « inapproprié » des affects. Varma fait également le parallèle entre les troubles anxieux et la présence de traumatisme dans l'enfance ou/et la présence de troubles similaires chez les parents.

Van Craen (2007) va mettre l'accent sur l'approche tridimensionnelle de l'anxiété. Il va donc s'agir d'évaluer et de prendre en charge le trouble anxieux en partant des trois niveaux dans lesquels l'angoisse va se manifester.

- Il évoque tout d'abord le niveau comportemental qui est caractérisé principalement par l'évitement en faisant le parallèle avec le conditionnement : c'est-à-dire qu'un événement particulier va être associé par la personne à une réaction d'angoisse et cela va se généraliser à toutes les situations proches de la première. Le simple fait de penser à toutes ces choses va générer une réaction « d'angoisse conditionnée » ou anticipatrice et donc un évitement. Cela devra être travaillé en priorité lors du suivi thérapeutique car c'est souvent celui-ci qui est mis en avant par la personne qui ne peut plus effectuer certaines tâches du quotidien, ce qui est, bien souvent, très problématique pour elle.

- Un niveau physiologique est également décrit : il concerne tout ce qui est ressenti par le patient, notamment au niveau de son corps (par exemple lors d'une attaque de panique) et qu'il ne contrôle pas. Il va être important pour le thérapeute de mettre des mots sur les manifestations somatiques du patient afin qu'il puisse les comprendre et apprendre à les maîtriser par lui-même.

- Van Craen décrit également le niveau des cognitions, qui prend en considération les pensées du patient et notamment les interprétations spécifiques qu'il fait des situations (et qui provoque le sentiment de peur et les manifestations physiques vues précédemment). On peut parler de croyances erronées.

Il est important de souligner que ces trois facteurs sont très liés et qu'ils vont s'influencer mutuellement. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), souvent utilisées dans la prise en charge des troubles anxieux, vont utiliser ce modèle tridimensionnel. Joseph Wolpe (1958) est considéré comme le fondateur de ce type de thérapie. La technique utilise la relaxation pour permettre au patient une exposition graduelle à des situations provoquant l'angoisse (une hiérarchie des situations anxiogènes étant réalisée au préalable avec le thérapeute).

Varma va quant à lui parler de deux phases centrales dans la prise en charge des troubles anxieux. A savoir : une phase de « stabilisation/renforcement du Moi » et une phase de « traitement des causes ». Selon

lui, différentes techniques permettent de répondre à la première phase, en revanche pour la seconde (qui inclut l'exploration et le traitement des troubles), l'hypnose se révélerait indispensable.

2. Hypnose et troubles anxieux

a)- Historique

Au cours du temps, différentes techniques de prises en charge vont être mises en avant et vont montrer que les prises médicamenteuses ne sont pas les seuls moyens de lutter contre l'anxiété. C'est Edmund Jacobson, qui en 1938, va être un des premiers à montrer que la relaxation atténue les réactions émotionnelles envahissantes, notamment dans le cas de troubles anxieux. Un peu plus tard, ce sont les techniques de sophrologie qui vont être mises en avant pour leurs effets anxiolytiques. Ces méthodes, développées par Caycedo dans les années soixante, sont principalement basées sur la relaxation mais est introduit également le paramètre de visualisation. Il est ainsi démontré qu'un état de détente physique permet à la personne de ne pas se sentir anxieux.

D'autres auteurs, notamment Kabat-Zinn (1990), vont travailler sur les effets de la méditation « pleine conscience » avec un travail sur « l'ici et maintenant » qui permet de ressentir ce qui se passe à l'intérieur de soi d'un point de vue physique, émotionnel et cognitif ce qui va donc permettre d'avoir un effet sur les caractéristiques tridimensionnelles de l'anxiété. Cette méditation est celle pratiquée par la voie bouddhiste. Elle porte le nom de Vipashyana et est précédée par une étape nommée Shamatha (« calme mental »). Elle permet de se focaliser sur son corps, sa posture, les processus mentaux ainsi que les sensations et émotions en observant l'ensemble des pensées, expériences sans tenter de les modifier et sans les juger. Il y a donc une attitude de passivité vis-à-vis des pensées ce qui permet de sortir le patient de ses ruminations. Le travail sur la respiration va également être central dans cette technique puisqu'il va permettre d'obtenir une cohérence cardiaque (régulation du rythme cardiaque) qui entraîne une gestion efficace du stress et des émotions. L'hypnose peut être assez proche de la méditation de pleine conscience.

Ces différentes techniques vont également permettre un travail sur l'estime et la confiance en soi (puisque lorsqu'elles sont apprises au patient, cela lui permet d'exercer un certain contrôle sur ces troubles et de gérer ses émotions). Selon Varma, certains troubles anxieux vont pouvoir être pris en charge uniquement par ces méthodes.

Nous avons vu précédemment que la principale thérapie utilisée dans la prise en charge des troubles anxieux se révèle être la thérapie cognitivo-comportementale et celle-ci s'avère bien souvent associée également à la relaxation.

Au cours du temps, il a été remarqué que les résultats des différentes thérapies que nous venons de voir peuvent être améliorés de façon considérable par l'hypnothérapie. L'hypnose est « un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi » (Bioy, 2014). Deux dimensions sont centrales : tout d'abord l'état de conscience modifié (qui peut également être appelé transe ou dissociation) et la dimension relationnelle. On peut parler d'un état

particulier d'éveil, de focalisation de l'attention spécifique que nous expérimentons tous à un moment de la journée. Cet état induit une sensation de détente physique et mentale. Dans l'hypnothérapie, l'accent est mis sur les processus dynamiques du changement, le mouvement et l'importance du travail autour des perceptions.

Il va donc être central d'intégrer différentes approches thérapeutiques pour permettre une prise en charge globale du patient. La plupart des auteurs suggèrent qu'il est crucial d'utiliser l'hypnose en parallèle à d'autres thérapies, celle-ci pouvant servir à renforcer les effets des thérapies « non hypnotiques ». Différentes méthodes de prise en charge des troubles anxieux incluant l'hypnose vont être proposées. Il en existe de très nombreuses, plus ou moins directives, nous allons en explorer quelques-unes.

b)- Déroulement des séances

D'un point de vu général, il est important de souligner que dans une prise en charge thérapeutique, l'hypnose n'est pas utilisée d'emblée. Une alliance thérapeutique avec le patient doit tout d'abord se former et des éléments d'anamnèse et de sémiologie doivent être relevés. Il est évident que le thérapeute va devoir vérifier si l'hypnose est une bonne indication pour le patient. Elle n'est pas utilisée de manière systématique.

Une séance d'hypnose, bien qu'il existe plusieurs façons de procéder, peut être décrite en quatre temps (Bioy, 2014) : il existe une première phase de « prise de contact » dans laquelle le thérapeute échange avec le patient par rapport à la situation qui va suivre. Les objectifs et le thème abordé sont souvent définis à ce moment-là. Dans un second temps, il est proposé au patient de s'installer le plus confortablement possible. C'est l'induction d'un état de conscience modifié, qui représente une focalisation de l'attention préliminaire à la phase de transe hypnotique. Différents types d'induction existent. En tout cas, elle part bien souvent des éléments présents dans l'environnement (qui sont appréhendés d'un point de vue sensoriel) pour revenir vers les ressentis propres au sujet dans l'ici et maintenant. Le sujet se trouve dans un état de dissociation. Ensuite l'auteur parle d'une phase « d'accompagnement » qui est la phase de transe hypnotique. Elle peut être plus ou moins profonde et un travail dans l'imaginaire va être effectué (par exemple à travers les suggestions -art de faire naître une idée, un sentiment, sans l'exposer ouvertement, inspiré par le jeu de phénomènes subconscients** - ou métaphores proposées). La séance se termine par un « retour à l'état de conscience ordinaire » où il est proposé au patient de revenir dans « l'ici et maintenant » et de reprendre conscience de l'environnement qui l'entoure. Un échange sur ce qui s'est passé pendant la séance peut être réalisé si besoin.

c)- Les techniques d'induction

Hammond (1990) postule que le simple processus de l'induction va soulager l'anxiété du patient par relaxation progressive. Il décrit cette technique à partir de différentes phases. Dans la première, il parle de fixation sur le corps et sur la respiration : il va donc tout d'abord proposer au patient d'être attentif à ce qu'il se passe dans son corps, aux sensations en lien avec l'inspiration et l'expiration, en mettant l'accent sur le

moment présent. La seconde phase concerne la relaxation progressive : il est petit à petit demandé au patient d'explorer chaque partie de son corps (le thérapeute les cite) en les laissant systématiquement se détendre, être complètement relaxées. La relaxation se répand ensuite dans tout le corps (le parallèle avec un cours d'eau paisible peut par exemple être fait). La respiration peut également être mise en avant, chaque expiration emportant les tensions à l'extérieur du corps et le confort s'installe progressivement à chaque inspiration (dans le cou, la gorge, et se propage à l'intérieur de tout le corps). On peut continuer ainsi jusqu'à ce que le corps de la personne soit totalement détendu.

D'autres techniques d'induction spécifiques vont également être mises en avant dans le traitement des troubles anxieux. Le Dr Jencks (1990) va par exemple mettre en avant des méthodes de respiration relaxée. Cette technique lie les phases de respiration à l'utilisation de l'imaginaire, ce qui s'avère très efficace pour induire la relaxation chez le patient. Par exemple, cela peut consister à s'imaginer en train de regarder une balançoire (ou des vagues, la mer, etc.) qui se balance au rythme de la respiration. Il est suggéré également au patient qu'il peut sentir toutes ses tensions qui s'échappent quand il souffle et l'énergie qui s'écoule quand il inspire. L'approche peut également être plus corporelle : le patient peut par exemple s'imaginer que son abdomen forme un puits dans lequel quelque chose va « tomber » au moment de l'expiration. On peut également lui proposer de respirer à travers sa peau, en explorant les différents endroits de la surface de son corps.

Le même auteur va également proposer la technique de la poupée de chiffon (technique d'induction approfondie), celle-ci se décline en plusieurs phases :

- Phase 1 : lourdeur des membres. Le thérapeute va demander au patient de soulever un de ses bras et de le laisser tomber lourdement comme si c'était une poupée de chiffon. Il lui est d'ailleurs proposé d'en choisir une en imagination : par exemple une poupée de chiffon ou une peluche, qu'il connaîtrait bien, qu'il aurait eu pendant l'enfance ou non mais en tout cas un objet qu'il aime. Il lui est ensuite suggéré de soulever un de ses bras en imaginaire et de le laisser retomber, comme une poupée de chiffon. Il peut être fait de même avec l'autre bras puis avec les jambes en mettant l'accent sur la lourdeur et le relâchement.
- Phase 2 : chaleur des membres. Il est proposé au patient de mettre la poupée de chiffon au soleil et ressentir la chaleur et la décontraction dans tous les membres.
- Phase 3 : battements du cœur. La poupée de chiffon est relaxée et on propose au patient d'être à l'écoute de son cœur, de son rythme. On peut lui parler d'un moteur qui le fait avancer à chaque instant. Il peut également être suggéré au patient de le remercier pour faire ce travail, simplement lui dire « merci ».
- Phase 4 : respiration. Le même processus est répété mais cette fois, il est proposé au patient de visualiser sa respiration dans son corps. Il peut s'imaginer, flottant sur l'océan, sur les vagues, au rythme de sa respiration.
- Phase 5 : chaleur interne. Le patient peut souffler la chaleur de la respiration sur ses mains. L'accent est mis sur le fait que la chaleur est en permanence à l'intérieur de lui, il lui est donc proposé de la ressentir.
- Phase 6 : fraîcheur du front. Il peut être suggéré au patient que sa tête se trouve à l'ombre et qu'il ressent donc une sensation de fraîcheur au niveau du front. Le contexte général de la situation peut être rappelé : la

poupée de chiffon est au soleil, sur les vagues qui ondulent au rythme de sa respiration, son corps est chaud et sa tête se trouve dans un endroit ombragé qui lui procure cette sensation de fraîcheur.

- Ensuite, l'état de conscience modifié peut se terminer. Il est suggéré à la personne de prendre conscience d'être détendue, bien relaxée et pleine d'énergie.

d)- Le modèle tridimensionnel

Van Craen (2007) utilise le modèle tridimensionnel dans la prise en charge des troubles anxieux par l'hypnothérapie.

Il propose donc tout d'abord un possible travail autour du comportement (il parle « d'agir différemment »), un second autour du ressenti (« sentir différemment ») et un troisième autour des cognitions (« penser différemment »).

Le niveau comportemental

L'auteur décrit deux techniques permettant d'agir sur le comportement. Il s'agit de la désensibilisation systématique (développée par Wolpe, 1958) et de la thérapie par exposition. Ces méthodes sont issues des TCC mais peuvent être appliquées sous hypnose. Dans la désensibilisation systématique, le patient va tout d'abord apprendre une méthode de relaxation. Il devra ensuite établir une liste des situations pouvant provoquer des troubles anxieux et les classer de manière hiérarchique. Il devra ensuite se confronter à ces situations de manière imaginaire, tout en étant dans un état de relaxation, en commençant par celle suscitant le moins d'angoisse possible. Il sera suggéré par le thérapeute que la personne est capable de gérer cette situation dans la réalité. L'état de relaxation doit être associé à la situation anxiogène. Des alternatives existent par rapport à cette méthode : en effet, dans certaines situations, il ne va pas être positif d'associer l'état de relaxation à une situation (par exemple lors d'examen, où de situation nécessitant une forte concentration). Dans ces cas-là, c'est un travail autour de la revalorisation et de la confiance en soi qui devra être effectué. Dans ce sens, Van Craen (2007) décrit la technique du « freiner avec un fort ressenti » dans laquelle il propose au patient de revivre, sous hypnose, une situation dans laquelle il se sentait bien et fier de lui. Ensuite, ce sentiment va être petit à petit renforcé, le patient pouvant l'intensifier sur une échelle de 0 à 10 (par exemple avec un bouton qu'il peut tourner ou avec une télécommande). Le patient doit faire varier l'intensité de son bien être jusqu'à ce qu'il soit à son apogée. Lorsque c'est le cas, il lui est proposé de reprendre la hiérarchie des situations anxiogènes. La technique de « coping desensitisation » de Borkovec (1988) peut également être utilisée : le patient va inventer une phrase lui permettant de diminuer l'angoisse et il appliquera cette phrase à chaque situation anxiogène jusqu'à ce qu'il sente que l'angoisse s'éloigne.

Colombo (2014) propose une méthode alternative à la désensibilisation systématique en introduisant le lieu de sécurité « safe place » (Bioy & al, 2010). Dans la technique « classique » du « lieu de sécurité » (qui peut aussi être utilisée en cas de troubles anxieux, notamment lors de la première séance d'hypnose) il est proposé au patient de prendre par exemple un chemin qu'il suit pendant un moment (en mettant l'accent sur le

ressenti sensoriel) jusqu'à ce qu'il se retrouve à un endroit particulier. Un lieu (extérieur ou intérieur) qui lui procure une sécurité intérieure, où il se sent bien. Peut-être un lieu connu ou inconnu, dans lequel il peut explorer tout ce qui l'entoure : les couleurs, peut-être qu'il peut voir différents éléments autour de lui, qu'il peut les toucher, ou peut-être peut-il sentir une odeur particulière, entendre quelque chose ou même manger un plat aux saveurs plaisantes. Après avoir exploré ce lieu de sécurité, il peut lui être proposé de construire une barrière, réelle ou symbolique, par exemple une bulle, ou une clôture, ou tout autre chose... en tout cas quelque chose qui lui permettra d'être encore plus en sécurité en venant séparer ce lieu qui lui appartient de l'environnement extérieur. Lorsque c'est fait, on peut lui suggérer qu'il pourra retrouver ce lieu de sécurité quand il le souhaite. Et pour que ce soit facile, il lui est proposé de réaliser un geste particulier. Ainsi, lorsqu'il fermera ses yeux et qu'il associera ce geste, il retrouvera son lieu de sécurité. Nous lui proposons de rester encore quelques instants dans ce lieu protecteur, agréable puis de reprendre petit à petit contact avec l'environnement extérieur et quand il sera prêt, il pourra rouvrir les yeux.

Dans la situation de désensibilisation systématique, il est proposé au patient de se placer devant deux écrans. Le patient possède une télécommande qui va lui permettre de passer de l'un à l'autre. On lui demande d'évaluer son niveau d'anxiété sur une échelle de 1 à 8. Lorsqu'il l'a fait, on lui suggère d'allumer un des écrans sur lequel se situe son lieu de sécurité (exercice qui a pu être réalisé lors d'une séance précédente). Son niveau d'anxiété lui est à nouveau demandé. Lorsque l'anxiété du patient a diminué de moitié, on lui propose d'éteindre cet écran et d'allumer le second sur lequel se trouve le lieu provoquant l'anxiété. On interroge à nouveau le patient sur son degré d'anxiété. Pour finir, il peut lui être suggéré d'éteindre cet écran et de rallumer le premier pour retrouver son lieu de protection. L'idée n'est pas de faire disparaître totalement l'anxiété puisque celle-ci est nécessaire.

En ce qui concerne les techniques d'exposition, leur but est de supprimer la réponse anxieuse en permettant au patient de se confronter à la situation qui l'angoisse et d'observer que finalement, il ne se passe rien de catastrophique. Cependant, il existe bien souvent différents contextes qui sont anxiogènes pour le patient et il est souvent bien difficile de les explorer tous. Dans ce cadre, Van Craen propose de travailler sur le moment d'apparition du ressenti d'anxiété afin de retrouver la situation traumatique initiale. Il utilise ainsi la technique du « pont affectif » (Watkins, 1971) : il propose à la personne de s'imaginer la première fois où elle a ressenti l'anxiété et de modifier quelques éléments de la situation, de manière à ce qu'elle soit mieux supportée par le patient. Différentes variantes de cette technique existent mais vont vers un objectif commun : montrer au patient qu'il possède les ressources et les capacités pour exercer un contrôle sur ses troubles et que face à des situations redoutées, ce qu'il craignait ne se produit pas. Après avoir été pratiquées sous hypnose, le patient pourra expérimenter l'exposition dans le réel. Le patient n'évitera plus les situations anxiogènes car il sera capable de « faire » quelque chose face à elles. Il est donc passé « de l'évitement à l'action ». L'idée de mouvement va être très importante en hypnose. Il va falloir mettre le patient en mouvement, là où il pouvait ressentir de la sidération. En hypnose, on peut penser que la création par l'imaginaire est déjà une mise en mouvement du patient.

Le niveau du ressenti ou niveau physiologique

Ce qui va être vécu de manière angoissante par le patient est notamment lié au ressenti physiologique associé à l'anxiété (tachycardie, gêne respiratoire, tremblements, etc.) et à la peur de revivre ce moment. Afin que le patient puisse ressentir les choses différemment, des techniques de relaxation vont lui être enseignées pour qu'il puisse les répéter lors de situations anxiogènes. Il en existe différents types mais c'est bien souvent la technique de respiration ventrale qui est enseignée au patient car elle s'avère très efficace (notamment dans le cas d'hyperventilation : accélération et amplification du rythme respiratoire). Pour amplifier le sentiment de contrôle, il peut être proposé au patient de compter les secondes de l'inspiration (par exemple trois) et celles plus longues de l'expiration (par exemple 6 secondes). Il peut également faire une pause entre chaque cycle de respiration et associer une phrase spécifique au moment de l'expiration qui l'aidera à éprouver un ressenti de relaxation. Sous hypnose, on peut reprendre une technique d'exposition dans laquelle le patient appliquera sa technique de relaxation.

Afin d'éviter les crises d'angoisse, il est également important que le patient puisse en reconnaître les premiers signes afin qu'il ne soit pas trop tard pour appliquer sa technique de relaxation. Le thérapeute devra donc lui apprendre à les identifier.

