

*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>*

Marion BEN

Université de Bourgogne

U.F.R. Sciences Humaines et Sociales



**Diplôme universitaire : Hypnothérapie.**

***Ecoute active et identification de plusieurs niveaux dans  
une demande d'accompagnement par l'hypnose***

Vignette clinique d'une demande de soutien au harcèlement dans le couple.

Dirigé par le Docteur Brigitte Lutz

Docteur en psychiatrie, psychanalyste et hypnothérapeute (Paris)

Juin 2015.

## Remerciements :

Je tiens tout particulièrement à remercier le docteur Brigitte Lutz, d'abord pour ses trois jours de participation au D.U. d'hypnothérapie, pour sa justesse, sa contenance et son expertise, qui m'ont spécifiquement cueillis lors de la formation et ensuite pour le soutien, l'éclairage toujours constructif et enrichissant, ainsi que la confiance qu'elle a su me transmettre tout au long de la rédaction de ce travail universitaire.

Je remercie également Antoine Bioy, directeur de la formation, pour sa grande disponibilité et son accessibilité, ainsi que l'ensemble des professionnels intervenants du D.U. Hypnothérapie, autant de rencontres bouleversantes de créativité, de liberté et d'enrichissements professionnels, qui ont grandement contribué à mobiliser chez moi, à chaque session, un intérêt croissant pour l'hypnose.

J'adresse également mes remerciements à mes collègues de D.U., aux interactions respectueuses et passionnantes que nous avons partagées et qui ont participé également à la richesse de cette formation.

Je remercie également ma collègue et amie France Jeanmougin, pour sa relecture et ses conseils attentifs et nécessaires à la rédaction de ce travail.

Enfin, je remercie les patients que je rencontre actuellement dans ma pratique professionnelle et qui participent pleinement à mon appropriation et à l'enrichissement de ma découverte de l'hypnothérapie, avec un remerciement tout spécifique à Madame K, qui a accepté de partager son vécu et son expérience d'accompagnement en hypnothérapie, pour l'élaboration de ce travail de recherche.

## Table des matières

Introduction .....	2
Revue théorique :.....	4
Le couple conjugal .....	4
Violences psychologiques dans le couple .....	5
Mécanismes sous-jacents à l'emprise conjugale .....	6
Symptomatologie individuelle en cas d'emprise conjugale .....	8
L'hypnothérapie dans les prises en charge de victime de harcèlement moral dans le couple .....	9
Présentation succincte de l'hypnothérapie .....	10
Accompagnement de victime d'emprise conjugale par l'hypnothérapie, quels intérêts ?.....	12
Problématique de recherche .....	15
Méthodologie.....	17
Présentation du contexte de rencontre et de pratique professionnelle.....	17
Présentation générale des modalités du suivi thérapeutique de la vignette clinique .....	18
Présentation de la patiente .....	18
Premiers éléments du suivi.....	19
Modalités thérapeutiques spécifiques de cette vignette clinique .....	20
Données cliniques.....	22
Déroulement des entretiens .....	22
Premier entretien .....	22
Deuxième entretien et première séance d'hypnose .....	26
Troisième entretien et deuxième séance d'hypnose .....	33
Quatrième entretien et troisième séance d'hypnose .....	39
Cinquième entretien et quatrième séance d'hypnose .....	47
Sixième entretien et cinquième séance d'hypnose .....	53
Synthèse des données pertinentes en réponse à la problématique de recherche.....	54
Rappel des éléments cliniques principaux.....	54
Elaboration de proposition de réponse à la problématique de recherche .....	55
Analyse critique du travail de recherche .....	60
Analyse critique des séances et de l'accompagnement de Madame K.....	60
Apport de ce mémoire de recherche et son intrication avec ma pratique professionnelle.....	63
Conclusion.....	66
Bibliographie .....	68
Résumé et mots clefs .....	70

## Introduction

Formée et diplômée en septembre 2009 de l'université de Metz, d'un master 2 à visée intégrative entre psychologie de la santé et psychologie clinique, j'ai été, au cours de ma formation initiale, sensibilisée à de nombreuses thérapies telles que l'EMDR, la relaxation, la sophrologie ou encore l'art-thérapie, disciplines pour lesquelles nous avons pu bénéficier de quelques modules de formation et de découverte.