Parfois, le patient est tellement dans le contrôle que la relaxation ne va pas être adaptée (peut-être même qu'il ne se rappelle pas avoir déjà ressenti des moments de détente). Dans ce cas, Colombo (2014) propose au patient de tendre un bras en avant et en l'air et de serrer le poing. Son poing renfermant tout ce qui le gêne, tout ce qui représente son inconfort. Il est proposé au patient de le fermer de plus en plus fort pendant qu'il le fixe. A un moment il lui est suggéré que son poing va descendre vers sa jambe, en même temps qu'il le regarde pour voir son avancée. Il peut peut-être lui être proposé que pendant ce temps, les données qu'il possède pour résoudre la situation, ses ressources sont mobilisées dans sa main pour faire face à la situation d'inconfort. Quand le bras est proche de la jambe du patient ou de l'accoudoir, on lui suggère que quand sa main va toucher une surface, son poing va s'ouvrir, comme une vanne et laisser s'échapper toute la tension à l'intérieur. Il peut être suggéré au patient qu'à ce moment-là il va expirer très fort. (Cette technique pourrait représenter une alternative à la méthode de Rossi dans laquelle il est demandé au patient de mettre ses mains à la hauteur de son visage. Dans une de celle-ci, il lui est demandé d'explorer toutes les données du problème, de son inconfort et pendant ce temps, sa main descend petit à petit jusqu'à toucher sa jambe. Il doit ensuite faire de même avec la seconde mais cette fois en explorant toutes les ressources qu'il possède, tous ses apprentissages qui lui permettent de faire face aux situations, etc. Lorsque la seconde main touche aussi sa jambe, il lui est proposé de remettre ses mains dans la position initiale et de les amener à se toucher ensuite tout en explorant ce qu'il se passe à ce moment-là).

Hunter (1994) propose une technique spécifique pour « désamorcer la panique » : le thérapeute propose au patient de revivre les sensations d'un moment de panique sous hypnose. Il lui est précisé que sous hypnose, il peut faire ce qu'il veut, c'est-à-dire, rendre la situation de panique supportable mais en étudiant chacun des ressentis, des sensations qu'elle génère. Quand le patient a bien ressenti tout cela, on lui propose d'inverser chaque élément désagréable ressenti en lui expliquant qu'il peut exercer un contrôle sur eux. Par

exemple, il peut décider de ralentir sa respiration, en modifiant son rythme. Cela va du même coup ralentir son rythme cardiaque jusqu'à ce qu'il retrouve un état d'équilibre. La personne va ainsi apprendre qu'elle peut contrôler le ressenti (notamment physiologique) associé à la panique.

Le niveau des cognitions

Chez les personnes présentant des troubles anxieux, la manière d'interpréter les stimuli de l'environnement, de même que leurs propres réactions physiologiques, va être spécifique et présenter des distorsions. Cela va se traduire par des anticipations, des prédictions catastrophiques, des interprétations, etc. Van Craen va faire le parallèle avec l'état d'autohypnose négative (décrit par Araoz en 1994 pour représenter la focalisation sur des pensées négatives et qui concerne principalement les croyances que l'on porte sur soi, sur le monde extérieur et sur l'avenir). Le patient va donc devoir prendre conscience de son système de pensée « erroné ». Bien souvent, cette activité cognitive n'est pas accessible d'emblée au patient puisqu'elle se situe à un niveau préconscient. C'est donc par l'hypnose qu'il va être possible de travailler sur cette manière spécifique de traiter l'information. Colombo parle tout d'abord d'un « recadrage cognitif » qui va permettre de dire au patient que le ressenti de stress, ou d'anxiété est une réaction normale, d'adaptation afin de faire face à une situation spécifique et cela permet une focalisation de l'attention. Les croyances du patient vont donc pouvoir être questionnées et cela va venir nuancer ses cognitions souvent négatives.

Pour modifier les cognitions afin qu'elles soient plus adaptées, plus réalistes, Van Craen conseille également la méthode de « l'ego state » de Watkins (1978). On parle de « thérapie des états du Moi ». Watkins voit la personnalité comme étant composée d'innombrables états du Moi, chacun servant une fonction adaptative et séparé de chaque autre par des degrés variés de dissociation. Il employa l'hypnose pour activer et travailler avec les états du moi inconscients. On parle ainsi du Soi divisé. Il s'agit de dissociations qui ont eu lieu au cours de la vie souvent dans la tendre enfance ou suite à un traumatisme, les différents Moi de l'individu se sont séparés et sont restés sans communication. Ces Etats du moi ont des besoins contradictoires qui peuvent souvent créer des symptômes cliniques. Le but primordial du travail thérapeutique est donc d'aider les états du Moi à former une famille intérieure plus cohérente et plus coopérative. C'est ce travail de communication qui va être réalisé sous hypnose. Il peut par exemple y avoir une interrogation de la partie anxieuse de la personne voire une négociation. En parallèle, les ressources du patient vont être mobilisées avec l'interrogation de la partie venant faire face à l'anxiété (on peut demander à la personne de nommer ces différents états du Moi) afin de voir ces réactions et petit à petit de faire « reculer » la partie anxieuse.

Une autre méthode va consister à introduire dans la pensée du patient de nouvelles cognitions, qu'il pourra se répéter sous hypnose lors de la confrontation à une situation anxiogène jusqu'à ce qu'il puisse la « maîtriser ». Cet exercice peut ensuite être reproduit dans la réalité.

Les trois composantes de l'anxiété peuvent donc être abordées comme nous l'avons vu, mais non de manière isolée. Nous pouvons en effet voir que les différentes techniques se recoupent et vont chacune avoir

un impact : sur le comportement, sur le ressenti et sur les cognitions. C'est donc une approche assez globale du patient.

e)- Stabilisation et renforcement du Moi/Traitement des causes du problème

Selon Varma, deux étapes vont être nécessaires afin de prendre en charge les troubles anxieux d'un patient de manière globale (nous pouvons retrouver certaines similitudes avec le modèle tridimensionnel de traitement de l'anxiété proposé par Van Craen). La première va consister à stabiliser les troubles du patient afin qu'ils ne soient plus aussi envahissants dans sa vie quotidienne.

En effet, par la relaxation (méthode d'induction par exemple) et l'intégration de ces techniques par le patient (auto hypnose), celui-ci va apprendre à avoir une maîtrise de ses émotions c'est-à-dire s'auto apaiser mais également développer des affects positifs (en mobilisant ses propres ressources). La visualisation de situation anxiogène peut également être utilisée à ce moment-là (désensibilisation systématique ou exposition par exemple). Varma parle d'une étape de renforcement du moi car le patient développe un contrôle sur ses troubles. Il introduit également une seconde étape qui réside dans le traitement des causes du problème.

Selon lui, la cause de l'anxiété se situe à un niveau inconscient et est liée à des expériences vécues pendant l'enfance ou la petite enfance. Il évoque l'hypnoanalyse pour remonter à l'origine de l'anxiété et traiter les causes du problème (parallèle avec la psychanalyse dans sa visée de création de liens symboliques entre les troubles de l'histoire de la personne). C'est notamment les techniques de régression qui vont être utilisées. On va donc solliciter l'infantile du patient afin de questionner par exemple ses relations précoces. Les TCC peuvent également être intégrées afin de modifier le système de croyance du patient qui s'avère la plupart du temps erroné dans le cas des troubles anxieux. La technique d'hypnoanalyse du « pont d'affect » (Watkins, 1971), dans laquelle il demande au patient de se remémorer une situation récente dans laquelle il a ressenti de l'anxiété pour remonter petit à petit à l'origine de son anxiété (par exemple première situation dans laquelle le patient a ressenti ce sentiment), peut aussi être utilisée. Ensuite, un « reparentage » sous hypnose peut s'avérer intéressant : c'est-à-dire que l'on va demander à la personne adulte, d'aller consoler, apporter à soi, bien souvent enfant, tout le réconfort dont elle a besoin pour faire face à la situation.

Varma parle également de la « thérapie des états du moi » (« ego state » de Watkins vu précédemment) pouvant être adaptée au traitement des causes du problème.

f)- Autres exercices

D'autres exercices vont pouvoir être proposés au patient. Ils peuvent par exemple être introduits dans les différentes méthodes de prise en charge que nous avons pu voir ou représenter des alternatives à certains exercices.

- Selon Bioy (2010), l'accent va également devoir être mis sur l'instant présent. En effet, dans les troubles anxieux, la notion du temps est spécifique. Le patient appréhende le futur avec des scénarios d'avenir négatif. Il met l'accent sur le corps, avec ses sens, qui est le plus présent. Une situation anxieuse peut par exemple être revécue image par image en revenant sur des détails ayant pu être oubliés. Les sens en action, la personne n'aura pas l'impression de perdre le contrôle dans cette situation. L'avantage de l'hypnose est de pouvoir « jouer » avec le temps. Dans cet état de conscience « une heure peut paraître une minute, une minute une heure », le patient peut moduler les situations, revenir en arrière, rembobiner, mettre sur pause, etc. Par conséquent, il est important de souligner que la personne n'a même pas besoin de modifier son souvenir, puisqu'à ce moment-là tout se passe au niveau de son corps, et elle vient de vivre, en situation de transe hypnotique, un changement.

- Finkelstein (1990) va décrire une procédure de relaxation progressive suivie d'un mouvement descendant avec imagination d'un endroit sûr. Il parle du « refuge privé ». Il suggère au patient qu'il se trouve au dernier étage d'un immeuble charmant. Il lui propose de descendre les étages un par un, de la manière qu'il souhaite, et à chaque fois qu'il descend d'un étage, son état de relaxation est doublé. Quand le patient arrive au premier étage, il lui est proposé de quitter l'immeuble et de se retrouver dans un endroit merveilleux, sûr, agréable, etc. où il aura la possibilité de retourner si besoin.

D'autres scènes imaginaires peuvent aussi être proposées pour faciliter la relaxation : par exemple cela peut passer par la visualisation de paysages agréables, des images de calme, de sérénité avec toujours une attention portée sur les sensations corporelles. On peut mettre en avant une certaine chaleur, une impression de légèreté, etc.

- Le travail avec les métaphores peut également paraître pertinent. Bioy (2009) décrit les métaphores comme « un récit construit par analogie avec une difficulté exprimée par un patient et dont l'objectif va être de provoquer le changement ». Dans le cas des troubles anxieux, il va être possible de travailler sur le fait de reprendre le contrôle de la situation en étant actif. Colombo va notamment parler de la métaphore du voyage en voilier qui est particulièrement adaptée dans le cas des troubles anxieux. Le patient peut être capitaine de son bateau, tenir la barre ; la mer étant parfois calme, apaisante, et d'autres fois il peut y avoir du vent, des courants, mais le patient va faire le nécessaire (orienter la voile, tourner la barre) pour faire face à la situation, l'eau redevenant ensuite paisible et régulière.

Edwin & Stickney vont évoquer la métaphore d'une « île de sérénité » que le patient va devoir trouver au cours d'un voyage.

Le Dr Brian Alman (1990) utilise la métaphore du « tiroir fermé » dans laquelle il demande au patient de choisir un tiroir par exemple chez lui ou dans un lieu particulier afin d'y mettre ses tensions, son stress. Lorsque le tiroir est refermé, le stress « inutile » y est laissé. Le but de cette technique étant de renforcer l'impression de distance entre le stress et le patient. Cette méthode peut également rappeler celle du « ballon rouge » de Walch (1976) qui permet au patient de se libérer de toutes ses peurs, de toutes ses craintes et de toutes ses angoisses. Le thérapeute propose au patient de s'imaginer marchant sur un sentier, un chemin en mettant l'accent sur l'aspect sensoriel (bruits alentours, sensation du vent sur le visage, etc.) et il porte sur son

dos un gros sac rempli d'objets qui symbolisent ses éléments d'inconfort, ses difficultés, etc. A mesure que le patient avance sur ce chemin grim pant, son sac devient de plus en plus lourd jusqu'à ce qu'il arrive en haut et aperçoive en contrebas une plaine, une vallée. Il peut également voir un énorme ballon rouge au ras du sol. Ce ballon est rempli d'un gaz très léger et est relié au sol par une corde attaché à un piquet. Près de ce ballon, il y a également un gros panier vide qui est à côté du ballon. On propose au patient de s'approcher de cet endroit et de laisser tomber son sac à dos à terre, comme s'il était fatigué de l'avoir porté tout ce temps. Et on lui propose de se débarrasser de ce poids en prenant les objets dans le sac et en les jetant un à un dans la corbeille. A mesure que le patient jette les objets, il lui est suggéré qu'il se sent de plus en plus libéré, de plus en plus léger, soulagé de ce qui lui pesait. On lui dit ensuite de fermer la corbeille et de l'attacher solidement au ballon par exemple avec une corde. Dans son sac, il ne reste plus qu'un objet : un petit canif qui va lui servir à couper la corde qui relie le ballon au sol. On lui propose ensuite de s'allonger confortablement sur l'herbe afin de regarder s'envoler dans le ciel le ballon ainsi que la corbeille. A mesure que le ballon s'élève on suggère à la personne de se sentir de plus en plus soulagée, de plus en plus libérée. Le ballon va s'éloigner petit à petit jusqu'à disparaître de son champ de vision. On peut laisser quelques instants à la personne pour ressentir tranquillement cette sensation de bien-être et de légèreté.

- Spiegel (1990) va mettre en place une technique de dissociation permettant le traitement hypnotique de l'anxiété. Le patient va tout d'abord devoir développer une impression de relaxation « flottante », une impression de flotter dans un contexte spécifique. On peut lui demander la représentation qu'il associe à ce concept : cela peut par exemple être un bain chaud, le fait d'être dans une piscine, ou en apesanteur, etc. On va lui demander de projeter cette image sur un écran qui se situe devant lui et de ressentir les sensations agréables associées. Dans un second temps, on lui propose d'apporter une situation anxiogène sur l'écran. Un bord de l'écran est conçu comme écran de résolution de problème où il est possible de concevoir des solutions. Le patient continue en parallèle de maintenir une impression physique de confort flottant. Le but de cet exercice étant de dissocier l'expérience psychologique de stress de l'expérience physique. C'est-à-dire que dans cette situation sous hypnose, le patient va être confronté à une situation anxiogène mais il ne va pas en ressentir les répercussions physiologiques habituellement associées à ce genre de situation. Cela permet un certain conditionnement de la réponse associée.

- Certains auteurs vont également proposer des cassettes enregistrées au patient après une séance d'hypnose. Cela lui permettra de se détendre lors d'un moment d'anxiété ou avant d'affronter une situation spécifique. Cela pourrait par exemple être des scènes de réconfort pour le patient, des éléments apaisants, relaxants. Il peut être suggéré que le bien-être ressenti lors de l'écoute de la cassette va se prolonger dans l'ici et maintenant. Cela peut être une première étape avant l'enseignement de l'auto hypnose. Les patients vont apprendre les techniques d'induction afin de pouvoir eux mêmes induire un état de relaxation et de détente, et travailler par exemple autour d'un exercice nouveau ou réalisé en séance avec le thérapeute. Cela se révèle très efficace dans la prise en charge des troubles anxieux.

3. Hypnose et renforcement du Moi

a)- La technique de renforcement du Moi de Hartland

La plupart du temps, le manque d'estime et de confiance en soi fait partie intégrante des troubles anxieux et peut même en être à l'origine (la personne manquant de confiance en soi ne se sent pas capable de faire face aux situations du quotidien, ce qui peut générer par exemple l'anxiété généralisée). Nous avons vu précédemment que les techniques d'hypnose permettant de prendre en charge l'anxiété du patient sont accompagnées par un sentiment de prise de contrôle sur ses troubles, une mobilisation des ressources internes du patient, de ses capacités, et tout cela va contribuer à améliorer l'estime et la confiance en soi de celui-ci. Cependant, des techniques plus spécifiques de « renforcement du Moi » existent et il paraît essentiel d'en explorer certaines afin de les intégrer à la prise en charge des troubles anxieux et de permettre la prise en charge du patient dans sa globalité.

C'est Hartland (1971) qui développe la notion du « renforcement du Moi ». Le but de cette technique est d'accroître la confiance du patient en lui-même, de développer ses facultés, ses ressources, pour faire face aux situations auxquelles il est confronté. Cela permet également de réduire l'anxiété et l'inquiétude qui accompagnent la plupart du temps les troubles de la confiance en soi. Selon Hartland, des suggestions simples de soutien suffisent pour répondre à ces objectifs et donner au patient une image positive de lui-même. Le patient va devoir modifier son système de pensée et pour ce faire, l'auteur va utiliser des suggestions très directives et autoritaires. Il va cependant être également possible d'utiliser des techniques moins directives telles que les métaphores, mais également la régression en âge d'orientation positive afin de retrouver des expériences de vie réussies et heureuses.

En ce qui concerne plus précisément les suggestions de Hartland, celui-ci va par exemple pouvoir solliciter une partie inconsciente et bienveillante du patient : celle qui l'a aidé dans les apprentissages et pour faire face aux situations difficiles auxquelles il a déjà été confronté et qui va l'aider dans l'avenir. Il sollicite une sorte de « guide », « d'ange gardien ». Il suggère en fait que la personne va aller de mieux en mieux, qu'elle va de mieux en mieux s'adapter également et trouver un équilibre, s'accepter soi-même avec une meilleure confiance, un sentiment d'acceptation personnelle, etc. Selon l'auteur, il va également être central d'apprendre au patient des techniques d'auto hypnose afin de retrouver ces sensations et d'observer que l'on possède soi-même les capacités dont on a besoin.

Dans le même ordre d'idée, Barber (1990) va proposer au patient de transformer ses pensées négatives en pensées positives en se basant bien souvent sur les origines du manque de confiance en soi chez le patient (notamment critiques ou dévalorisation des personnes de son entourage). Dans le même sens, Murray-Jobsis (1984) propose la métaphore du verre à moitié vide et à moitié plein afin que le patient puisse voir les choses de manière différente.

b)- La pyramide de l'estime de soi

Ménard (2014), dans *Hypnothérapie et Hypnose médicale*, propose un travail sur l'estime de soi qui s'effectue à trois niveaux : au niveau de l'estime de soi (qui représente l'amour que l'on se porte à soi-même), au niveau de la confiance en soi (croire en son potentiel, en ses capacités) et enfin au niveau de l'affirmation de soi (consiste à exprimer ce que l'on pense, veut et ressent face à un interlocuteur). En ce qui concerne le premier niveau, l'auteur va proposer au patient de retrouver une personne bienveillante, par exemple de son entourage qui va le reconforter en lui apportant ce dont il a besoin. Il propose également au patient d'écouter la radio avec une chaîne « critique » et une « encouragement » et il va pouvoir passer de l'une à l'autre comme il le souhaite. Au niveau de la confiance en soi, il met en avant l'agir avec par exemple la reviviscence d'un souvenir de confiance en soi forte. Le patient peut intensifier cette sensation au maximum (par exemple avec une télécommande). En ce qui concerne l'affirmation de soi, l'auteur aide la personne à se constituer une « protection magique ».

c)- Les différentes approches de Stanton

Stanton (1977) va proposer une technique de « renforcement du Moi » en 5 étapes :

- La première concerne la relaxation physique induite par la concentration sur la respiration. Il suggère au patient que cela va « laisser partir » hors de lui les problèmes spécifiques, des pensées involontaires, des gênes physiques, etc.
- La seconde phase est liée au calme mental : il est proposé au patient de regarder un étang sur lequel il laisse filer, glisser, dériver ses pensées à la surface de l'eau. Il peut contempler l'immobilité de l'étang et imaginer que ses difficultés se situent à la surface de l'eau (partie consciente du patient) tandis que la partie en dessous représente son inconscient et il va pouvoir « laisser tomber » ce qu'il souhaite dans « l'étang de son esprit » (la partie à la surface peut être représentée sous forme de pierre(s)). On peut dans ce cadre insister sur la dimension de profondeur et de calme.
- Il peut également, dans une troisième étape, être suggéré au patient de laisser tomber tout ce qui constitue ses difficultés du haut d'un toboggan (ces différentes techniques sont en fait assez similaires au ballon rouge que nous avons vu précédemment).
- A cette étape, le thérapeute demande au patient de se représenter la barrière constituée par ses difficultés et de la détruire par l'imaginaire.
- Pour terminer, il peut être proposé d'aller dans un endroit spécial où la personne se sent au calme, apaisée et peut se voir telle qu'elle aimerait être. On peut lui proposer d'introduire un élément permettant de séparer ce lieu du reste du monde (rappelle également la « safe-place »). Hammond propose un exercice similaire dans lequel il insiste sur la partie inconsciente de la personne qui veille sur elle et va lui donner tout ce dont elle a besoin.