Ainsi, rapidement, à la suite de ma prise de poste en novembre 2010, en service hospitalier d'oncologie et plus tard, lors de mes diverses interventions en multi-accueils collectifs, l'intérêt de me former à une approche thérapeutique complémentaire à mon bagage clinique universitaire initial m'a semblé indispensable.

En 2012, j'entreprends la réalisation d'un D.U en psycho-oncologie, qui m'a permis d'enrichir et spécialiser mes connaissances théoriques et psychopathologiques sur des éléments fondamentaux des prises en charge en oncologie.

Simultanément à cette formation, je découvre, au cours de l'année 2012, la pratique de la pleine conscience avec les ouvrages sur le *Mindfulness* de Jon Kabat Zinn (2011) et j'entreprends de découvrir cette discipline plus spécifiquement dans le champ de la petite enfance et de l'enfance, au travers des ouvrages d'Eline Snel (2012) et de Susan Kaiser Greenland (2014). Ces découvertes et ces lectures m'ont permis d'apporter un autre regard à ma pratique professionnelle au sein des multi-accueils et se sont accompagnées d'une prise de conscience plus générale à propos de la dynamique spécifique que je souhaitais y apporter.

Ainsi, les dimensions d'accueil, de bienveillance et d'empathie prégnantes et redécouvertes dans le *Mindfulness* m'ont semblé fondamentales à renforcer dans mes postures et plus globalement dans ma pratique professionnelle.

Dans cette dynamique, j'ai recherché une formation professionnelle universitaire pouvant permettre cet enrichissement et j'ai candidaté, au cours du mois de juin 2014 au D.U. d'hypnothérapie, pensant surtout trouver des clés thérapeutiques adaptées à ma pratique professionnelle variée, en service d'oncologie et de tabacologie, ainsi qu'en structures petite enfance et en cabinet libéral.

Plus que des clés, un trousseau entier et finalement un nombre conséquent de portes s'est ouvert pour moi dès les premières sessions de formation.

Ces portes sont autant de pistes, de questionnements et de bouleversements professionnels qui m'ouvrent actuellement un nouvel horizon de travail et de réflexion.

L'élaboration de ce mémoire de recherche est donc l'occasion pour moi d'aborder plus précisément une de ces questions, déterminante selon moi pour le recours à l'hypnose. Ainsi, et afin d'accueillir au mieux les besoins du patient et d'y ajuster son accompagnement par l'hypnothérapie, il est rapidement apparu pour moi absolument nécessaire d'entendre et d'identifier les demandes du patient, le plus justement et efficacement possible.

La thématique centrale de ce travail sera donc de montrer en quoi les accompagnements par l'hypnose nécessitent de cerner de façon efficiente, les différents niveaux d'une demande de patient.

Pour ce faire, une situation clinique d'accompagnement par l'hypnose va constituer le principal support de réflexions et d'analyses, étayé d'éléments théoriques collectés en amont dans le but de répondre au mieux à ce questionnement professionnel.

## Revue théorique :

Les éléments théoriques présentés ici seront volontairement succincts et non exhaustifs, l'objet de ce travail étant avant tout de rendre compte d'une pratique professionnelle clinique et concrète, en n'évoquant dans cette revue théorique que les notions principales utiles à la compréhension de la vignette clinique analysée.

### Le couple conjugal

Cette entité a souvent été décrite et mise en scène par de nombreux auteurs littéraires notamment comme Stendhal avec *De l'amour* (1965) et souvent conceptualisée, analysée et débattue par des philosophes comme Platon (1964) dans *Le Banquet*, avec le discours sur l'amour d'Aristophane ou encore Alberoni (1993) dans son essai, *Le choc amoureux*.

Sophie de Mijolla-Mellor (2009) analyse d'ailleurs spécifiquement le fonctionnement des couples, en se basant sur l'ouvrage de Goethe (1980), *Les affinités électives*. Dans son texte de 2009, *Au risque des affinités électives*, elle décrypte des éléments de structure et de psychanalyse de certains fonctionnements du couple.

Ainsi, elle y précise par ailleurs l'analyse du couple conjugal de Freud, comme étant la reproduction, la quête inconsciente du modèle originaire de l'imgo relationnelle de la dyade mère/enfant, tandis que pour Schopenhauer (1909), la constitution d'un couple relèverait plutôt d'un choix inconscient, d'attirances réciproques et complémentaires, pour permettre la reproduction optimale de l'espèce.