Le même auteur va également proposer d'autres métaphores basées sur la même idée : par exemple, il propose au patient de placer, dans un nuage au-dessus de sa tête, tout ce qui constitue son manque de confiance en lui, qui peuvent être des éléments conscients comme inconscients. Plus le nuage va se remplir, plus il va devenir sombre, jusqu'à n'être plus qu'un nuage noir. Quelque part derrière lui, le patient va voir une source de lumière, le soleil, qui va devenir de plus en plus forte jusqu'à consumer le nuage noir. Quand cela va se produire, il est suggéré au patient qu'il va ressentir de plus en plus de chaleur à l'intérieur de lui-même, lui apportant une « merveilleuse impression de confiance en lui et d'assurance ».

Stanton propose également la métaphore de la pyramide dans laquelle le patient va entrer et trouver une salle des trésors qui représente toutes ses réserves inexploitées, ses possibilités de réussite, etc. Une force l'empêche malgré tout de prendre ce trésor qui lui appartient. Cette force est représentée par une grande statue noire que le patient va devoir casser. Lorsqu'il a réussi, la force se libère et le patient peut rassembler son trésor et l'emporter avec lui. Il lui est suggéré que s'il ne peut pas l'emporter dans sa globalité, il pourra revenir plus tard quand il le souhaitera pour continuer de prendre ce dont il a besoin. Il peut lui être suggéré que s'il ressent un manque de confiance en lui, il peut repenser à l'immensité de ce trésor contenu dans la pyramide.

d)- Métaphores diverses

Dans les métaphores pouvant être utilisées, nous pouvons trouver celle du vilain petit canard de Rummel (1990) : une maman canard pond un gros œuf duquel éclos un gros et vilain canard dont toute la cour se moque, mais malgré cela, la maman continue de l'aimer. Un jour, le canard voit un très beau cygne sur un lac, l'envie tout d'abord et en regardant pour la première fois son reflet il s'aperçoit qu'il n'est pas un vilain canard mais un très beau cygne d'une élégance majestueuse.

La métaphore de l'arbre remarquable de Pelletier (1990) peut aussi être utilisée. En effet, l'arbre, comme tous végétaux peut représenter une métaphore très intéressante. Il peut être proposé au patient d'en étudier le processus de croissance à partir de la graine ; d'observer la manière dont il a pu croître sans casser lors de vents violents, ce qui l'a même renforcé ; mettre l'accent sur les repousses ; sur la dureté de l'écorce qui le protège, etc. Beaucoup de variantes concernant la métaphore de l'arbre ont d'ailleurs été proposées. Pelletier suggère tout d'abord au patient d'observer l'arbre en insistant sur son immensité, sa hauteur, sa solidité, etc. L'accent est mis sur la vie dans l'arbre, sur ses racines, sur le vent, ses cicatrices, sa lutte pour survivre qui le rend plus fort, l'énergie qu'il reçoit grâce au soleil et qui circule en lui, etc. Pelletier propose ensuite au patient de s'imaginer qu'il est cet arbre. D'autres auteurs vont lui suggérer de l'enlacer pour ne faire qu'un avec lui et ressentir sa force, son énergie passant à travers lui, enfin toutes les caractéristiques de l'arbre.

Dans le même ordre d'idée Gindhart (1990) propose des métaphores de croissance en se basant à nouveau sur les végétaux et leur croissance au cours des saisons.

Des métaphores de franchissements d'obstacles sont également très souvent utilisées. Par exemple on peut utiliser l'image d'un lac que le patient va devoir traverser pour aller vers un côté plus agréable mais il va

devoir affronter le vent, les vagues, etc. La boule de neige de Stanton (1990) peut aussi être utilisée dans ce contexte : le patient est en haut d'une montagne et veut descendre dans la vallée mais il y a plein d'obstacles. Il crée donc une boule de neige qui va descendre la pente, devenir de plus en plus grosse jusqu'à détruire tous les obstacles.

e)- Utilisation d'enregistrements et techniques de régression

Watkins (1990) propose des séances dans le cadre du cabinet, mais il va également préconiser de donner des enregistrements au patient, notamment pour qu'il les écoute au moment d'aller dormir. Un enregistrement pour le jour est également donné à la personne. Il est fréquent que les thérapeutes utilisent ce type de support mais la technique de cet auteur est assez spécifique.

En ce qui concerne l'enregistrement pour la nuit : il est proposé au patient d'aller dans une pièce sûre dans laquelle les messages et comportements négatifs ne sont pas admis. Il lui est dit de s'installer confortablement à cet endroit et des suggestions de soutien, d'énergie de vie, sont réalisées. Le patient doit aussi écouter la voie de la partie nourricière qui est en lui. Il est suggéré à la personne qu'au moment de se coucher le soir, elle va faire un rêve de guérison qui aura un effet positif sur la journée. Elle va donc se sentir de mieux en mieux et avoir de plus en plus confiance en elle. A la fin de l'enregistrement, il est suggéré à la personne qu'elle va désormais pouvoir « glisser » dans le sommeil.

En ce qui concerne la cassette pour le jour : l'auteur propose à la personne un voyage dans une zone du cerveau où tout est stocké, où il y a tout ce que la personne a vécu. Il met l'accent sur la pensée infantile qui fait que certains messages sont enregistrés d'une manière spécifique. Ensuite, il propose un voyage en train dans la passé et le patient va pouvoir aller de sa naissance jusqu'au présent. Celui-ci possède les manettes pour contrôler la vitesse du train et peut s'arrêter lorsqu'il le souhaite. Il lui suggère de prendre conscience de l'énergie de la naissance pour prendre des forces sur le trajet du retour et cela va lui permettre d'avoir assez d'énergie pour modifier certaines scènes.

Dans la même idée de régression, Garver (1990) va insister sur le fait de revivre des apprentissages et des expériences de vie positives depuis la naissance. Il suggère au patient de les considérer comme une force intérieure permettant de faire face à la situation actuelle. Hammond (1990) va également utiliser des expériences de maîtrise dans la vie du patient. Cela va par exemple être l'apprentissage de la marche, de la parole, de la bicyclette, etc. avec les difficultés que cela a pu représenter au début mais que le patient a pu réussir à surmonter pour arriver à maîtriser la situation. L'accent peut être mis sur des sentiments de fierté et de réussite.

Problématique

Dans la revue théorique, nous nous sommes principalement intéressés aux troubles anxieux qui représentent une majorité des troubles pour lesquels les patients consultent un psychologue clinicien en libéral, bien souvent comme dernier recours. La plupart du temps, les patients ont déjà essayé des traitements médicamenteux importants qui n'ont pas eu les effets attendus. Ils sont donc à la recherche de nouveaux moyens pour réduire leur anxiété souvent avec une attente de résultats assez rapides (les situations d'anxiété pouvant être considérablement handicapantes au quotidien). Selon certains auteurs, l'hypnothérapie va permettre une prise en charge des troubles anxieux des patients grâce à ses effets anxiolytiques et également de les aborder dans leur globalité.

Nous avons donc pu voir qu'il existe de nombreuses méthodes d'hypnothérapie qui sont indiquées dans le traitement des troubles anxieux. Celles-ci sont plus ou moins directives et reposent sur des modèles théoriques pouvant être différents. Nous avons également parcouru des techniques de prises en charge pour le « renforcement du Moi » et nous avons pu voir que celles-ci sont assez proches voire complémentaires de celles concernant les troubles anxieux. Il semble donc important de ne pas minimiser cet aspect dans la prise en charge des troubles anxieux afin de permettre l'accompagnement du patient dans sa globalité. Dans les méthodes décrites, les troubles anxieux ne sont, la plupart du temps pas différenciés. Dans l'étude de cas qui suit, nous allons les aborder de manière spécifique en nous attachant principalement à étudier les effets d'une prise en charge hypnothérapeutique pour une patiente présentant une anxiété généralisée avec attaques de panique.

De plus, les différentes méthodes appréhendées constituent un panel théorique considérable mais l'importance de la relation semble peu questionnée. Les écrits théoriques donnent des pistes, des manières de procéder qui sont intéressantes et centrales pour l'apprentissage de l'hypnothérapie mais l'idée de co-création, de co-construction, avec le patient n'est pas toujours mise en avant.

Il peut être intéressant de se demander comment, dans nos pratiques, l'hypnothérapie peut être intégrée et notamment incluse dans la prise en charge psychothérapeutique des patients en tenant compte de leur individualité (histoire personnelle, problématique, structure de personnalité, centres d'intérêts, croyances, représentations, etc.). Ce questionnement paraît d'ailleurs être central lorsque l'on utilise un nouvel « outil ».

L'étude qui suit sera donc centrée sur deux points : tout d'abord les effets de l'hypnothérapie dans la prise en charge d'une patiente présentant des troubles anxieux, notamment ici un trouble anxieux généralisé

avec attaques de panique. Ensuite, sur la manière dont cet outil peut être intégré dans la prise en charge thérapeutique.

De quelle manière l'hypnothérapie peut-elle être intégrée dans la prise en charge psychothérapeutique d'une patiente présentant une anxiété généralisée avec attaques de panique et quels vont en être les effets ?

Présentation

Madame N. est une patiente que je reçois début Novembre 2014 dans le cadre de mon cabinet libéral. La patiente m'explique dès notre premier contact téléphonique qu'elle a déjà suivi une thérapie pendant environ deux ans suite à l'apparition de troubles anxieux. Suite à son déménagement, Madame souhaite reprendre une prise en charge thérapeutique, c'est pourquoi elle fait appel à moi.

Lors de notre premier entretien, Madame est accompagnée par son mari. Madame N. a 43 ans mais paraît un peu plus âgée. Elle est vêtue de manière assez simple, plutôt de couleurs sombres. Elle a été secrétaire médicale avant de devenir assistante maternelle (donc à son domicile) mais ne travaille plus depuis son déménagement et n'a pas repris son activité pour le moment en raison de ses troubles. Madame a trois fils de 12, 14 et 17 ans. Elle prend à l'heure actuelle un traitement d'antidépresseurs et des anxiolytiques (à priori prescrits par son médecin généraliste). La patiente verbalise de manière importante.

Elle évoque au premier plan des crises d'angoisse envahissantes, avec des symptômes tels que la sensation de gorge nouée, de la tachycardie, la tête qui tourne, sensation de ne plus pouvoir respirer, malaise, etc. Ces troubles n'apparaissent pas à des moments spécifiques mais empêchent cependant la patiente de sortir seule de chez elle et de conduire si elle n'est pas accompagnée car elle a peur de « faire une crise » en public. Elle parle d'un repli et dit également avoir l'impression d'être envahie par les foules et parle d'un bourdonnement qui lui fait tourner la tête lorsqu'elle est entourée par de nombreuses personnes. Ses symptômes sont apparus suite au projet de déménagement de Madame et de sa famille (c'est-à-dire au Printemps dernier). Elle dit avoir été très inquiète à cette idée (parle de stress) mais les crises d'angoisse ne sont apparues que depuis 15 jours (alors qu'elle est dans sa nouvelle maison). Madame n'arrive pas à expliquer la survenue de ses crises. Elle dit « ne pas comprendre ». Elle parle également d'un état de « stress » qui est permanent. Elle décrit peu, voire pas, de moments où elle se sent apaisée.

La patiente explique avoir déjà présenté des symptômes de ce type il y a environ deux ans, suite à une opération des sinus très mal vécue. Elle a donc entamé une thérapie et avec l'aide d'un traitement (antidépresseurs + anxiolytiques), les symptômes se sont apaisés. Elle les décrit cependant comme moins envahissants que ceux actuels.

Madame explique avoir toujours eu « un fond anxieux » et a toujours peur d'être malade, d'avoir une maladie grave. Son anxiété est également transposée à tous les événements de la vie quotidienne auxquels elle craint de ne pouvoir faire face. Elle dit tout voir de manière négative et est très pessimiste.

La patiente évoque une peur « d'être seule ». Elle parle aussi de sa maman et de sa peur de devenir comme elle car celle-ci présentait, ce que Madame nomme « des migraines envahissantes », et a fini par se replier totalement chez elle par peur que cela lui arrive en public, jusqu'à ce qu'elle se suicide il y a environ 18 ans. Madame évoque le vieillissement surprenant de sa maman et le fait qu'elle-même ressemblait très jeune à sa propre mère. Elle dit avoir très peur de vieillir.

Elle parle également de malaises inexplicables depuis l'âge de 12 ans, période de sa puberté à ses dires. Ils surviennent principalement le matin au réveil et le soir.

Elle dit ne pas se rappeler de peur particulière pendant son enfance mais se rappelle avoir souvent fait des cauchemars. Elle décrit d'ailleurs des troubles du sommeil depuis sa naissance. Madame est née prématurée et a dû être séparée de sa maman assez longtemps à ce moment-là. Madame dit cependant ne pas avoir eu de problèmes particuliers pendant son enfance. Il y a assez peu d'élaboration.

A la fin du premier entretien, Madame évoque une tentative de suicide lorsqu'elle avait 15 ans suite à une rupture amoureuse.

Madame dit ne plus se reconnaître depuis quelque temps. Elle souhaite que ses symptômes disparaissent afin qu'ils ne soient plus envahissants dans son quotidien.

Je lui propose donc de nous rencontrer une fois par semaine et lui suggère que lorsque ses symptômes se seront apaisés, nous pourrons espacer les séances.

Madame va ensuite développer lors d'un second entretien, ce qui avait été abordé précédemment. Elle se questionne notamment sur son déménagement et dit n'en avoir vu que les aspects négatifs (alors que c'est elle qui en avait eu l'idée). Elle parle d'une peur de l'inconnu et d'une angoisse de séparation. Elle relate la violence des émotions ressenties lorsqu'elle a dû dire « au revoir » aux enfants qu'elle gardait. Elle fait le lien (à ma demande) avec son vécu passé : elle évoque la perte violente de sa maman dont elle était très proche. Madame a une sœur de 9 ans son aînée qui a quitté la maison rapidement. Madame dit avoir été considérée comme une fille unique. Elle évoque également des difficultés scolaires et à l'adolescence qui font que sa maman a dû s'occuper d'elle davantage que de sa sœur (qui elle était plutôt brillante aux dires de Madame).

Elle revient également sur sa rupture à l'âge de 15 ans avec un garçon de 3 ans son aîné. Elle évoque un « harcèlement » de la part de celui-ci (décidant sans cesse d'arrêter la relation, de la recommencer, puis allant jusqu'à l'insulter lors de moments de rupture, etc.). Madame ne supportant plus cette situation est passée à l'acte et a fait une tentative de suicide. Cela a permis à ses parents de mettre un terme à cette situation vécue comme insupportable en intervenant auprès du garçon en question. Madame se questionne sur le lien entre ces séparations. Elle se demande si cela peut expliquer ses symptômes lors de son déménagement.

Lors de ce second entretien, Madame dit ne pas avoir refait d'attaque de panique. Elle fait le lien entre le psychique et le corporel en évoquant un rendez-vous chez son ostéopathe qui l'a « dénouée », a « défait des blocages ». Elle a aussi pu se rendre dans un magasin accompagnée de son fils et de son mari, sans en ressentir d'inquiétude (pas d'anticipation anxieuse à ses dires). Madame dit cependant ne jamais arriver à se détendre

totalemment, elle ne sait pas comment faire et dit qu'elle aimerait avoir des outils pour cela. Je lui propose donc de travailler lors du prochain entretien sur ce qu'elle pourrait mettre en place pour se détendre notamment peut être en partant de sa respiration (puisque'elle n'arrive pas à la contrôler lors de moments de panique).

Au vu de ces premières rencontres, ayant permis de recueillir certains éléments de sémiologie et d'anamnèse, on peut penser que Madame N. présente un trouble anxieux généralisé (avec des préoccupations excessives pouvant être appliquées à des événements quotidiens, une vision pessimiste de l'avenir et des sentiments négatifs, etc.) avec attaques de panique. Madame éprouve en effet des ressentis d'anxiété intenses sur des courtes périodes. Elle parle à juste titre de « crise » avec des symptômes physiques importants au premier plan (sensation de ne plus pouvoir respirer, tachycardie, tête qui tourne, malaise, etc.). On peut également penser que ces troubles s'accompagnent de conduites d'évitements (agoraphobie secondaire ?), Madame N. ayant peur de sortir par anticipation d'une éventuelle crise (anxiété anticipatoire). Sa famille, notamment son mari, permet cependant d'atténuer cette anxiété et peuvent constituer des « objets contra phobiques ».

Un questionnement autour d'une angoisse de séparation mérite également d'être posé et se confirmera effectivement par la suite. Il n'est cependant pas au premier plan de la plainte de la patiente. Il nous conduira à faire l'hypothèse d'une personnalité limite chez Madame N. Mais la recherche ne sera pas centrée sur ce point même s'il est important d'en tenir compte.

Les troubles anxieux de la patiente et leur caractère envahissant, ainsi que sa demande d'outil pour pouvoir avoir des moments de détente et d'apaisement me fera tout d'abord proposer un exercice à la patiente centré sur sa respiration (d'autant plus qu'elle met en avant le fait de ne pas pouvoir la maîtriser lors de moment de panique). Je lui proposerai en fait une première séance d'hypnose.

Résultats et données cliniques

1. Déroulé des entretiens

Comme nous l'avons vu précédemment, les deux premiers entretiens ont tout d'abord permis d'aborder les troubles de la patiente ainsi que quelques éléments de son histoire de vie. A la fin du second, elle a clairement fait la demande d'outils pour se détendre et s'apaiser.

Lors du troisième entretien, Madame est venue toute seule au rendez-vous et a réussi à conduire. Elle dit se sentir mieux mais décrit des « moments d'angoisse » au cours de la semaine. Elle dit avoir pu les éviter en investissant certaines activités (comme la lecture, le sudoku, etc.). Elle dit beaucoup penser, beaucoup se questionner par rapport à son ressenti et à ses symptômes « violents ». Le fait de ne pas comprendre provoque en elle un malaise, un « mal être » qui, selon la patiente, se manifeste par une « boule » au niveau du ventre, de la poitrine et de la gorge. Cette boule est présente de manière pratiquement permanente. Madame voudrait ne plus penser à cela et évoque encore une fois son souhait de redevenir « comme avant » bien qu'elle voit l'avenir de manière assez négative.

Je lui propose de faire un exercice de respiration, comme nous l'avions évoqué la semaine précédente et lui explique que je pratique l'hypnothérapie et lui demande donc si elle serait d'accord pour faire une séance d'hypnose notamment afin de travailler à partir de la « boule » qu'elle décrit dans son corps. Madame paraît assez enthousiaste par rapport à cette idée et ce d'autant plus qu'elle a vu une émission la veille qui préconisait cette technique pour « traiter l'anxiété ». Je la questionne sur ses représentations par rapport à l'hypnose : elle évoque la sophrologie et surtout la relaxation, la détente.

1^{ère} séance d'hypnose

J'invite donc Madame N. à focaliser son attention sur sa respiration, sur le mouvement d'inspiration et celui d'expiration... Je lui explique que lorsque l'on focalise son attention sur sa respiration celle-ci peut s'accélérer. Madame me répond que c'est effectivement le cas, et que c'est d'ailleurs ce qui se produit lorsqu'elle fait « ses crises ». Je lui dis que le fait d'avoir une augmentation du rythme respiratoire lorsque l'on fait attention à sa respiration est tout à fait naturel. La patiente évoque son rythme irrégulier. Je lui propose donc de compter ses temps d'inspiration (6 secondes) et d'expiration (6 secondes également) pour que cela devienne régulier et que la patiente exerce un contrôle sur sa respiration...

Après quelques secondes, je lui propose de fermer les yeux à l'inspiration et de les rouvrir à l'expiration. Madame fait à nouveau cela pendant quelques secondes avant que je lui suggère qu'alourdis par le mouvement de l'expiration, ses yeux vont se fatiguer et qu'elle ressentira peut être le besoin de les fermer. Madame me dit qu'effectivement c'est le cas. Je lui propose donc de les laisser fermés, ce qu'elle fait. Je lui propose d'écouter les sons alentours, de visualiser sa position dans le fauteuil (l'appui de son dos, de ses mains, de ses pieds, etc.). Je l'invite à refocaliser son attention sur sa respiration qui a son propre rythme, sa propre cadence, sans même qu'elle ait besoin d'y penser... Je l'invite maintenant à visualiser la « boule » désagréable qu'elle avait évoquée au préalable. Je l'invite à lui donner une texture, une couleur et à me le dire. Madame me dit qu'elle est jaune-orange et que c'est une boule de feu. Je lui demande ensuite de lui associer un chiffre (noté sur 10) qui représenterait son intensité et le niveau de gêne qu'elle occasionne... Madame me dit 7. Je lui demande de bien visualiser cette boule, ainsi que le chiffre associé... Elle me confirme que c'est le cas. Je lui propose donc de transformer le chiffre 7 en 6 : par exemple en arrondissant le haut du 7 et le bas afin de former le 6 (je visualise moi-même le 7 comme étant à l'envers)... Je lui laisse un peu de temps et Madame me dit rapidement avoir réussi. Je lui propose de ressentir quelques instants les effets de cette diminution (...) et l'interroge sur la forme et la couleur de cette boule. Madame me dit que celle-ci est moins enflammée et que sa couleur se rapproche du jaune. Je lui dis que c'est très bien et lui propose maintenant de transformer le 6 en 5... Je lui suggère par exemple de détacher l'arrondi du bas sur le 6 et de remettre droit le haut du chiffre... Madame met plus de temps, elle secoue parfois la tête en disant que c'est difficile, qu'elle a réussi à transformer le haut mais qu'elle ne voit pas comment faire pour le bas. Je lui suggère de délier le bas du 6 et lui dis qu'elle peut prendre le temps nécessaire... Quelques secondes plus tard, Madame me dit qu'elle a réussi. Je lui demande donc comment est « la boule » désormais. Madame me dit, dans un soupir, soulagée, qu'elle est jaune et pratiquement plus en feu. Elle parle d'une détente, comme quelque chose qui aurait été évacué, ce qu'elle manifeste physiquement par un relâchement. Je lui laisse quelques instants apprécier ce moment. (...) Madame ouvre ensuite les yeux d'elle-même et se dit plus apaisée, comme soulagée d'un poids. Elle évoque le fait que parfois, cet exercice a été difficile. Je lui suggère que malgré tout il lui a été possible d'exercer un contrôle sur cette « boule » et de lui faire face. Je l'invite à refaire cet exercice de visualisation si elle en ressent le besoin mais surtout je lui propose de refaire celui de la respiration en comptant les secondes pour le mouvement d'inspiration et celui d'expiration de manière régulière.

A la fin de l'entretien, Madame réévoque sa peur de sortir qui la handicape et elle revient beaucoup sur le bruit qui la dérange. Elle fait le parallèle avec les sons entendus lorsqu'elle se réveillait suite à une anesthésie générale ou suite à ses malaises vagues (qu'elle fait depuis l'adolescence). Elle parle de bruits, de bourdonnements qui lui font ressentir de l'angoisse lorsqu'elle sort de chez elle et qu'il y a du monde. Madame pense tout de même aller faire les magasins avec sa sœur la semaine suivante et essayer de ressortir de chez elle petit à petit. Madame redit avoir peur de « ne pas s'en sortir » et fait le parallèle avec sa mère.

Nous revenons sur les progrès réalisés depuis quelques semaines, les points positifs et surtout sur les capacités de Madame N qui a toujours tendance à mettre l'accent sur les aspects négatifs (pense par exemple que le bien-être procuré par la séance d'hypnose ne sera pas durable).

Lors de l'entretien suivant, Madame commence, comme souvent, par une description assez factuelle de ce qu'elle a fait dans la semaine. Elle évoque une sortie, à sa demande, avec son mari dans un magasin. Elle dit ne pas avoir eu d'appréhension mais s'est tout de même « sentie mal » pendant un moment où les bruits des gens alentour sont devenus envahissants. Madame a ressenti des vertiges, a eu la tête qui tourne. Elle dit cependant avoir tout de suite pensé à sa respiration, ce qui l'a apaisée presque de manière instantanée. Je mets l'accent sur sa maîtrise de ces moments, ce qui est très positif. Madame me dit cependant qu'elle aimerait bien ne plus du tout avoir cette sensation et ressortir seule. Elle prévoit d'ailleurs d'aller dans un grand centre commercial prochainement afin de préparer ses cadeaux de Noël ce qui l'inquiète beaucoup. Je lui propose de faire une mise en situation quelques jours avant sous hypnose, ce dont elle est d'accord.

Madame évoque sa situation familiale, elle parle à nouveau de sa maman et le fait que son mari (donc le père de Madame N.) l'ai quittée parce qu'elle se repliait sur elle-même suite à ses migraines. Elle met en avant les difficultés pour l'entourage et sa peur d'être seule comme sa maman. Elle fait d'ailleurs le lien avec ses relations de couple et les difficultés relationnelles avec son mari qu'elle décrit comme quelqu'un de très « dur » et « autoritaire », mettant peu en avant la communication. Lorsque les symptômes de Madame sont apparus, celle-ci s'est sentie très bousculée par son mari qui la forçait à faire les choses, à sortir alors que cela lui était impossible. Elle dit s'être sentie incomprise mais insiste sur le fait que cela va mieux et que celui-ci est plus attentif. Madame N. explique que ces conflits ne sont pas récents mais durent au contraire depuis plusieurs années. Madame se dit douce et émotive alors que son mari est « autoritaire » et « dans « l'agir ». Elle lui reproche également son manque de présence (avant leur déménagement), puisque Monsieur travaillait tard et avait des activités sportives. De plus Madame craignait son retour à la maison car elle avait peur du conflit. Madame se sentait dans une impasse et incomprise. Elle dit avoir pensé à quitter son mari et a donc pensé au déménagement comme une possibilité de changement. Elle s'est donc laissé un délai d'un an à compter du déménagement pour que la relation avec son mari s'améliore, sinon elle le quitterait. Mais depuis le déménagement, les symptômes de la patiente sont apparus. Elle fait d'ailleurs le parallèle avec le moment où son mari lui avait proposé de sortir davantage en couple. Madame est aujourd'hui satisfaite car Monsieur est plus présent, plus protecteur. De même d'ailleurs que ses enfants car elle avait avant l'impression de « faire partie des meubles » et que « personne ne s'intéressait à elle ». Il semblerait qu'il y a deux ans, la situation de couple était similaire lorsque Madame s'est faite opérer des sinus et que ses symptômes sont également apparus.

Madame insiste sur sa peur de la solitude et de la vieillesse. Elle craint que son mari ne fasse d'ailleurs comme son père (vis-à-vis de sa mère) et l'abandonne à cause de ses troubles.

Madame évoque également les problématiques d'un de ses fils (le second) qui a eu des troubles du comportement importants à ses dires : en effet, depuis l'âge de 7 ans celui-ci était très agité et a souvent eu des

avertissements à l'école. Il se laissait également influencer par ses camarades et vers l'âge de 10 ans il a vandalisé une maison avec un groupe d'enfants et a été pris sur le fait par la police. Madame évoque une période difficile qui a duré jusqu'à l'année dernière ce qui l'a beaucoup inquiétée et culpabilisée. Elle en a également beaucoup voulu à son mari qu'elle trouvait trop autoritaire avec son fils, ce qui a, selon elle, pu être à l'origine de ses troubles du comportement. Le fils a eu un suivi psychiatrique et va désormais mieux. Madame dit se sentir très gênée par l'évocation de ses problèmes personnels car voit cela comme des échecs. Madame se dévalorise fréquemment.

Il est difficile de mettre un terme à l'entretien : madame verbalise énormément et revient sur ses propres relations avec son père. Elle évoque le fait de souvent le voir, mais de le trouver peu soutenant. Madame a des difficultés à reconnaître la colère qu'elle éprouve vis-à-vis de lui mais dit tout de même penser que sa maman ne se serait pas suicidée si son père était resté près d'elle. Elle évoque la double vie de celui-ci : en effet, Monsieur a eu une maîtresse et était peu présent à son domicile et auprès de ces enfants. Madame pense que cela pourrait être à l'origine des symptômes de sa mère.

On peut observer que lors de cet entretien, c'est la première fois que Madame évoque des aspects aussi personnels de sa vie que ce soit du point de vue de son histoire familiale ou de sa relation de couple actuelle.

Lors de l'entretien suivant, Madame dit se sentir mieux, elle n'a plus de « boule d'angoisse » ni d'attaques de panique. Elle a pu sortir et faire les magasins à plusieurs reprises (toujours accompagnée). Cependant, elle dit ne toujours pas se sentir apaisée mais plutôt crispée, tendue et énervée. Elle ressent surtout cela au niveau de son visage, des joues, de la mâchoire. Elle parle aussi d'un état de « bouillonnement interne ». Madame dit qu'il n'y a pas de moment où elle ne ressent pas cette tension. Je lui demande comment cela serait si cette « tension interne » disparaissait. Elle me dit qu'elle se sentirait moins stressée, moins mal, moins préoccupée par les choses à venir (insiste sur le fait d'avoir conscience que cela ne devrait pas l'inquiéter). Je l'invite à me dire ce que cela ferait de positif, c'est-à-dire « vous seriez plus.... » Madame me dit « plus calme, plus détendue ». Elle me dit qu'elle aimerait vivre au jour le jour, sans se poser de question sur ce qui arrivera demain, savourer le moment présent. Elle me dit beaucoup se poser de question, que son « inconscient est toujours préoccupé par l'avenir ». Je lui demande si elle souhaiterait en fait se sentir plus libre. Madame me dit que oui. Je lui demande si la situation lui pèse, qu'elle la trouve lourde. Madame me dit que c'est le cas et qu'elle aimerait se sentir plus légère. Je lui demande si elle peut associer une image à cette envie. Madame me parle de calme, de sérénité. Je lui dis par exemple que certaines personnes pourraient voir cette sensation comme une montgolfière qui s'élève dans le ciel avec légèreté ou comme un bateau qui voguerait tranquillement sur l'eau. Madame me dit qu'elle penserait davantage à un moment de flottement dans l'air. Je lui demande si elle serait comme en lévitation. Elle me répond que oui, qu'elle serait légère. Je lui propose de faire un exercice d'hypnose.

Seconde séance d'hypnose

Je demande à Madame N. de s'installer le plus confortablement possible. Elle me dit reprendre la même position que la dernière fois. Je lui demande si cela avait été agréable de se concentrer sur sa respiration, elle me répond de manière positive. Je lui propose donc de procéder de la même manière en focalisant son attention sur sa respiration. Je lui laisse quelques secondes puis lui dit d'aller à son rythme et qu'encore une fois, le fait de porter son attention sur la respiration peut l'accélérer. Madame me confirme que c'est effectivement le cas mais que cela ne lui fait plus peur comme avant car elle sait maintenant que c'est normal. Je lui propose de compter 6 secondes à l'inspire et 6 à l'expire puis de fermer les yeux au moment de l'expire et de les rouvrir à l'inspire tout en lui laissant du temps. Je constate également que ma respiration s'accorde à la sienne de manière naturelle. Je lui propose de fermer les yeux quand elle le souhaite et d'être attentive au trajet de sa respiration, au niveau du nez, de la poitrine, du ventre, etc... de ressentir la fraîcheur de l'inspire et la chaleur de l'expire... Je l'invite également à être attentive à la position de son corps dans le fauteuil : son contact chaleureux au niveau du dos, des fesses, des jambes, la manière dont ses mains et ses pieds sont posés... Je l'invite à porter plus particulièrement son attention sur son visage : son nez, avec les sensations liées à la respiration, sa bouche, ses yeux et lui suggère qu'elle peut peut-être commencer à percevoir que son visage est déjà plus détendu, plus apaisé... Je lui propose ensuite de se retrouver dans un lieu particulier, peut être un lieu qu'elle apprécie particulièrement ou peut-être pas. Peut-être un lieu chaleureux, rassurant, en tout cas un lieu dans lequel elle se sent bien... Un lieu qui peut être à l'intérieur ou à l'extérieur, mais peut-être pas. Je l'invite à explorer cet environnement, à regarder ce qu'il y a autour d'elle, peut-être des couleurs particulières, peut-être peut-elle toucher quelque chose, peut-être qu'il y a également une odeur particulière ou peut-être pas... Elle peut prendre le temps d'appréhender les choses qui l'entourent, d'explorer son environnement... Je l'invite ensuite à trouver un endroit dans ce lieu où elle pourrait s'allonger... Je lui propose de s'allonger confortablement quelque part, peut-être à un endroit qui lui paraît agréable, chaleureux... Et lorsque ce sera fait, je l'invite à me l'indiquer en soulevant un des doigts de sa main (...). Je lui dis que c'est très bien et lui propose ensuite de bien percevoir chacun des points de contact entre son corps et l'endroit sur lequel elle est allongée. Au niveau de la tête, des épaules, du dos, des fesses, (...), des bras, des mains, etc... Je lui propose ensuite d'imaginer que chaque partie de son corps est reliée par une ficelle à des petits ou des gros ballons. Des ballons qui peuvent être de couleurs différentes ou peut-être pas, peut-être de sa couleur préférée ou des couleurs qui lui sont familières ou nouvelles... En tout cas, des ballons tout légers qui flottent dans l'air... Je passe ensuite en revue chacune des parties du corps où ils peuvent être reliés et invite la patiente à commencer de ressentir une sensation de légèreté au niveau de la main... De sa main qui devient légère et qui est comme portée par le ballon... Et peut-être qu'elle commence déjà à sentir un doigt, ou plusieurs qui se soulèvent comme portés par cette légèreté (les doigts de Madame se soulèvent légèrement sur l'accoudoir). Je lui suggère ensuite que cette légèreté va se propager, tranquillement, naturellement dans tout son corps (et je passe en revue toutes les parties de son corps qui deviennent plus légères en insistant sur son visage)... Je lui dis que peut être des endroits commencent à se soulever et ne plus

être en contact avec le sol... Je l'invite à continuer de percevoir cette légèreté dans tout son corps, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus aucun point de contact avec le sol... J'insiste sur le caractère agréable et de détente de la situation. Je lui dis également de savourer l'instant présent et de laisser son inconscient trouver la position idéale pour elle, son inconscient qui veille sur elle... Je l'invite à me signifier, en soulevant un doigt, le moment où elle aura trouvé la position de légèreté, d'apesanteur la plus confortable possible (...). Lorsque c'est le cas, je lui dis que je vais me taire quelques instants pour lui permettre de savourer ce moment (...). Je lui dis ensuite que c'est très bien et l'encourage à nouveau à savourer l'instant présent, instant qui pourra se répandre dans le temps... Je lui suggère que son inconscient qui veille sur elle pourra retrouver cet état de bien-être et de légèreté quand il le souhaite et que cet état pourra être durable... Je l'invite ensuite, quand elle sera prête, à reprendre contact avec l'environnement, le bureau et à rouvrir les yeux.

Madame me dit ensuite se sentir très bien, très apaisée. Elle s'est sentie en lévitation et a vu ses mains et ses jambes se soulever. Dit que son visage est totalement décrispé et elle ressent une sensation de légèreté dans tout le corps. Madame N. aimerait toujours se sentir comme cela. Je lui propose de refaire l'exercice chez elle dès qu'elle le souhaite.

Madame dit ensuite espérer que ses symptômes ne réapparaissent pas. Dit voir les choses de manière négative et avoir toujours été anxieuse. Je mets l'accent sur les progrès réalisés par la patiente en quelques semaines et sur l'évolution positive de ses symptômes ainsi que sur ses capacités. Madame dit souvent se dévaloriser, elle n'a pas confiance en elle, n'est jamais fière d'elle hormis par rapport à ses enfants. Elle regrette beaucoup de ne pas avoir fait d'études et est parfois triste que son travail d'assistance maternelle ne lui permette pas d'avoir un environnement social même si elle l'apprécie. En effet, Madame ne fait aucune activité en dehors de son domicile, n'a pas de passion et se lasse vite. Je l'invite à réfléchir à une nouvelle activité qu'elle pourrait exercer en dehors de son domicile.

Lors de la séance suivante, Madame N. dit se sentir plutôt bien. Elle a pu aller manger au restaurant avec sa famille, ce qui l'inquiétait beaucoup jusqu'alors et elle n'a pas ressenti d'anxiété. Elle a également dû aller faire des courses avec un de ses fils. Madame dit avoir eu la tête qui tourne au départ car elle avait peur de se sentir mal devant son fils. Cependant cette sensation s'est vite apaisée sans que Madame n'ait fait quoi que ce soit. Je mets donc l'accent sur le fait qu'elle possède les capacités de faire face à ce ressenti, ce qui est très bien. La patiente me dit également avoir passé des moments agréables et de détente dans la semaine. Elle dit avoir repensé à la séance d'hypnose et a pu le reproduire le soir, notamment au moment de s'endormir, ce qui l'a beaucoup aidée à trouver le sommeil. Je lui explique qu'elle fait ce que l'on appelle de « l'autohypnose ».

Madame évoque sa reprise de travail début Janvier, ce qui semble la satisfaire. Elle évoque sa journée de « shopping » à venir le vendredi suivant dans le grand centre commercial afin de réaliser ses cadeaux de Noël. Elle dit ne pas être inquiète mais souhaite faire l'exercice d'hypnose dont je lui avais parlé afin « d'avoir tous les outils ». Je lui propose donc de procéder en deux temps avec un premier exercice qui lui permettra de trouver son endroit protecteur et un second d'exposition pour lequel le premier sera utile.

3^{ème} séance d'hypnose

Je demande à Madame ce qui a jusqu'alors été le plus agréable pour entrer en hypnose et si elle souhaite commencer comme souvent, à partir de la respiration. Elle me dit qu'elle aimerait changer. Je lui propose donc de fixer un point de son choix dans la pièce, aussi intensément qu'elle le souhaite. Je lui propose d'en étudier la forme, les couleurs, la luminosité, l'ombre, etc... Je lui suggère ensuite qu'à un moment, ses yeux ressentiront peut être le besoin de se fermer et qu'elle peut les y autoriser... Je l'invite ensuite à percevoir les sons ou le silence alentour ainsi que ma voix et de décider de la suivre ou de la laisser s'éloigner... Ensuite, je lui propose de focaliser son attention sur son corps, sur les points de contact avec le fauteuil, sur ses pieds sur le sol, etc... Je lui suggère qu'elle est déjà peut être plus détendue et qu'elle peut laisser cette sensation se développer et que peut être que pour accompagner cette décontraction, ses yeux vont ressentir le besoin de se fermer... Ensuite, j'invite la patiente à visualiser un chemin, celui de son choix : un chemin de pierre, de sable, de terre, d'herbe ou peut-être pas... Un chemin qui lui est familier ou peut-être pas, en tout cas, je lui propose de laisser son imagination construire le chemin comme elle le souhaite, de manière agréable... Elle peut l'explorer, regarder les alentours, les couleurs, en même temps qu'elle évolue et avance le long de ce chemin... Peut-être est-il lumineux, ou peut-être pas... En tout cas, elle continue d'avancer, jusqu'à arriver, tranquillement, naturellement, à son rythme, dans son endroit protecteur... Lorsque c'est le cas, je lui propose de le découvrir, de l'explorer... Peut-être est-ce un endroit à l'extérieur, peut être à l'intérieur ou peut-être pas. Peut-être cet endroit est connu de la patiente ou non. En tout cas, elle est dans cet endroit protecteur, sécurisant qui lui appartient et peut appréhender l'environnement qui l'entoure... Elle peut observer ce qu'il y a autour d'elle, peut-être des couleurs particulières, peut être peut-elle toucher certaines choses pour mieux les appréhender... Ou sentir des odeurs particulières ou peut-être pas... Peut être également peut-elle goûter quelque chose, en tout cas, découvrir cet environnement rassurant (...).