Pour Bianchini et al (2005), la constitution d'un couple, au niveau individuel, va se réaliser, dans un but inconscient de soulagement de la souffrance psychique de chaque protagoniste du couple.

Angélopoulos (2001) rappelle que souvent, les contes merveilleux de la littérature populaire sont clos sur des unions de couple, heureuses et intronisées par un mariage, constitutif d'une fin en soi. Cependant, elle va présenter, dans son analyse du conte de tradition orale d'Eros et Psyché, la dualité présente en tout couple, celle de l'association entre principe de vie et pulsion

de mort, qui vont finalement trouver leur expression, selon les théories psychanalytiques, dans la vie libidinale du couple.

Ainsi, Bianchini et al (2005) décrivent la survenue de difficultés conjugales lorsque les identifications projectives réciproques ne peuvent plus s'établir, et que l'un des protagonistes de l'union se trouvera lié, voire écrasé par les objets internes de son partenaire, créant des collusions venant immobiliser le couple et ses mouvements identificatoires.

Dans les situations d'emprise conjugale, le mouvement est conservé, mais inégal et unilatéral, présent chez un seul membre du couple, injectant ainsi de la violence en son sein, par de nombreux mécanismes présentés dans le paragraphe suivant.

### Violences psychologiques dans le couple

Ces violences surviennent dans un contexte plus général de harcèlement moral, d'une emprise mise en place par un des membres du couple.

Marie-France Hirigoyen, psychiatre, psychanalyste et psychothérapeute a repris le modèle psychanalytique de la perversion, présenté notamment par Pédinielli et Pirlot dans *Les perversions sexuelles et narcissiques*, publié en 2005, afin de donner une représentation théorique du harcèlement moral, en utilisant les concepts de perversion et de séduction narcissique, dans son ouvrage : *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*, paru en 1998.

Elle y présente le harcèlement moral comme étant une stratégie d'anéantissement « moral » de l'autre, aboutissant à empêcher la victime de s'exprimer, à l'isoler, à la déconsidérer auprès de ses collègues à la discréditer dans son travail ou sa famille, en compromettant sa santé mentale et/ou physique. Selon Hirigoyen (1998), pour être qualifiée de perversion, cette stratégie doit être menée avec fixité et acharnement, ainsi qu'avec une certaine forme de jouissance.

Dans son texte, *De la peur à la soumission*, publié en 2009, et, plus longuement, dans son ouvrage, en 2005, *Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple*, Marie-France Hirigoyen aborde plus spécifiquement le harcèlement moral dans le couple. Elle y précise finalement, qu'au-delà de la violence physique, aspect le plus visible socialement, le mode de relation adopté par l'un des protagonistes du couple et subi par l'autre, sera basé sur la domination et le contrôle, et ainsi, aboutir à la mise sous emprise.



Hirigoyen (1998) définit par ailleurs la violence psychologique comme étant constituée de gestes, et surtout, de paroles ayant pour objectifs de déstabiliser le partenaire de couple, puis de le blesser, afin de parvenir à installer un contrôle, une soumission, en réduisant l'altérité et l'identité du partenaire, en les niant et en le transformant finalement en objet, vide de tout désir et toute autonomie psychique.

Ainsi, elle y présente les différentes phases de mise sous emprise, qui débute systématiquement par la peur, d'abord installée par des mécanismes de violences psychologiques, souvent insidieuses et banalisées par les victimes.

Pour Hirigoyen (1998), la violence dans le couple est cyclique et va contenir quatre phases distinctes : la première, celle de tension, d'irritabilité avec une violence larvée et indirecte, installant l'emprise et la dévalorisation de la victime. La seconde phase sera celle d'agression, avec des insultes ou des menaces, pouvant être traduites en acte si les mots ne sont plus suffisants pour l'agresseur, créant alors la peur, une sidération massive et une absence de réactions chez la victime. Après cette phase de violence manifeste, survient une phase d'excuses et de contrition, la phase précédente étant souvent justifiée de façon externe par l'agresseur qui va justement y inclure la victime comme responsable de cette violence, induisant une dissociation et une culpabilisation sous-jacente chez la victime. La dernière phase sera alors celle de la réconciliation, avec un changement de posture chez l'agresseur, redevenu prévenant et rassurant, ce qui va alors finalement participer à renforcer l'emprise et contribue à l'installation, toujours selon Hirigoyen (2009), d'un système de punition/récompense, particulièrement infantilisant et régressif, qui participe pleinement au renforcement de la domination et de l'emprise sur la victime.