Et pour que cet endroit soit protégé de l'environnement extérieur, je l'invite à construire une barrière, ou un mur, ou une bulle, ou quelque chose qui peut être symbolique mais qui va permettre de délimiter l'endroit protecteur de l'extérieur afin que si quelque chose lui paraît difficile, elle puisse s'y réfugier... Lorsque ce sera fait, je l'invite à me l'indiquer par un mouvement de la tête ou d'un doigt. (...) Lorsque c'est fait, je lui dis que c'est très bien et, pour qu'elle puisse retourner dans son endroit protecteur quand elle le souhaite, je l'invite à choisir un geste particulier, qui lui permettra, quand elle fermera les yeux et refera ce geste, de retrouver cet endroit... Lorsqu'elle fait le geste, je l'invite à profiter encore quelques instants de cet endroit, de la sécurité et du bien-être qu'il lui procure pendant que je me tais. (...) Je l'invite ensuite à revenir dans le bureau, à reprendre conscience petit à petit de sa respiration, puis de l'environnement qui l'entoure et d'ouvrir ensuite les yeux quand elle sera prête...

Madame ouvre les yeux et dit se sentir apaisée. Elle a vécu des sensations très agréables. Elle dit sentir à chaque séance d'hypnose quelque chose qui la quitte, comme de la tension, et que cela lui procure

beaucoup de bien-être. Je l'invite à refaire à nouveau cet exercice chez elle, en fermant les yeux et en refaisant son geste.

Nous commençons ensuite le second temps de la séance : je demande à Madame de me décrire le déroulement de sa journée de Vendredi. Elle m'explique donc qu'elle partira avec son mari de chez elle le matin, afin d'arriver au centre commercial à 10 heures. Ils feront ensuite les magasins jusqu'à midi et mangeront sur place au restaurant (c'est cela qui inquiète le plus la patiente). Le programme de l'après-midi sera le même, soit dans le même centre commercial s'ils n'ont pas trouvé tous les cadeaux, soit dans un autre. Le retour est prévu vers 17 heures.

Madame souhaite entrer en hypnose comme précédemment par fixation d'un point. Elle reprend le même et je l'accompagne de manière similaire avec une focalisation sur les muscles plus détendus de son visage et j'insiste sur les différentes parties de son corps. Je lui suggère que cette sensation de détente pourra se propager au niveau de ses yeux, qui se sentiront comme alourdis par la décontraction et auront besoin de se fermer... Lorsque c'est le cas, je lui dis que c'est très bien. J'invite maintenant la patiente à se retrouver dans une pièce, une pièce dans laquelle elle va pouvoir s'installer dans un fauteuil de manière à pouvoir regarder la télévision... J'insiste sur l'aspect confortable du fauteuil et sur les différents points de contact entre celui-ci et son corps. Je lui propose d'observer la pièce autour d'elle, sa spécificité... Peut-être est-ce un endroit qu'elle connaît ou peut-être pas... Je lui propose de regarder la télévision qui est en face d'elle et de s'imaginer tenant la télécommande qui lui permet de changer les chaînes de cette télé... Lorsqu'elle aura bien visualisé sa situation et qu'elle sera bien installée, je l'invite à me le signaler. (...) Je lui propose d'appuyer sur la télécommande et de visualiser son endroit protecteur sur la première chaîne et de réappréhender les sensations qui lui sont propres et les bienfaits de cet endroit... Lorsque ce sera le cas, je l'invite à nouveau à me le signaler en soulevant un doigt (...). Je lui dis que c'est très bien et lui propose ensuite de visualiser, sur la seconde chaîne, le documentaire retraçant sa journée de vendredi dans le centre commercial, depuis le moment de son arrivée, vers 10 heures, peut-être un peu plus tôt, peut-être un peu plus tard... Puis le moment où elle fera les magasins avec son mari (...), le moment où ils iront manger au restaurant (...), l'après-midi (...) jusqu'au moment où elle rentrera chez elle, accompagnée de son mari, ressentant la satisfaction d'avoir passé une journée agréable où elle aura fait les boutiques. Je l'invite à regarder ce documentaire tranquillement, à son rythme, sachant qu'à tout moment, elle a la possibilité de changer de chaîne et de retrouver son endroit protecteur avant de poursuivre. Je lui propose de regarder le documentaire et de m'indiquer lorsqu'il sera terminé (...) (...) (...). Je lui dis que c'est très bien et propose à Madame de repasser sur la première chaîne et de ressentir le bien être, la sécurité que lui procure son endroit protecteur... Je lui propose de prendre son temps (...). Quand elle aura terminé, elle pourra ensuite éteindre la télé et quitter tranquillement, à son rythme la pièce dans laquelle elle se trouve. Je lui propose ensuite de revenir dans le bureau tranquillement et de rouvrir les yeux quand elle le souhaitera.

Madame dit toujours ressentir du bien-être. Au niveau de l'exposition, le passage où Madame était au restaurant avec son mari a été vécu assez difficilement à cause du monde et du bruit autour d'elle. Madame est donc tout de suite repassée sur la première chaîne et lorsqu'elle s'est sentie apaisée, elle a continué sa journée et tout s'est bien passé. J'insiste sur ses capacités et lui propose de refaire l'exercice de l'endroit protecteur quand elle le souhaitera et en ressentira le besoin. Madame me dit qu'elle refera l'exercice même dans des moments qui ne sont pas difficiles. Elle dit souhaiter prendre du temps pour elle, ce qu'elle n'a finalement jamais fait à ses dires. Madame dit désormais s'autoriser ces moments et écouter son corps, ses envies.

Lors de la séance suivante, Madame fait le bilan de sa semaine. Elle dit ne pas avoir eu de « ressentis négatifs » pendant celle-ci. Sa journée au centre commercial s'est très bien passée et elle est très contente d'avoir pu sortir de chez elle. Elle n'a pas eu d'appréhension ni d'angoisse sur le moment sauf une légère sensation de mal être au restaurant mais celle-ci a disparu lorsque Madame a repensé aux exercices réalisés sous hypnose. Madame dit cependant ne pas encore se sentir prête à prendre les transports en commun ou aller seule dans un magasin.

Elle évoque toujours un sommeil irrégulier mais qu'elle arrive à mieux « maîtriser » en faisant de l'autohypnose notamment l'exercice de lévitation. Elle refait également cet exercice ainsi que celui du lieu de protection pendant la journée. Elle explique qu'après cela « tout lui semble plus facile » et a la sensation d'être dépaysée, d'avoir voyagé. Elle fait aussi de l'autohypnose lorsqu'elle se sent « énervée », ce qui à ses dires lui évite de « crier sur son entourage ». Cela l'aide à relativiser, à vivre au jour le jour et à être moins préoccupée. Cependant, elle parle tout de même de réveils nocturnes inexplicables. Elle réexplique avoir toujours eu des troubles du sommeil et avoir toujours été fatiguée, même pendant son enfance et son adolescence. Enfant, Madame ne pouvait pas s'endormir sans sa maman ou sans sa sœur. Madame fait le parallèle avec un de ses fils qui a du dormir dans le lit de ses parents pendant plusieurs années avant de se sentir capable de dormir seul.

Elle évoque ensuite la situation professionnelle de ses enfants et espère qu'ils feront des études. Elle fait le parallèle avec sa situation et dit regretter de ne pas avoir eu de capacités scolaires et du coup ses choix professionnels. Madame évoque le fait de n'avoir selon elle aucune capacité. Elle dit toujours se dévaloriser, avoir une très mauvaise estime d'elle-même et trouve que cela lui pèse et l'empêche « d'avancer ». Elle parle de mauvais choix et dit ne pas être motivée pour faire face à certaines choses du quotidien. Je mets l'accent sur les choses auxquelles elle a réussi à faire face jusqu'à présent. Elle explique malgré tout s'être toujours comparée aux autres, même enfants, et s'être toujours trouvée moins bien. Elle dit avoir été surprotégée par sa mère par rapport à cela et pense que c'est peut-être pour cela qu'elle ressent aujourd'hui le besoin de toujours être accompagnée et la peur d'être seule. Depuis le décès de sa maman, lorsqu'elle avait 25 ans, sa confiance en elle a encore diminué. Madame aimerait être aimée de tous. Elle me dit donc vouloir travailler sur la confiance en soi pour se sentir mieux car cela lui pèse « comme un poids sur les épaules ».

Je lui propose de travailler sur ce point 15 jours plus tard (après les vacances de Noël).

Lorsque je revois Madame N., celle-ci me dit aller très bien. Elle dit ne plus avoir d'angoisse et se « retrouver comme elle était avant ». Madame explique avoir failli prendre les transports en commun pendant les vacances. Elle revient tout de même sur le fait de se sentir mal à l'aise quand elle se trouve au milieu d'une foule. Elle prend comme exemple le fait de ne jamais accompagner son mari lorsqu'il va voir un groupe d'amis. Je la questionne et Madame met en avant son manque de confiance en elle, le fait de se rabaisser par rapport aux autres. Elle se dit gênée par le regard d'autrui mais a du mal à expliquer et à trouver les causes de ce manque de confiance en elle. Cela la handicape tout de même depuis l'enfance et elle pense que cela l'a « bloquée », empêché de faire certaines choses. Madame dit par exemple que lorsqu'elle commence une activité, elle ne va jamais au bout et aimerait pouvoir le faire. Il semble que Madame ait peur de l'échec, de ne pas réussir, ce qu'elle confirme. Je m'interroge sur l'origine de cela. Madame réfléchit et me dit qu'elle ne sait pas. Je lui explique que parfois à l'école, les camarades peuvent un peu se moquer, que parfois les enfants sont cruels entre eux et que cela peut constituer des mauvais souvenirs et on peut se sentir dévalorisés. Madame se rappelle les moqueries de ses camarades lorsqu'elle a eu des lunettes. Elle redit avoir été surprotégée par sa maman, ce qui l'a empêchée de se défendre elle-même mais également d'avoir des relations sociales. Elle fait le parallèle avec sa naissance prématurée et le fait de s'être toujours sentie « fille unique ». Madame évoque également le manque de communication qu'il pouvait y avoir dans les familles « à cette époque » et peut être du même coup le manque de valorisation. Elle avait également de moins bonnes notes que sa sœur à l'école donc elle était souvent comparée à celle-ci. Ses parents lui disaient souvent que les conversations des adultes ne la concernaient pas car elle n'était « qu'une enfant ». Madame est très émue lorsqu'elle évoque ses souvenirs et parle de son manque de confiance en elle. Je lui propose de faire une séance d'hypnose.

4^{ème} séance d'hypnose

L'entrée en hypnose se fait par fixation d'un point, je propose ensuite à la patiente d'être attentive aux sons qui l'entourent puis procède à une visualisation des différentes parties du corps. Je lui propose ensuite de se revoir lorsqu'elle était enfant, dans un lieu particulier, à un moment où elle a ressenti pour la première fois ce manque de confiance en elle... je lui propose de porter attention à l'environnement qui l'entoure (...) et lui propose de laisser son inconscient ressentir les émotions particulières de ce moment. Madame a, à ce moment-là, des larmes qui commencent à perler aux coins des yeux. Je lui suggère ensuite de faire venir l'adulte qu'elle est, avec ses capacités, ses apprentissages, afin de pouvoir consoler cette petite fille... Peut-être peut-elle la prendre dans ses bras, et peut-être peut-elle lui dire tout ce qu'elle a besoin d'entendre... tout ce qu'elle a besoin d'entendre pour avoir confiance en elle, pour se sentir bien... Laisser son inconscient qui sait, même si elle ne sait pas qu'il sait, lui le sait et lui dire tout ce qu'elle a à lui dire pour aller vers le changement. Elle en possède les capacités. A ce moment-là de la séance, les larmes coulent sur les joues de la patiente. Je lui propose de continuer à son rythme, tranquillement, naturellement, de consoler cette petite fille et de lui dire tout ce qu'elle a à lui dire pendant que je me tais. Je l'invite à m'indiquer d'un geste quand elle aura dit tout ce qu'elle voulait à la petite fille. (...). Je l'invite ensuite à

s'éloigner de la petite fille qu'elle était et peut être lui dire une dernière chose, tout en la laissant consolée, apaisée et bénéficiant de nouvelles ressources et de confiance. Madame m'indique lorsqu'elle a terminé. Je lui propose ensuite d'aller dans son lieu protecteur, de sécurité, de l'explorer à nouveau et de laisser faire son inconscient, en laissant ce lieu bénéficier de ce qu'elle vient de vivre... Et peut-être ce lieu est-il un peu différent, ou peut-être pas, en tout cas elle peut ressentir cette sérénité, ce bien-être et toutes les ressources qu'elle possède en elle... et pendant qu'elle explore ce lieu, je vais me taire quelques instants pour qu'elle puisse poursuivre et savourer ce moment (...). Je lui propose ensuite de reprendre contact avec sa respiration, avec les différentes parties de son corps et petit à petit, quand elle sera prête, elle pourra rouvrir les yeux.

Madame est très émue. Elle pleure (pour la première fois pendant un entretien). Elle explique qu'elle n'avait jamais pensé avoir besoin qu'on lui dise tout cela. Il y avait beaucoup de choses qu'elle avait besoin d'entendre. Elle dit penser que ses parents ne lui parlaient pas assez et avait beaucoup de questions en elle qu'elle n'a jamais pu poser. Du coup, Madame a le sentiment de toujours s'être « cherchée » sans jamais se trouver. Elle dit ne pas se connaître, ne pas savoir qui elle est et a l'impression qu'il manque quelque chose à l'intérieur d'elle (se touche l'estomac), qu'il y a comme un vide. Elle fait le parallèle avec l'absence de son père à la maison. Celui-ci ayant « une double vie », il n'était pas très proche de ses filles. Madame dit « qu'il avait mieux à faire ». Madame semble malgré tout avoir du mal à exprimer sa colère. Elle voit d'ailleurs son père de manière régulière à l'heure actuelle et dit qu'ils sont tout de même plus proches, même si Madame lui en veut de toujours voir la femme qui était avant sa maîtresse. Ce sujet n'est d'ailleurs jamais abordé entre eux. A la fin de l'entretien, je propose à Madame d'écrire une lettre à son père avec tout ce qu'elle ressent vis-à-vis de lui et tout ce qu'elle aimerait lui dire. Je lui propose si elle le souhaite de l'amener pour que l'on puisse retravailler cela en séance d'hypnose. Je lui suggère également de faire la même chose vis-à-vis de sa mère si elle en ressent le besoin.

Lors de la séance suivante, Madame ne revient pas sur ce qui a été abordé au préalable. Nous travaillons principalement sur ses difficultés de couple. Madame N. revient sur le fait qu'elle se sent mieux, plus confiante et dit avoir réfléchi sur l'origine de ce manque de confiance en elle. Elle évoque son enfance mais également son couple : en effet, Madame trouve que son mari est très extraverti, autoritaire et lui laisse finalement peu « de place » voire la traite comme une enfant. Elle dit avoir pu faire des liens et se questionne beaucoup sur son couple. Elle parle d'un manque de communication et d'affection important. La séance suivante se situe d'ailleurs dans la continuité de celle-ci, avec une amplification du conflit conjugal. Madame reconnaît être susceptible et dit se vexer de manière fréquente. Elle aimerait que leur relation s'apaise et repense aux bons moments passés ensemble. Cependant, Madame n'arrive pas à parler à son mari. En effet, dès qu'elle essaie, elle se met en colère et celui-ci l'ignore totalement (par exemple en montant de plus en plus le son de la télé) et lui dit ne pas vouloir en parler. Madame souhaiterait entamer une thérapie de couple mais dit savoir que son mari ne sera pas d'accord. Je lui propose de faire une séance d'hypnose dans laquelle elle pourra dire à son mari tout ce qu'elle a besoin de lui dire et celui-ci l'écouterait (ce qui fait rire la patiente).

5^{ème} séance d'hypnose

Madame souhaite rentrer seule en transe par fixation d'un point. Je lui propose de la laisser faire et de reprendre la parole au moment où elle fermera les yeux. (...). Je lui dis que c'est très bien et lui propose maintenant d'imaginer qu'elle se trouve au dernier étage d'un charmant petit immeuble... peut être un immeuble d'un style particulier, avec des couleurs particulières, etc... Je lui dis qu'elle est au 4^{ème} et dernier étage et qu'elle se sent déjà plus détendue. Je lui propose de descendre au 3^{ème}, de la manière qu'elle souhaite et lui suggère que lorsqu'elle y sera, elle ressentira encore plus de détente dans son corps. Je procède de même jusqu'au 1^{er} étage. Je lui propose de profiter de cette détente agréable (...). Puis, je lui propose d'apercevoir une porte, une porte qu'elle va pouvoir ouvrir. Je lui dis qu'elle arrive dans un endroit particulier, peut être connu, ou peut-être pas. Un endroit pouvant être à l'extérieur ou à l'intérieur, en tout cas, un endroit dans lequel se trouve son mari... Je lui propose de s'approcher de lui, peut-être peut-elle s'asseoir confortablement près de lui, où en face... je lui propose de ressentir le contact du siège avec son corps... et elle va pouvoir dire à son mari tout ce qu'elle a sur le cœur... Je lui dis que son mari la regarde, il est à l'écoute et ne parle pas... Je lui suggère d'en profiter pour tout lui dire : tout ce qui est désagréable pour elle mais peut-être aussi son ressenti... peut-être peut-elle partager des souvenirs communs, des choses qu'elle aime chez lui, etc... c'est le moment de tout lui dire, je lui redis qu'il l'écoute, qu'elle est donc libre de tout lui dire. Je lui propose de lui laisser un peu de temps pour lui dire tout ce qu'elle a à lui dire, pendant que je me tais et lui dit qu'elle pourra m'indiquer le moment où elle aura terminé. (...). Lorsque c'est le cas, je lui propose maintenant de se lever, peut-être de dire une dernière chose à son mari, quelque chose qui lui paraît vraiment essentiel... Je lui propose si elle le souhaite de se rapprocher de lui, d'avoir un contact physique avec lui... Puis, repartir petit à petit, naturellement, à son rythme vers la porte, et sortir de la pièce... Je lui propose, quand elle sera sortie de l'endroit et qu'elle sera dans l'immeuble, de remonter les étages de la manière qu'elle le souhaite, en reprenant petit à petit conscience de l'environnement qui l'entoure, jusqu'à rouvrir les yeux au 4^{ème}. (...).

Madame me dit que c'était agréable de voir son mari à l'écoute. Elle me dit avoir pu tout lui dire. Je lui demande ce qui a permis qu'elle puisse le faire, si quelque chose de son côté avait changé. Elle me dit ne pas avoir été en colère et ne pas s'être énervée. Elle dit comprendre qu'un état de détente lui permettrait d'échanger plus facilement avec son mari. Je lui suggère éventuellement de faire un exercice de relaxation afin de retrouver cet état de détente si elle souhaite avoir une discussion avec son mari.

Après cet entretien, Madame a dû annuler plusieurs rendez-vous pour des raisons de santé. Lorsque je la revois (environ 3 semaines plus tard), Madame est surtout en demande de soutien suite à une hospitalisation de son père. Elle relate donc les dernières semaines passées. Les relations avec son mari se sont apaisées, celui-ci ayant été très soutenant pendant les dernières semaines. Malgré la situation et les difficultés avec son papa, qui lui a demandé beaucoup d'investissement, Madame dit se sentir inquiète mais pas angoissée. Elle dit avoir cependant eu peur que « cela revienne ». Elle met en avant le fait d'être plus forte qu'elle n'avait pu le

penser car elle arrive à faire face à la situation. Elle dit refaire l'exercice d'hypnose avec l'endroit protecteur dès qu'elle a un peu de temps ce qui l'aide beaucoup.

La patiente décide d'espacer les séances et de prendre rendez-vous 15 jours plus tard. Les séances suivantes porteront surtout sur l'état de santé du papa de Madame N. et sur ce que cela vient réactualiser de son histoire familiale. Madame évoquera également par moment une « boule d'angoisse » qui commence à monter dans son corps mais que celle-ci arrive à maîtriser en refaisant les exercices d'autohypnose. Madame insiste notamment sur ses capacités à faire face qu'elle sous estimait jusqu'alors, mais la crainte de refaire des attaques de panique est très présente. Les conflits conjugaux recommencent à être au centre de la problématique de la patiente lorsque les soucis de santé de son père s'apaisent.

Quelques séances plus tard, Madame révoquera les bénéfices de l'hypnose et le fait que cette « méthode » semble assez lui correspondre et être « efficace » pour elle. Elle évoque le ressenti de légèreté lorsqu'elle pratique l'hypnose et dit avoir l'impression de vraiment se sentir mieux. Elle dira cependant avoir des changements d'humeur fréquents au cours de la journée, ce qui la questionne (labilité affective). En effet, elle dit ne jamais avoir un ressenti stable. C'est-à-dire qu'elle se sent souvent irritable et qu'à tout moment son humeur peut devenir « négative » sans raison particulière et Madame se sent contrariée et se replie sur elle-même. Elle dit que ces troubles de l'humeur ont toujours été présents même lorsqu'elle était enfant. Elle parle cependant d'une certaine « innocence » agréable lorsqu'elle était enfant. Elle n'arrive pas à profiter pleinement d'une journée, même si celle-ci présente un caractère agréable. Même lorsque Madame se sent apaisée, elle dit finalement ressentir peu, voire pas, de plaisir. Elle dit envier les personnes « de bonne humeur » qui semblent éprouver du bonheur chaque jour. Madame fait l'hypothèse qu'elle ne s'autorise peut-être pas à être heureuse, mais n'en connaît pas la cause. Elle souhaiterait pouvoir travailler sur ce point lors des entretiens à venir.

Lors de la séance suivante, Madame N. a, dès le début de l'entretien, la voix tremblante et les larmes aux yeux. Elle dit d'emblée souhaiter travailler sur ses changements d'humeur et elle fait le lien avec ses difficultés conjugales. Madame relate son début de semaine « horrible » à cause des conflits de plus en plus importants avec son mari qui reproche à la patiente d'être toujours dans l'agressivité et dans la plainte. Madame est très en colère contre lui car il est peu présent et ne la soutient pas. Il a également eu des propos assez injurieux à son égard. Je demande à Madame ce qu'elle souhaite. Elle dit ne pas le savoir mais ne veut pas continuer de vivre dans ces conditions, notamment sans communication. Elle a cependant peur de quitter son mari et d'être seule d'autant plus que des éléments financiers sont à prendre en compte. Elle fait le parallèle avec son angoisse de séparation et sa peur d'être seule. Je lui demande ce qu'elle ferait si elle avait une baguette magique. Elle me dit qu'en premier lieu, elle souhaiterait ne plus avoir ses changements d'humeur. En effet, si la labilité affective diminuait, cela arrangerait peut-être les conflits conjugaux. Madame N. souhaiterait « prendre les choses » de manière plus apaisée. Ensuite, elle voudrait modifier la manière d'être de son mari (qu'il soit plus mature, plus communicant, plus soutenant, etc.). Je lui propose de

travailler sur le premier point. Madame décrit une humeur parfois calme, apaisée et qui est rapidement transformée en énervement. Je lui explique que cela me fait penser à un exercice d'hypnose (« les états du Moi ») dans lequel il est proposé de rencontrer les différentes parties de soi et de dialoguer avec elles. Je lui dis que j'imagine une partie d'elle calme et apaisée et une autre plus énervée, agressive et je lui propose de rencontrer ces deux parties sous hypnose. Je lui demande si cela pourrait correspondre à ce qu'elle pourrait imaginer, à ses représentations et Madame me dit que c'est effectivement le cas. Elle m'explique que la partie d'elle qui est énervée, agressive, prend souvent « le dessus » sur l'autre, et elle aimerait que cela s'inverse. Je lui demande, en préparation à la séance d'hypnose, de me parler de ces deux parties d'elle-même, de me les décrire pendant que je prends des notes. Dans l'état habituel de conscience, Madame ne voit pas de forme ni de nom particulier à donner à ces parties. Cela donne donc le tableau suivant :

Partie calme	Partie énervée
Bonne humeur	Prend le dessus sur l'autre
Apaisée	Pas de contrôle, de gestion
Sérieuse	A des propos « méchants »
Parle des choses importantes	Attaquante
Qualité	Chiante
Se remet en question	Susceptible
Tranquille/détendue	Méchante
Réfléchie	Dans l'agir
	Fait la tête/se replie
	Prend mal les choses, comme des attaques
	N'accepte pas ses défauts
	Rétorque tout de suite (impulsive)
	Se sent attaquée
	Défaut

Je lui demande ensuite ce qu'il lui faudrait, ce dont elle aurait besoin pour que la partie calme d'elle-même prenne le dessus sur la partie anxieuse : Madame me dit qu'il faudrait qu'elle ne réponde pas en miroir face à l'agressivité ; qu'elle relativise en ne prenant pas les choses trop à cœur et en étant plus détachée. L'accent est également mis sur le fait d'être dans la réflexion plutôt que dans l'impulsion, dans l'agir.

Madame fait des liens avec son mari qui est tout de même souvent à l'origine de l'agacement ressenti par la patiente. J'essaie de recentrer les choses sur elle et sur son ressenti. Elle évoque à la fin de l'entretien son besoin de faire cet exercice car elle dit avoir l'impression de « stagner », de ne pas aller de l'avant. Elle souligne le fait de beaucoup se remettre en question et de douter de ses capacités. Elle dit culpabiliser et se dévaloriser. Nous fixons un entretien pour la semaine suivante, afin de réaliser la séance d'hypnose portant sur les « états du Moi ».

6^{ème} séance d'hypnose

Je propose à Madame N. de retrouver seule l'état de transe. Elle me dit préférer être accompagnée. Je lui propose de partir les yeux fermés et de porter son attention sur l'environnement qui l'entoure... Notamment sur les sons, les bruits de voix, les pas, etc. qui peuvent juste passer, comme une page que l'on tourne, une pensée... ou peut-être être intégrés à son imagination. Je lui suggère de revoir également l'environnement qui l'entoure et ensuite de focaliser son attention sur sa position dans le fauteuil. J'insiste sur le « body scan » : en commençant par ses pieds, bien en appui sur le sol, ses pieds qui la portent. Je lui propose d'accueillir toutes les sensations de ses pieds, peut-être des fourmillements, des picotements, des impressions de fraîcheur, de chaleur, etc. Elle peut ensuite porter son attention sur ses mollets, ses cuisses, les points de contact avec le fauteuil, qui donnent peut être une impression de chaleur à certains endroits... le ventre, la poitrine, peut-être peut-elle percevoir les mouvements liés à la respiration, à l'inspiration, l'expiration, de manière naturelle... pour ensuite continuer au niveau du dos, des épaules, percevoir les différentes sensations au niveau du visage, les joues, les cheveux, etc.

Je lui propose ensuite de descendre un escalier, au rythme de sa respiration, pour se sentir de plus en plus détendue, aller de plus en plus profondément... Prendre la 10^{ème} marche, la 9^{ème} et sentir les endroits de son corps qui se détendent de plus en plus ; la 8^{ème}, la 7^{ème}, de plus en plus profondément, etc. Jusqu'à arriver dans un endroit particulier, celui de son choix où elle pourra accueillir et rencontrer les différentes parties d'elle-même. Explorer cet environnement, tranquillement, naturellement, regarder les couleurs qui l'entourent, peut-être entendre différents sons, ressentir les choses dans son corps, etc. Et peut-être que dans ce lieu, elle peut imaginer un endroit spécifique pour recevoir les différentes parties d'elle-même : par exemple une table ronde, une salle de réunion, ou tout autre chose... elle peut s'installer, le plus confortablement possible, toujours en ressentant les points de contact, ses appuis solides, importants sur le sol. Et peut-être peut-elle, dans un premier temps, accueillir la partie d'elle-même qui est énervée, méchante. Peut-être arrive-t-elle dans ce lieu particulier et peut être peut-elle lui donner une forme, un visage, peut-être même un nom. Je l'interroge à ce sujet et Madame me dit que non. Il semble difficile pour elle de verbaliser à ce moment-là même si je lui avais dit avant la séance que je la solliciterai. Je m'appuie donc sur ce que j'ai pu recueillir comme données au préalable pour construire cette rencontre. Je lui propose donc d'observer cette partie d'elle-même qui est énervée, agressive, impulsive, parfois incontrôlable, de prendre le temps pour cela, et de lui dire qu'elle sait qu'elle est là pour la protéger mais qu'elle n'est plus d'accord, qu'il faut trouver un autre moyen. Je propose à la patiente de lui dire « je ne suis plus d'accord ». Je lui suggère de continuer tranquillement à découvrir cette partie d'elle-même qui peut, dire des choses déplaisantes, qui fait la tête et se replie sur elle-même, qui prend les choses comme des attaques, qui rétorque de manière impulsive, etc. Elle peut également dialoguer et échanger avec elle.

Je lui propose ensuite, lorsqu'elle aura terminé, de faire appel à la partie d'elle-même qui est plus calme, de bonne humeur et de la faire venir dans cet espace. Elle peut également prendre le temps de la découvrir, de lui donner forme, lui donner un visage, etc. Elle peut observer son apaisement, sa bonne

humeur, découvrir cette partie calme d'elle-même qui peut se remettre en question, qui est tranquille, sérieuse, qui sait parler des choses importantes, etc. Et surtout cette partie qui est dans la réflexion et qui est capable de dialoguer. Je lui propose d'échanger avec elle, de la découvrir, de l'explorer, tranquillement, naturellement, à son rythme. Cette partie calme, apaisée est également une partie créatrice qui peut trouver une alternative pour le changement. Elle possède tous les apprentissages, toutes les capacités et également un certain contrôle. Ensuite, je propose à Madame N. de laisser la partie calme d'elle-même échanger, communiquer avec la partie énervée. Elle peut observer ce dialogue. Et peut-être que la partie calme peut expliquer à la partie énervée qu'elle pourrait voir les choses différemment, qu'il est tout à fait possible de ne pas répondre en miroir face à l'agressivité... Je lui suggère de prendre le temps d'observer cet échange. Et la partie calme peut également expliquer que l'on peut être plus détaché dans certaine situation, qu'il n'est pas toujours nécessaire de prendre les choses trop à cœur. On peut considérer que les choses passent, que certaines traversent juste la pensée, comme une page qui se tourne. La partie calme met également l'accent sur toutes ses capacités, ses ressources et ses qualités. Elle dit également qu'un contrôle est possible si l'on privilégie la réflexion à l'action, à l'impulsion. Je suggère à la patiente que petit à petit, au fur et à mesure de ce dialogue, elle peut voir la partie plus énervée d'elle-même qui s'éloigne, tranquillement... et la partie calme prendre de plus en plus de place. Elle insiste toujours sur ses qualités, en disant que d'autres alternatives sont possibles, qu'il est possible de voir les choses différemment... et petit à petit la partie énervée s'éloigne, s'éloigne et j'invite la patiente à ressentir les sensations qui se produisent dans son corps au fur et à mesure que la partie calme prend le dessus sur la partie énervée et que celle-ci s'éloigne, s'éloigne. Elle peut peut-être le ressentir à des endroits particuliers de son corps, dans ses pieds, ses mollets, son ventre, sa poitrine, ses épaules, ou toute autre chose. En tout cas, accueillir toutes les sensations, pendant que la partie énervée ne devient plus qu'un point à l'horizon et que la partie calme prend toute la place, accueillir le changement. Et ne garder à l'intérieur d'elle-même que les choses qui lui sont bénéfiques, garder tout ce dont elle a besoin et laisser son inconscient, qui veille sur elle et qui sait ce qui est bon pour elle faire le nécessaire. Son corps sait ce qui est bon pour elle et ne garde que ce dont elle a besoin pour expulser le reste à l'extérieur. Laisser se propager l'apaisement, le calme, etc.

Je lui propose ensuite de se retrouver dans son lieu de sécurité et d'observer ce qui l'entoure. Peut-être que des choses ont pu changer ou peut-être pas, en tout cas laisser les choses se faire, se mettre en place, tranquillement, naturellement, en intégrant le changement etc. Pendant qu'elle explore cet environnement familier, je lui suggère que le calme, l'apaisement ressenti va se propager dans le temps car son inconscient sait ce qui est bon pour elle... Et quand elle aura terminé, elle pourra retrouver l'escalier par lequel elle est descendue et le remonter petit à petit, tranquillement, naturellement, à son rythme... La 1^{ère} marche... la seconde, et reprendre contact avec sa respiration, la position de son corps, etc. La 3^{ème}, la 4^{ème}, la 5^{ème}, pour ressentir les différentes parties de son corps, la 6^{ème}, la 7^{ème} pour reprendre contact avec l'environnement qui l'entoure, les sons du bureau, etc. La 8^{ème}, la 9^{ème} pour revenir dans le bureau avec moi et enfin la 10^{ème} pour, quand elle sera prête, à son rythme, tranquillement, rouvrir les yeux.

Madame N. met du temps à rouvrir les yeux. Elle me dit avoir l'impression d'avoir fait un grand voyage et d'être allée très loin, plus qu'habituellement.

Elle m'explique qu'au début la partie agressive d'elle-même était très présente, c'est pourquoi elle a eu du mal à répondre verbalement car celle-ci semblait l'envahir. La personne calme était plus en retrait jusqu'à ce que cela devienne le contraire suite au dialogue entre les parties. Madame dit avoir été observatrice de leur dialogue mais a également pu ressentir les choses corporellement. En effet, au fur et à mesure, elle ressentait en elle plus de calme et de douceur. Lorsque la partie agressive et énervée s'est éloignée, Madame dit avoir eu l'impression que le mauvais en elle avait été enlevé, comme retiré par une personne, pour partir très loin. Madame fait le geste, comme si quelque chose était arraché à sa poitrine. Elle a ressenti dans son corps que la partie agressive a été aspirée et c'est la légèreté, la bonne humeur qui s'est propagée. La patiente dit que c'est comme si les choses avaient moins d'importance et qu'elle n'éprouvait plus de culpabilité.

Madame dit espérer que ces sensations perdurent dans le temps. Elle dit également qu'elle souhaiterait se vider la tête de ses pensées, ce qui l'aiderait sûrement à se sentir mieux. Je lui propose de revenir sur ce point ultérieurement. Pour cause de vacances, nous nous reverrons trois semaines plus tard.

2. Observations cliniques

Nous avons pu voir que dans un premier temps, plusieurs entretiens ont été proposés à la patiente dans le but de recueillir des données d'anamnèse et de sémiologie mais également pour qu'un lien de confiance puisse être établi avant de proposer des séances d'hypnose. Les troubles anxieux qui étaient amenés au premier plan par la patiente laissaient penser que des séances d'hypnose pourraient être pertinentes d'autant plus que ces troubles envahissaient la patiente au quotidien et celle-ci était dans une recherche de solution assez rapide.

La première séance a été proposée à la patiente par « anticipation » car celle-ci décrivait une impression de ne plus arriver à respirer quand elle faisait une attaque de panique. Je lui ai proposé de travailler sur sa respiration la séance suivante. Lors de celle-ci, la patiente a évoqué l'image d'une « boule d'angoisse » qui lui montait dans la poitrine de manière quasi-permanente. Je lui ai donc dit que je pratiquai l'hypnose et lui ai proposé une séance en commençant par une induction portant sur la maîtrise de sa respiration et en reprenant les propos de la semaine précédente (par exemple en insistant sur le fait que prêter attention à sa respiration va entraîner une accélération du rythme respiratoire et en mettant l'accent sur le contrôle que la patiente peut exercer sur celle-ci). J'ai également mis l'accent sur l'efficacité de l'hypnose pour la prise en charge des troubles anxieux. Ce que la patiente a en plus confirmé puisqu'elle avait vu une émission télévisée la veille concernant les bénéfices de l'hypnose pour des troubles similaires aux siens. Le contexte était donc plutôt favorable pour une première séance. Un exercice de réification lui a donc ensuite été proposé, ce qui a suscité un soulagement presque immédiat. J'ai également proposé à la patiente de refaire l'exercice de maîtrise de sa respiration quand elle en ressentirait le besoin afin de commencer à pratiquer l'autohypnose. Aux dires de la patiente, le simple fait de se concentrer sur sa respiration et de la contrôler procure une sensation de détente.

On peut donc penser que le fait de faire une induction portant sur la respiration va donner à la patiente un sentiment de maîtrise notamment par rapport aux symptômes physiologiques présents lors d'une attaque de panique (ou présents au préalable et repérés par la patiente comme précurseurs de « la crise »). C'est d'ailleurs ce qu'elle confirmera par la suite puisqu'elle dit avoir repensé et refait « l'exercice » à des moments où une sensation d'inconfort était présente et cela lui a permis de s'apaiser. L'exercice de réification aura également permis d'avoir un impact au niveau corporel mais également psychologique puisque la patiente se sent instantanément « libérée » de la boule d'angoisse ressentie. A ses dires un soulagement psychique, avec une détente et un apaisement considérable, est également présent (même si les pensées négatives persistent, la patiente ayant peur que son ressenti agréable ne soit que passager). Le lien entre le psychisme et le somatique est souvent mis en avant par la patiente ce qui va peut-être également dans le sens de l'hypnose pour répondre de manière adéquate à son ressenti et ses besoins.

Lors de la séance suivante, la patiente a abordé des éléments de son histoire de vie qui ne l'avaient pas été jusqu'alors. On peut se demander si le fait d'avoir fait la séance d'hypnose n'a pas permis une déliaison et si cela n'a pas permis à la relation thérapeutique de se développer de manière plus importante.

La seconde séance d'hypnose a été proposée à Madame N. un entretien plus tard. En effet, la patiente rapportait un sentiment de tension, de « bouillonnement interne » avec des contractions physiques notamment au niveau du visage. Elle n'avait cependant pas refait d'attaque de panique et ne présentait plus de sensation de « boule d'angoisse ». Madame N. insistait sur le besoin de se « retrouver comme avant » et que ses troubles cessent. Je lui ai proposé de s'imaginer comment cela serait si effectivement elle n'avait plus ses troubles, comment elle se sentirait, en mettant l'accent sur des éléments positifs et non négatifs. Je lui ai donc proposé d'associer une métaphore, une image, au « mieux-être » recherché. J'ai prêté attention aux éléments de son discours qui pourraient être repris pendant la transe (notamment en lien avec le fait de profiter de l'instant présent et en mettant en avant son inconscient qui veille sur elle). L'induction a été faite à partir de sa respiration mais j'ai également insisté sur l'observation des muscles de son visage qui étaient plus détendus. L'idée étant d'accompagner la patiente dans une co-construction au plus près de ce qui est amené par elle et au plus près de ses représentations internes. Après l'exercice, Madame se sentait très apaisée. Je lui ai suggéré que ce bien être pouvait se propager après l'entretien, pendant la journée. Je lui ai proposé de refaire cet exercice chez elle si elle en ressentait le besoin. Madame s'est saisie de cette proposition de manière presque automatique et refera de l'autohypnose de manière très régulière ce qui constitue pour elle une ressource importante. On peut encore une fois observer que la simple induction, avec ici une focalisation sur les différentes parties du corps de la patiente et notamment sur son visage, va également conduire à une sensation de détente physique venant répondre immédiatement au ressenti physiologique de « tension » de la patiente. La métaphore (ici de lévitation) dans sa dimension de co-création, de co-construction semble adaptée au plus près à la patiente et correspond parfaitement au ressenti auquel elle souhaite accéder. Il paraît important de souligner ce paramètre et l'idée de création d'une image qui lui est propre car si nous avions décidé d'utiliser une autre métaphore, celle-ci n'aurait peut-être pas autant convenue à la patiente et à son besoin de légèreté.