Ainsi, une fois l'emprise conjugale mise en place, elle va être durcie et maintenue par de nombreux mécanismes associés, présentés dans le paragraphe à venir.

### Mécanismes sous-jacents à l'emprise conjugale

En effet, l'emprise sera alimentée, entretenue par des mécanismes, qu'Hirigoyen décrit également en 2005 et en 2009.

Ainsi, selon elle, le harcèlement moral va d'abord, par l'intermédiaire de propos disqualifiants, de processus d'infantilisation et de dévalorisation, lever les défenses des victimes sous emprise.

De ce fait, les résistances identitaires vont faire place progressivement à une perte d'esprit critique et une habitude à la violence psychologique, souvent banalisée et non discriminée comme étant néfaste et inacceptable, au même titre que les violences physiques.

Ainsi, toujours selon Hirigoyen (2009), cette habitude va entraîner d'abord, une diminution progressive de l'estime de soi des victimes, et finalement, cela va contribuer à majorer la vulnérabilité mise en place par le harcèlement moral.

Par ailleurs, chaque process, chaque mécanisme de violence mis en place vont spécifiquement impacter la victime, souvent sans qu'elle ne s'en aperçoive. Lorsque le harceleur met en place son emprise, il isole sa victime, il la frustre, lui renvoie l'inutilité de ses besoins, créant des carences multiples, autant de manœuvres qui contribuent à nier l'identité et la place de sujet de la victime, qui va se sentir en insécurité permanente et subir une diminution massive de son estime de soi, par toutes ces atteintes.

De même, le bourreau va recourir à de l'intimidation, des menaces voire du chantage pour maintenir la peur et le contrôle chez sa victime, qui va, progressivement, développer un phénomène de culpabilité inversée, qu'Hirigoyen (2005) décrit comme étant la conséquence directe du chantage et des menaces. Elle décrit une culpabilité projetée par l'agresseur sur sa victime, comme une manipulation supplémentaire, qui vient à inverser les rôles qu'il distribue en solitaire, par un conditionnement permanent, participant pleinement à maintenir une passivité de la victime devenue objet.

Hirigoyen (2009) reprend alors un concept défini par Walker (1984), le phénomène d'impuissance apprise, qui correspond à l'inhibition contrainte de toute capacité d'anticipation et qui entraîne chez les victimes, la mise en place d'un état de vigilance permanent. Cette vigilance va finalement provoquer un manque de réactivité, un sentiment d'enfermement et d'incompétence, qui pourra même contribuer à la survenue d'affects dépressifs, renforçant encore un peu plus l'emprise et finalement l'incapacité de la victime à s'extraire de ce milieu violent et hostile.

Néanmoins, les victimes, face à l'ensemble des mécanismes de l'emprise, vont tenter de mettre en place des stratégies d'adaptation pour faire face à cette hostilité permanente, ce qui va être détaillé dans le paragraphe suivant.

## Symptomatologie individuelle en cas d'emprise conjugale

Pour survivre face à cette emprise, les victimes vont mobiliser certains procédés, qui sont décrits, par Hirigoyen (2009) comme pouvant être assimilés à des modifications de la conscience, qu'elle associe à « un état hypnotique imposé », comme une transe mise en place intuitivement, afin de modifier les perceptions de la victime, ses sensations douloureuses et sa conscience, comme une dissociation salvatrice, un moyen de survie face à la violence subie.

Cet état d'hypnose négative est alors un mécanisme passif de défense, mis en place inconsciemment par la victime, soumise par obligation, mais également par stratégie d'adaptation, n'ayant que très peu d'autres possibilités d'alternative face à la violence et à l'emprise.

Ainsi, Hirigoyen (1998) décrit l'adaptation à la violence comme une conséquence de l'emprise, justifiant finalement l'anesthésie de la victime par l'habituation et la répétition des violences banalisées, et non identifiées comme telles, ce qui est souvent le cas dans la violence perverse.