Au cours des séances, Madame a souvent évoqué sa peur de sortir, notamment dans les magasins par peur de faire une attaque de panique en public. Les fêtes de Noël approchaient et Madame avait prévu de faire une sortie dans un grand centre commercial avec son mari, ce qui l'inquiétait. Je lui avais donc proposé, le moment venu, de faire une exposition sous hypnose. Cela a donc été l'objet de la séance suivante. On peut voir que l'accompagnement se fait vraiment au pas à pas, en tenant compte du rythme de la patiente et de ce qui est amené par elle. La notion d'accordage est très présente. En dehors des séances d'hypnose, les temps pour la parole sont très importants et les échanges assez longs surtout avant mais même après la séance (qui est toujours accompagnée d'un temps de « débriefing »). Lors de cette séance il a donc tout d'abord été proposé à la patiente de créer sa « safe place ». Il est important de souligner que les aspects sensoriels sont toujours mis en avant lors de séance d'hypnose. Lorsque la patiente sort de la transe, elle dit se sentir apaisée et a l'impression à chaque séance d'hypnose que « quelque chose la quitte » et elle se sent mieux. Je l'invite également à refaire cet exercice si elle le souhaite avec l'ancrage choisi. Dans un second temps, nous allons réaliser une exposition. La patiente me raconte donc comment doit se passer sa journée dans un centre commercial et je m'appuie sur son récit lors de la transe en lui proposant de s'installer devant un écran avec une télécommande qui lui permet de voir sur une chaîne son lieu de sécurité et sur l'autre le documentaire de la journée ; avec la possibilité de changer de chaîne quand elle le souhaite. La journée au centre commercial se passera effectivement très bien sans appréhension au préalable et si Madame s'est sentie en difficulté à un moment dans la journée, elle a repensé aux séances d'hypnose et cette sensation l'a quittée. A ce moment-là, Madame N. dira que ses troubles anxieux ne sont plus présents et a l'impression d'être redevenue « telle qu'elle était avant ».

La quatrième séance d'hypnose sera proposée quelques séances plus tard et fait suite aux réflexions de Madame concernant le fait de se sentir « mal à l'aise » en public. Madame N. dit toujours avoir manqué de confiance en elle et souhaite maintenant que l'on travaille sur ce point. On voit ici l'intrication importante et peut être même un lien de causalité possible entre les troubles anxieux et le manque de confiance en soi. Sa recherche de sens la mènera à questionner ses relations familiales et peut être un manque de communication au sein de sa famille. Je lui propose donc à ce moment-là une séance de régression dans laquelle elle pourra, elle l'adulte avec toutes ses capacités, ses apprentissages, retrouver l'enfant qu'elle était, à un moment où elle a ressenti ce manque de confiance en elle, et lui apporter ce dont elle a besoin. Madame pleure pour la première fois en entretien pendant la transe. On peut penser que quelque chose de l'ordre de l'élaboration mais aussi de la réparation va se jouer à cette séance qui me semble très importante. Les problématiques mises en avant après cette séance par la patiente ne seront effectivement plus les mêmes. Elle semble en effet avoir davantage conscience de ses capacités, ose davantage s'exprimer, dit d'ailleurs se sentir mieux. La peur de refaire des attaques de panique et de ressentir de l'anxiété est cependant toujours présente. Mais, à ce moment-là de la prise en charge, ce sont les conflits conjugaux qui vont être au premier plan. On peut donc se demander si le fait d'avoir accompagné la patiente à contrôler seule son anxiété (donc sans son mari) et à peut-être avoir davantage confiance en elle ne va pas réactiver cette problématique de couple. Les troubles anxieux présents pouvant être à l'origine de bénéfices secondaires (on sait d'ailleurs qu'ils sont apparus peu de temps

après les premiers conflits lors desquelles madame a envisagé de quitter son mari). Une séance d'hypnose sera reproposée dans ce cadre à la patiente afin qu'elle puisse dire à son mari tout ce qu'elle ne peut exprimer en temps normal. La patiente espacera ensuite les séances pour ne venir au début que tous les 15 jours avec surtout une demande de soutien vis-à-vis d'un problème actuel (la maladie de son père venant réactiver des éléments de l'histoire familiale). Elle exprimera ses difficultés mais également les ressources qu'elle possède désormais et ses capacités à faire face à la situation auxquelles elle n'aurait pas pensé au préalable. Elle utilisera toujours l'autohypnose de manière régulière. Quand le problème s'apaisera, les conflits conjugaux seront à nouveau au premier plan et Madame décidera d'espacer à nouveau les séances. Lorsque la relation avec son mari deviendra envahissante, la patiente reprendra rendez-vous de manière plus régulière avec la demande de travailler sur son instabilité émotionnelle. Des séances d'hypnose lui seront à nouveau proposées dans ce cadre notamment à travers une séance basée sur « les états du Moi » de Watkins. J'insisterai davantage à ce moment-là sur le « body scan », à chaque étape de la séance, et on peut voir que cela va venir marquer l'importance du ressenti corporel pour valider le changement.

Discussion théorico-clinique

1. Rappel de la problématique

Nous avons pu voir, en parcourant les différents écrits réalisés, concernant la prise en charge des troubles anxieux par l'hypnothérapie, que de nombreuses méthodes existent mais il est assez complexe de savoir comment les appliquer en fonction de l'individualité des patients et de la relation établie. Les troubles anxieux ne sont la plupart du temps pas spécifiés. Au vu du nombre important de personnes s'adressant à des psychologues pour des troubles anxieux, et au vu des effets considérables de l'hypnothérapie rapportés par les auteurs dans la prise en charge de ces troubles, il m'a semblé important de développer mon travail sur cette pathologie. Je me suis aussi interrogée sur la manière d'intégrer l'hypnose à ma pratique habituelle tout en tenant compte de la relation établie avec le patient et de son individualité. Ce questionnement est traité à travers une étude de cas en spécifiant les troubles anxieux présents chez la patiente.

L'étude présentée était donc centrée sur deux points : tout d'abord les effets de l'hypnothérapie dans la prise en charge d'une patiente présentant des troubles anxieux, notamment ici un trouble anxieux généralisé avec attaques de panique. Ensuite, sur la manière dont cet outil peut être intégré dans la prise en charge thérapeutique.

Il était donc question de savoir : De quelle manière l'hypnothérapie peut-elle être intégrée dans la prise en charge psychothérapeutique d'une patiente présentant une anxiété généralisée avec attaques de panique et quels vont en être les effets ?

2. Confrontation des observations à la problématique

En ce qui concerne l'intégration de l'hypnothérapie dans la prise en charge : tout d'abord, je n'ai pas proposé de séance d'hypnose à la patiente lors des premiers entretiens. Il me paraissait important de questionner dans un premier temps sa demande, et ensuite de recueillir des éléments d'anamnèse et de sémiologie. La patiente évoquait donc des troubles anxieux envahissants, le fait de vouloir que ceux-là cessent rapidement et son questionnement autour de la recherche de sens. Elle était dans une démarche de psychothérapie. Ces entretiens, que l'on pourrait dire « préliminaires », m'ont également permis de commencer à établir une relation de confiance avec la patiente, ce qui me paraît indispensable avant de proposer une séance d'hypnose. La problématique centrale abordée par la patiente, en lien avec ses troubles anxieux, m'a cependant tout de suite fait penser à l'hypnose d'autant plus qu'il était assez fréquent qu'elle s'exprime à travers des images, faisant souvent le lien entre les aspects psychiques et corporels, ce qui me laissait penser que ce serait un outil assez adapté. J'ai eu l'impression d'accompagner la patiente au « pas à pas », en essayant de toujours être au plus près de ses dires, de sa demande, de son ressenti et de ses représentations. Mon écoute a peut-être d'ailleurs été différente, avec une place plus importante laissée à

certaines éléments, par exemple aux manifestations corporelles. Il semble que mon positionnement n'ait pas été le même avec peut-être l'impression d'accompagner davantage la patiente et de peut-être me « laisser aller » davantage dans une co-création. Finalement l'intégration de l'hypnose dans la prise en charge s'est faite assez naturellement, simplement. Avant chaque séance d'hypnose, un temps important a été accordé à la verbalisation. Un « débriefing » plus ou moins rapide est également proposé après la séance si la patiente en ressent le besoin. Les séances d'hypnose ne sont jamais devenues systématiques et dépendaient du besoin de verbalisation de la patiente et de ce qui était amené par elle. On voit bien ici que l'hypnose est vraiment intégrée comme un « outil » dans la psychothérapie au moment où il semble pertinent de l'utiliser. Lorsque la patiente a évoqué, à la fin d'un entretien, ses difficultés à maîtriser son ressenti physiologique lors de certains moments où elle ressentait de l'anxiété, notamment sa respiration et surtout le fait de vouloir y remédier, j'ai pensé à lui proposer simplement, au départ, de travailler sur la maîtrise de sa respiration lors de l'entretien suivant. Cela semblait être le bon moment pour intégrer l'hypnose à nos séances puisque les demandes de la patiente étaient au plus près de ce que je pouvais lui proposer avec cet outil. La séance suivante, la patiente a réitéré sa demande et a évoqué parallèlement le fait de ressentir une « boule d'anxiété » dans son corps. Je lui ai présenté l'hypnothérapie, ce qui a encore une fois été assez simple puisque la patiente avait vu une émission la veille sur le thème de l'hypnose dans le traitement des troubles anxieux. La situation était idéale. Je lui ai donc proposé une induction permettant de travailler sur le contrôle de sa respiration. Elle a pu observer qu'elle pouvait finalement maîtriser les éléments physiologiques, ce qui n'était pas possible pour elle habituellement et une réification (pour la « boule d'anxiété ») lui a été proposée. Il paraissait central de rester au plus près de ce que la patiente avait amené et cela a effectivement eu des bénéfices importants puisque la patiente s'est sentie soulagée instantanément. En effet, à ses dires, le simple fait de se concentrer sur sa respiration et de la contrôler procure une sensation de détente. On peut donc penser que le fait de faire une induction portant sur la respiration va donner à la patiente un sentiment de maîtrise notamment par rapport aux symptômes physiologiques présents lors d'une attaque de panique (ou présents au préalable et repérés par la patiente comme précurseurs de « la crise »). C'est d'ailleurs ce qu'elle confirmera par la suite puisqu'elle dit avoir repensé et refait « l'exercice » à des moments où une sensation d'inconfort était présente et cela lui a permis de s'apaiser physiquement et psychologiquement. L'exercice de réification aura également permis d'avoir un impact sur les manifestations physiologiques de l'anxiété mais aussi au niveau psychologique. En effet, aux dires de la patiente, un ressenti de détente psychologique et un apaisement considérable sont également présents (même si des pensées négatives persistent, la patiente ayant peur que son ressenti agréable ne soit que passager). Elle ne fera donc plus d'attaques de panique bien qu'un ressenti d'anxiété soit toujours présent. Lors de la séance qui a suivi, la patiente a abordé davantage son vécu personnel et familial. On peut donc se demander si en plus du soulagement procuré de manière presque instantanée par la séance d'hypnose, celle-ci n'a pas permis une certaine déliaison qui permettra d'aborder de nouveaux éléments pendant la thérapie. On peut aussi penser que cela a pu avoir un impact relationnel avec une relation de confiance d'autant plus importante (allant dans le sens d'une réponse au plus proche de ce que souhaitait la patiente et de sa problématique).

A la seconde séance d'hypnose, c'est une métaphore qui a été proposée à la patiente. En effet, celle-ci disait se sentir « tendue » et voulait que cela cesse. Elle ressentait également des crispations au niveau du visage. Nous avons d'abord co-construit cette métaphore, en mettant l'accent sur les aspects positifs présents si les symptômes disparaissaient. C'est la patiente qui a choisi l'image (celle de la lévitation) qui correspondait à l'état émotionnel recherché. L'induction a été proposée sur le même principe que précédemment avec encore une fois une focalisation sur la respiration mais également avec une visualisation des différentes parties de son corps en insistant sur son visage et le fait qu'il était de plus en plus détendu. Encore une fois, la simple induction va amener la patiente à une sensation de détente psychique et physique d'autant plus qu'elle est assez « ciblée » et répond au ressenti abordé précédemment par la patiente. On peut voir la métaphore ensuite comme une « accentuation » de l'effet recherché. Pendant la métaphore, j'ai également insisté sur des éléments amenés précédemment par la patiente qui me paraissaient « clés » : notamment la notion du temps (« profiter du temps présent ») en reprenant ses termes mais en introduisant également de la confusion ; mais également la notion d'inconscient bienveillant. La patiente dira ne plus avoir ressenti d'anxiété après cette séance. Elle préférera tout de même faire une séance d'exposition sous hypnose avant de devoir aller toute une journée dans un grand centre commercial afin « de posséder tous les outils possibles ». La méthode de désensibilisation systématique avec l'apport de Bioy & al (2010) par rapport à la « safe place » a été utilisée. Cela a en effet rassurée la patiente lorsqu'elle s'est sentie en difficulté par la suite. Elle évoquera le fait de se sentir « à nouveau elle-même ».

Après ce travail centré sur les troubles anxieux, Mme N. a évoqué son manque de confiance en elle et le souhait de travailler sur ce point. On voit ici l'intrication importante et peut être même le lien de causalité qui peut exister entre les troubles anxieux et le manque de confiance en soi. On peut donc considérer le renforcement du Moi comme faisant partie de la prise en charge des troubles anxieux ou du moins d'une de ses composantes. Une régression en âge est proposée à la patiente qui va pleurer pour la première fois lors de la transe. On peut penser que quelque chose de l'ordre de l'élaboration mais aussi de la réparation va se jouer à cette séance qui me semble très importante. Les problématiques mises en avant après cette séance par la patiente ne seront effectivement plus les mêmes. Elle semble en effet avoir davantage conscience de ses capacités, ose davantage s'exprimer, dit d'ailleurs se sentir mieux. La peur de refaire des attaques de panique et de ressentir de l'anxiété est cependant toujours présente. Madame N. s'est vraiment approprié « l'outil hypnose » et lorsque nous referons les séances, elle souhaitera d'ailleurs faire seule l'induction (ce qui lui avait été proposé au préalable mais qu'elle n'avait jamais accepté). Bien que Madame rencontre par la suite des difficultés conjugales et familiales, les troubles anxieux ne semblent plus être au premier plan et lorsqu'elle se sent en difficulté, elle arrive elle-même à faire face à son ressenti et à s'apaiser. Elle a d'ailleurs souhaité espacer les séances pendant un certain temps avant de travailler sur son instabilité émotionnelle.

➡ Il semble que l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de Madame N. ait été tout à fait appropriée et a permis de répondre à ses troubles avec une certaine « efficacité » qui n'aurait peut-être pas été la même sans cet outil. Les différentes approches théoriques que nous avons pu voir ont parfois été intégrées dans les séances, tout en étant adaptées à ce qui était amené par la patiente et en tenant compte de la

dimension relationnelle. En effet, un accompagnement au pas à pas a été réalisé, vraiment au plus près de ce que la patiente exprimait, ce qui lui a permis de se saisir rapidement de cet outil et d'en tirer des bénéfices immédiats. L'hypnose représente ici un outil dans la thérapie mais ne la remplace aucunement puisqu'un travail d'élaboration accompagnait les séances d'hypnose et nous avons vu qu'elles pouvaient peut-être d'ailleurs permettre une certaine déliaison et de faciliter l'accès au vécu de la patiente. Les séances d'hypnose ne sont donc pas systématiques et plusieurs entretiens thérapeutiques ont souvent lieu entre les séances. L'hypnose est proposée lorsqu'elle paraît être un outil pertinent au vu de ce qui est amené par la patiente.

Nous avons pu voir les bénéfices de l'utilisation de l'hypnose pour la prise en charge des troubles anxieux. En effet, l'induction en elle-même semble permettre de répondre de manière adéquate aux symptômes physiologiques notamment présents dans les attaques de panique. Cela va notamment permettre d'exercer un contrôle sur la respiration et du même coup sur le rythme cardiaque. Une sensation de détente physique mais également psychique est présente à cette étape. Ce qui va dans le sens des effets de l'induction proposés par Hammond (1990).

Pendant la transe, différentes situations ont été proposées à la patiente, chaque fois au plus près de ce qui était amené par elle. Des « exercices » déjà existants ont pu être repris mais toujours dans une idée de co-construction avec la patiente afin qu'elle se les approprie. Il semble qu'ils aient permis de « renforcer » les effets bénéfiques de l'induction, en travaillant sur un aspect particulier, avec une diminution importante du ressenti anxieux pour Madame N. Au cours des séances d'hypnose, il lui a donc été proposé une réification afin de diminuer l'intensité de « la boule d'anxiété » présente ; une métaphore pour répondre au besoin de ne plus ressentir d'anxiété, donc de se sentir à nouveau elle-même, dans une légèreté et une liberté que Madame a associé à l'image de la lévitation avec un accent porté sur la temporalité (dans le but de se situer dans « l'ici et maintenant », dans l'instant présent et non : dans les préoccupations en lien avec le passé et dans l'anticipation par rapport à l'avenir) et sur l'inconscient protecteur ; une désensibilisation systématique avec introduction de la « safe place » afin de préparer Madame à une journée pouvant être vécue comme source d'anxiété ; un travail de « renforcement du moi » avec une régression permettant de travailler sur la confiance en soi. On retrouve bien un travail sur les trois dimensions de l'anxiété (en référence au modèle tridimensionnel de Van Craen, 2007) : au niveau du comportement, avec la technique de désensibilisation systématique en état de relaxation ; au niveau du ressenti (physiologique) avec les techniques de relaxation qui étaient enseignées à la patiente (pour exercer un contrôle sur sa respiration et prévenir les attaques de panique) ainsi qu'avec la réification et la métaphore ; au niveau des cognitions avec une modification des croyances de la patiente et la mise en avant de ses ressources, de ses capacités et son contrôle. A chaque étape de la prise en charge, on peut également voir un travail de « renforcement du Moi » (Varma, 2012). En questionnant les relations précoces de la patiente, nous avons également proposé un « traitement des causes du problème » en induisant une régression en âge qui portait sur le principe du « pont affectif » (Watkins, 1971) afin de travailler sur la confiance en soi. Il semble d'ailleurs central d'intégrer, du moins pour Madame N., un travail sur ce point dans la prise en charge des troubles anxieux.

Dès les premières séances, Madame n'aura plus d'attaques de panique. C'est lors de la troisième qu'elle dira ne plus ressentir d'anxiété et se sentir à nouveau « elle-même ». La séance de « renforcement du Moi » semble avoir représenté un tournant dans la prise en charge de Madame N. D'autres séances d'hypnose seront proposées par la suite à la patiente lorsqu'elle abordera ses relations conjugales et son souhait de travailler sur son instabilité émotionnelle (notamment avec un exercice portant sur « les états du Moi » de Watkins). J'introduirais davantage le « body scan » à ce moment-là et on pourra voir toute son utilité pour souligner tous les changements corporels, à travers les sensations ressenties, qui se produisent en séances. L'utilisation de l'hypnose se fait donc bien au-delà de la prise en charge des troubles anxieux et concerne finalement la personne dans sa globalité. En tout cas, on peut voir les effets bénéfiques de l'introduction de l'hypnose dans la prise en charge psychothérapeutique d'une patiente présentant des troubles anxieux généralisés avec attaques de panique.

3. Discussion éthique

Bien que les effets positifs de l'introduction de l'hypnose dans la prise en charge psychothérapeutique d'une patiente présentant une anxiété généralisée avec attaques de panique soient incontestables, on peut s'interroger sur les aspects éthiques de cette méthode. En effet, on peut penser que l'on va se situer dans cette approche dans une prise en charge du symptôme mais que nous n'allons pas nous situer dans une démarche thérapeutique de recherche de sens, d'élaboration. On peut cependant considérer que l'hypnose est un outil, et qu'elle peut, comme dans la prise en charge de Madame N., être accompagnée d'entretiens thérapeutiques. Elle peut même représenter à certains moments un « levier thérapeutique », puisque nous avons vu qu'après la première séance d'hypnose il sera plus facile pour Madame N. d'aborder son histoire personnelle. Peut-être accentue-t-elle la relation de confiance. De plus, en ce qui concerne la séance de « renforcement du Moi », on peut peut-être penser que l'hypnose va permettre un certain travail d'élaboration, ce qui va dans le sens du « traitement des causes du problème ». En fait, cela va dépendre de la demande des patients puisque certains ne sont pas dans une recherche de sens, bien au contraire et souhaitent que leurs symptômes, vus comme envahissants au quotidien, s'apaisent. Mais il est vrai que cela va demander un autre positionnement, une adaptation de notre cadre de travail habituel ce qui nécessite une réflexion par rapport à notre pratique. Il en est de même en ce qui concerne le « laisser aller » dont le thérapeute doit faire preuve pendant les séances d'hypnose, afin de vraiment être dans l'accordage, dans la co-création avec le patient, ce qui est assez inhabituel. Pendant la thérapie, on reçoit tout de même ce que l'autre amène de manière consciente ou inconsciente avec un aspect lié à la corporalité mais cela est accentué avec l'hypnose et, la réflexion (du moins pendant la séance) n'est pas au premier plan. Cette idée de « laisser aller » est au départ assez difficile à concevoir mais paraît par la suite assez naturelle et représente même un positionnement plutôt agréable pour le thérapeute.

Il est aussi important de souligner que dans la prise en charge de Madame N. nous avons choisi de travailler sur les troubles anxieux dans un premier temps parce que c'est ce qui était amené par la patiente mais d'autres aspects de sa personnalité ou de son fonctionnement psychique auraient pu être abordés. On peut par exemple penser qu'un travail sur l'angoisse de séparation, d'abandon aurait pu être intéressant. On peut se questionner sur le fait de travailler sur un aspect du fonctionnement de la patiente. Mais dans la mesure où il a été possible d'aborder la confiance en soi de la patiente ou la relation avec son époux, on peut penser que d'autres aspects pourront être évoqués par la suite. Ce qui est d'ailleurs le cas avec le travail sur l'instabilité émotionnelle de la patiente. En effet, on peut voir que l'utilisation de l'hypnose va se faire bien au-delà de la prise en charge des troubles anxieux présentés par la patiente au départ. Nous nous situons vraiment dans une prise en charge globale, tout en s'attachant à la demande du patient, et c'est ce qui fait aussi la richesse de cet outil. Mais il peut y avoir dans certains cas, une frustration du thérapeute qui s'exprime, lorsqu'il a repéré certains aspects du fonctionnement psychologique du patient qui ne sont pas évoqués spécifiquement par celui-ci.

Je me questionne également sur la manière dont l'hypnose a pu être abordée et sur ce qui a pu être suggéré à la patiente. En effet, celle-ci avait vu une émission sur l'efficacité de l'hypnose dans la prise en charge des troubles anxieux et je me suis beaucoup appuyée sur cela. C'est-à-dire que j'ai effectivement validé cela mais que lorsque la patiente se questionnait sur la durabilité de l'apaisement ressenti je lui disais que l'hypnose était très efficace dans la prise en charge des troubles anxieux et que ces effets étaient durables dans le temps, que les troubles ne devraient donc pas réapparaître. J'ai beaucoup mis l'accent sur la « réussite », ce qui n'est pas du tout dans mes habitudes de travail et ce qui m'a donc questionnée. Lorsque l'on a travaillé sur la respiration de la patiente et la maîtrise qu'elle pouvait en avoir je lui ai également dit que le fait de focaliser son attention sur sa respiration va l'accélérer mais est-ce vraiment la vérité ? On peut penser que derrière ses suggestions, il y a quand même quelque chose de l'ordre de la « manipulation » mais dans le but d'obtenir une amélioration chez la patiente. En tout cas la patiente est orientée, par les suggestions, vers le but qu'elle souhaite atteindre. Peut-être que nous ne faisons finalement que répondre à sa demande mais c'est encore une fois quelque chose qui est assez nouveau dans la prise en charge.

Nous avons également pu voir que les troubles anxieux présents pouvaient représenter des bénéfices secondaires, notamment par rapport à la relation conjugale de Madame N. D'ailleurs, lorsqu'ils n'ont plus été présents, les conflits au sein du couple sont réapparus. On peut se demander s'il était donc pertinent d'avoir accompagné la patiente à contrôler seule son anxiété (donc sans son mari) voire à ce que celle-ci ne soit plus présente. De même que le travail sur la confiance en soi est venu réinterroger la dynamique de couple ce qui n'était pas une demande de la patiente. Cependant, on peut penser que si les séances d'hypnose ont été bénéfiques pour la patiente, c'est qu'il n'y pas eu de résistance et que l'invasivité par les symptômes était plus importante que les bénéfices secondaires présents, sinon le travail avec l'hypnose (mais aussi psychothérapeutique dans sa globalité) n'aurait pas été possible.

Nous pouvons aussi nous interroger concernant le temps de « debriefing » après la séance d'hypnose. Peut-être étaient-ils un peu trop long, car même si la patiente se sent apaisée, ce sont toujours des éléments négatifs qui sont ramenés et la peur que ce bien être ne soit pas durable.

En fait, l'intégration de l'hypnose dans les prises en charge psychothérapeutiques des patients est une source de questionnement intarissable, c'est d'ailleurs ce qui fait la richesse de cet outil. Ces interrogations représentent également une nécessité par rapport à notre place de psychologue notamment lorsque notre cadre de travail est modifié.

4. Apport de l'étude

Nous avons pu voir qu'il existe de nombreuses techniques concernant la prise en charge des troubles anxieux par l'hypnothérapie. En effet, dans la mesure où ce trouble représente une majorité des motifs de consultation des psychologues cliniciens en libéral, et dans la mesure où l'hypnothérapie a fait ses preuves dans leur prise en charge, de nombreuses méthodes d'utilisation de celle-ci ont été proposées. Cependant, nous avons pu voir que dans les écrits, les troubles anxieux ne sont pas spécifiés. De plus, la question de la relation est peu abordée et le panel théorique existant ne fait pas état de l'individualité des patients et de la manière dont l'hypnose est intégrée dans les prises en charge psychothérapeutiques. C'est pourquoi dans l'étude de cas présentée ici, nous avons abordé la situation d'une patiente qui présentait une anxiété généralisée avec des attaques de panique. Nous nous sommes également demandé de quelle manière l'hypnothérapie pouvait être intégrée dans la prise en charge psychothérapeutique de cette patiente, en tenant compte de son individualité (histoire personnelle, problématique, structure de personnalité, centres d'intérêts, croyances, représentations, etc.) et aussi de ma pratique habituelle. L'utilisation de l'hypnose a donc été « inspirée » des méthodes existantes mais pour les intégrer dans une prise en charge thérapeutique dans une dimension de co-création, de co-construction. C'est en fait la patiente qui nous guide dans ce qui va pouvoir lui être proposé pour répondre au mieux à sa demande. C'est un guide vers sa subjectivité et le thérapeute va se servir de son savoir théorique (par exemple des méthodes d'hypnose qu'il connaît) en accord avec celle-ci.

Cette étude donne donc un aperçu de la prise en charge globale d'une patiente à travers une étude de cas, en considérant l'hypnose comme un « outil » intégré dans la psychothérapie en fonction de ce qui est amené en séance par la patiente. Cela permet d'être au plus près de l'individualité de celle-ci, ce qui peut également avoir un impact relationnel intéressant permettant d'accentuer l'instauration d'une relation de confiance. Nous avons aussi pu mettre en avant la rapidité avec laquelle la patiente s'est saisie de cet « outil » en pratiquant l'autohypnose et ses bénéfices pour la prise en charge de troubles anxieux spécifiques.

Cet écrit peut également permettre de mener une réflexion sur la manière d'intégrer un nouvel outil dans sa pratique professionnelle habituelle. En effet, cela a nécessité un questionnement par rapport à mon cadre de travail et à mon positionnement par rapport au patient. On peut donc penser que cela représente un apport important dans ma pratique qui est en pleine évolution avec certains remaniements et peut être une manière différente d'accueillir les patients.

Conclusion

Nous avons pu voir que d'une manière générale l'intégration de l'hypnose dans la prise en charge psychothérapeutique d'une patiente va se faire dans un accompagnement au pas à pas, en fonction de ce qui est amené par celle-ci en séance et en fonction de son individualité. La psychothérapie sera réalisée de manière assez « habituelle » et l'hypnose ne sera pas proposée de manière systématique, mais plutôt comme un « outil » lorsqu'il semble pertinent de l'utiliser. Les différentes théories existantes seront intégrées à la prise en charge mais c'est l'idée de co-création avec la patiente qui va être centrale. Celle-ci s'est d'ailleurs rapidement saisie de cet outil en pratiquant l'autohypnose de manière régulière. En ce qui concerne les apports de cette méthode, nous avons d'une part pu voir que celle-ci permettait de répondre de manière assez « efficace » aux troubles anxieux présentés par la patiente avec des bénéfices immédiats. En effet, l'induction en elle-même semble permettre de répondre de manière adéquate aux symptômes physiologiques notamment présents dans les attaques de panique. Cela va notamment permettre d'exercer un contrôle sur la respiration et du même coup sur le rythme cardiaque. Une sensation de détente physique mais également psychique est présente à cette étape. Pendant la transe, différentes situations ont été proposées à la patiente, chaque fois au plus près de ce qui était amené par elle. Des « exercices » déjà existants ont pu être repris mais toujours dans une idée de co-construction avec la patiente afin qu'elle se les approprie. Il semble qu'ils aient permis de « renforcer » les effets bénéfiques de l'induction avec une diminution importante du ressenti anxieux pour la patiente. Lors de la première séance d'hypnose, une réification a été proposée. La patiente n'aura plus d'attaques de panique par la suite. La relation avec la patiente évoluera après la première séance d'hypnose et celle-ci abordera davantage son histoire de vie. On peut donc penser que l'hypnose va pouvoir permettre un travail de déliaison et faciliter l'accès au vécu de la patiente. On peut peut-être faire le lien avec l'accentuation d'une relation de confiance et envisager également l'hypnose comme une sorte de « levier thérapeutique ». Une métaphore a été proposée ensuite pour répondre au besoin de la patiente de ne plus avoir de ressenti anxieux et de se sentir elle-même avec un accent porté sur la temporalité. Une désensibilisation systématique avec introduction de la « safe place » a pu être réalisée. Madame dira ensuite ne plus avoir eu de ressenti anxieux et insistera sur le fait de se sentir à nouveau « elle-même ». A travers ces séances on peut voir un

travail sur les trois dimensions des troubles anxieux, c'est-à-dire, au niveau du comportement, au niveau physiologique et au niveau des cognitions, sans que cela ait eu besoin d'être préparé, mais juste grâce à ce qui était amené par la patiente concernant son ressenti. Un travail de « renforcement du moi » spécifique, avec une régression en âge (technique du « pont affectif ») et un reparentage sous hypnose sera proposé lorsque la patiente abordera son manque de confiance en elle, en lien avec ses troubles anxieux, ce qui peut être considéré comme un « traitement des causes du problème ». On voit ici l'importance d'un travail sur ce point puisque ce moment représentera un tournant dans la prise en charge de la patiente (même si un « renforcement du Moi », avec une importance considérable accordée aux ressources de la patiente, à ses capacités, etc. était présent à chaque séance). En effet, les bénéfices secondaires présents jusqu'alors en lien avec les troubles anxieux, ne vont plus être présents, ce qui va réactualiser la problématique conjugale. De plus, la patiente espacera ensuite les séances et les problématiques abordées représenteront davantage un soutien dans l'actualité, ce qui n'empêchera pas de refaire des séances d'hypnose si besoin notamment dans le but de travailler sur l'instabilité émotionnelle. Un exercice basé sur « les états du Moi » de Watkins sera proposé et l'effet du « body scan », utilisé de manière régulière pendant la séance, sera démontré. En effet, l'ancrage corporel va venir marquer le changement grâce aux sensations spécifiques ressenties par la patiente pendant la séance. Nous pouvons donc voir la richesse de cet outil qui permet une prise en charge globale de la personne.

Cette étude aura suscité de nombreux questionnements et surtout une réflexion sur une modification du cadre de travail habituel. Malgré les bouleversements que l'hypnose implique dans la pratique, nous avons pu voir ses bénéfices pour la prise en charge d'une patiente présentant une anxiété généralisée avec attaques de panique. Nous pouvons également constater des bénéfices pour le thérapeute : dans un laisser-aller à la fois inhabituel et agréable, une co-création différente ; et cela semble également moins mobilisant psychologiquement. L'utilisation de l'hypnothérapie dans la prise en charge thérapeutique m'a en fait semblé assez naturelle, et effectivement, a un caractère plutôt agréable.

Je souhaite donc continuer de développer cette pratique de l'hypnose qui me semble pouvoir apporter une nouvelle richesse à ma pratique clinique ainsi qu'une ouverture et un panel de possibilités illimitées dans ce qui peut être proposé au patient au plus près de son individualité.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*. Paris : Masson.
- Alman, B.M. (1990). La métaphore du tiroir fermé. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p :166-167.
- Araoz, D.L. (1994). *Hypnose et sexologie*, Paris : Albin Michel.
- Barber, T.X. (1990). Suggestions positives pour une vie réussie. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 109-113.
- Barber, T.X. (1990). Suggestions pour développer l'estime de soi. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 114-116.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International Universities Press.
- Bioy, A., Célestin-Lhopiteau, I. (2014). *Hypnothérapie et Hypnose médicale en 57 notions*. Paris : Dunod.
- Bioy, A., Keller, P. (2009). *Hypnose clinique et principe d'analogie*. Bruxelles : De Boeck.
- Bioy, A., Michaux, D. (2007). *Traité d'Hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod.
- Bioy, A., Wood, C., Célestin Lhopiteau, I. (2010). L'Aide-mémoire d'hypnose en 50 notions. Paris : Dunod.
- Borkovec, T.D., Mathews, A. (1988). Treatment nonphobic anxiety disorders : a comparison of nondirective, cognitive and coping desensitisation therapy. *Journal of consulting & clinical psychology*, 56, 877-884.
- Colombo, S. (2014). Stress et Anxiété. In Bioy, A., Célestin-Lhopiteau, I. (Eds.), *Hypnothérapie et Hypnose médicale en 57 notions*. Paris : Dunod, p : 291-299.

- Edwin, L., Stichney, M.D. (1990). L'île de la sérénité. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 153-154.
- Finkelstein, S. (1990). Le refuge privé. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 152-153.
- Garver, R.B. (1990). Suggestions de renforcement du moi. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 127-128.
- Gindhart, L.R. (1990). Les saisons de l'année : une métaphore de croissance. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 136-137.
- Hammond, D.C. (1990). Apprendre à se nourrir : un exemple de régression en âge vers des expériences de maîtrise. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 131-132.
- Hammond, D.C. (1990). *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe.
- Hartland, J. (1971). Further observations on the use of « ego-strengthening » technique. *American journal of clinical hypnosis*, 14, 1-8.
- Hunter, M.E. (1990). Désamorcer la panique. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*, Bruxelles : Le Germe, p : 167-168.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*, Chicago : University of Chicago Press.
- Jencks, B. (1990). Méthode de respiration relaxée. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 156-159.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. Bruxelles : De Boeck.
- Ménard, A. (2014). Affirmation de soi et confiance en soi. In Bioy, A., Célestin-Lhopiteau, I. (Eds.), *Hypnothérapie et Hypnose médicale en 57 notions*. Paris : Dunod, p : 280-285.
- Murray-Jobsis, J. (1990). Construction de l'ego. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 132-134.
- Pelletier, A.M. (1990). La métaphore de l'arbre remarquable. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 135-136.
- Smaga, D & al. (2010). L'hypnose et les troubles anxieux. *Revue Médicale Suisse*, 6, 330-333.
- Spiegel, D., Spiegel, H. (1990). Les techniques de traitement hypnotique de l'anxiété. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 151-152.
- Stanton, H.E. (1990). Développer la détermination : la boule de neige. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 138-139.
- Stanton, H.E. (1990). Renforcement du moi : une technique en cinq étapes. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 118-120.
- Rummel, R.L. (1990). La métaphore du vilain petit canard. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Le Germe, p : 134-135.

- Touati, J. (2012). *Traitement de l'anxiété généralisée et hypnothérapie. Cas clinique détaillé.* www.orgadia.com.
- Van Craen, W. (2007). Le traitement de l'anxiété. In Bioy, A., & Michaux, D. (Eds.), *Traité d'Hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications.* Paris : Dunod, p :405-420.
- Varma, D. (2012). *Hypnose et troubles anxieux. Acte du 3^e Congrès de l'Association Européenne des Praticiens d'Hypnose.* Paris : L'Harmattan.
- Walch, S.L. (1976). The red balloon technique of hypnotherapy : A clinical note. *International journal of clinical & experimental hypnosis*, 24(1), 10-12.
- Watkins, H.H. (1990). Suggestions pour augmenter l'estime de soi. In Hammond, D.C. (Eds.), *Métaphores et suggestions hypnotiques.* Bruxelles : Le Germe, p : 123-126.
- Watkins, J.G. (1971). The affect bridge : A hypnoanalytic technique. *International Journal of clinical & experimental hypnosis*, 19, 21-27.
- Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1978). *Ego States : Theory and Practice*, New York : W.W. Norton.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* Palo Alto : Stanford University.

Lachèze Sandrine
Psychologue clinicienne
N° étudiant : 27001058
DU Hypnothérapie
Année 2014-2015



Apport et intégration de l'hypnothérapie dans la prise en charge psychothérapeutique d'une patiente présentant une anxiété généralisée avec attaques de panique

Résumé : Afin de réaliser cette étude, nous avons pu explorer les écrits existants dans la littérature mentionnant l'hypnothérapie dans la prise en charge des troubles anxieux. Nous avons pu voir que le caractère anxiolytique de l'hypnose fait qu'ils étaient relativement nombreux. Les techniques employées nous ont donné des pistes de travail et nous nous sommes intéressés à deux points centraux: tout d'abord les effets de l'hypnothérapie dans la prise en charge d'une patiente présentant des troubles anxieux, notamment ici un trouble anxieux généralisé avec attaques de panique. Ensuite, sur la manière dont cet outil peut être intégré dans la prise en charge thérapeutique.

Nous avons insisté sur l'accompagnement aux pas à pas, sur la prise en compte de l'individualité de la patiente, de son ressenti et aussi de la relation afin de répondre au mieux à sa demande. L'hypnose n'a pas été utilisée de manière systématique dans la prise en charge psychothérapeutique. La dimension de co-création était au centre de ce travail. Nous avons également mis en avant les effets bénéfiques de l'induction

hypnotique, notamment sur les manifestations physiologiques en lien au ressenti anxieux et surtout aux attaques de panique. La réification, la métaphore, la désensibilisation systématique avec introduction de la « safe place », une régression en âge avec un reparentage (afin de travailler sur le « renforcement du Moi ») sont autant de techniques ayant pu être proposées à la patiente qui nous permettrons de mettre en avant les bénéfices de l'hypnothérapie, dans la prise en charge thérapeutique d'une patiente présentant une anxiété généralisée avec attaques de panique.

Mots clés : Relation. Individualité. Psychothérapie. Co-création. Troubles anxieux. Confiance en soi. Hypnothérapie.