Au plan relationnel, cette adaptation contrainte à la violence, ces aménagements nécessaires vont induire de nombreuses conséquences sur le fonctionnement des victimes. Ainsi, Hirigoyen (2009) évoque l'établissement d'un lien de dépendance de la victime à son bourreau, avec des mécanismes semblables à ceux observés dans les addictions, liés au conditionnement et à l'emprise, ainsi qu'aux mouvements interdépendants d'évitement de la souffrance et de la quête d'un apaisement voire d'une réparation.

Au plan clinique, de nombreux symptômes sont présents chez les victimes, notamment des troubles psychiques, avec la présence d'anxiété, d'attaques de panique, de troubles du sommeil et de l'alimentation, ainsi que des difficultés de concentration, selon Hirigoyen (2005).

Elle décrit également la présence de manifestations somatiques fréquentes comme des douleurs chroniques, céphalées ou lombalgies, des troubles du sommeil et un état de tension permanent, induisant une diminution globale des défenses immunitaires des victimes.

Ces tableaux cliniques, à mesure du maintien de l'emprise et de la gradation de la violence, peuvent ainsi évoluer vers des syndromes anxio-dépressifs majeurs chez les victimes.

Pour faire face, de nombreuses victimes ont recours à l'usage de toxiques, notamment le tabac et l'alcool, ainsi que de psychotropes souvent prescrits pour faire face au stress familial, sans mention spécifique du contexte d'emprise et de domination.

Enfin, selon Hirigoyen (2009), l'écoute active, la sensibilisation à ces mécanismes d'emprise et le décryptage du soignant semblent être les ressources et issues principales face à la soumission apparente, au silence nécessaire, à la honte et à l'immobilisme, et l'ensemble des stratégies d'adaptation mise en place par les victimes de violence conjugale.

Nous allons donc essayer de préciser, dans la partie suivante, les intérêts éventuels d'un accompagnement par l'hypnothérapie de ces victimes d'emprise conjugale.

## L'hypnothérapie dans les prises en charge de victime de harcèlement moral dans le couple

Actuellement particulièrement médiatisée, l'hypnose a été décrite initialement selon Pralong et Yersin (2008) avec Mesmer au XVII<sup>ème</sup> siècle et utilisée comme outil thérapeutique pour la première fois, selon Bioy (2007) avec Puységur au XVIII<sup>ème</sup> siècle.

Cette approche beaucoup évoluée, notamment en fonction des contextes sociétaux, ce que présente Michaux (2007), qui postule que les représentations sociales de l'hypnose vont en influencer son recours.

De Freud, Chertok, Rogers à Erickson, Roustang, Brosseau, tous ont contribué à l'essor et à la transmission de l'hypnose, à visée thérapeutique.

Dans son introduction au Traité d'hypnothérapie (2007), Michaux présente rapidement cette évolution et montre également que la thérapie hypnotique peut s'inscrire dans de nombreuses orientations telle qu'analytique, systémique, comportementalo-cognitiviste, constructiviste, montrant ainsi la richesse et l'universalité de cet outil, centré finalement sur le patient et ses besoins.

Roustang (2005), propose une définition possible de l'hypnose, spécifiquement utile en hypnothérapie, comme étant un processus qui va guider le patient, par une induction, vers un nouveau type de perception, qu'il nomme comme étant « la perceptude », utilisée dans sa vie ordinaire pour remettre son symptôme en mouvement et mieux l'y intégrer dans son fonctionnement ordinaire.

Il s'agira ici de présenter succinctement les différents éléments communs et constitutifs de l'hypnothérapie, malgré les différentes appropriations selon les praticiens, ce qui nous a particulièrement été présenté, tout au long de la formation, à mesure des rencontres avec les différents intervenants.

### Présentation succincte de l'hypnothérapie

Bioy et Michaux (2007) définissent l'hypnothérapie comme étant le recours psychothérapeutique de l'hypnose.

Selon eux, l'hypnothérapie va positionner, de façon centrale, l'état hypnotique comme visée psychothérapeutique, établissant ainsi une distinction avec l'hypnosédation, autre recours de l'hypnose, à objectif anesthésique cette fois.

De même, Bioy et Michaux (2007) décrivent l'hypnothérapie comme étant guidée par les besoins du patient, de sa demande d'aide, venant requérir chez le thérapeute, une implication et un relationnel spécifiques à la technique hypnotique.

Pralong et Yersin (2008) reprennent succinctement les différentes étapes de base communes à la technique hypnotique. Ainsi, quatre étapes de base sont nécessaires et indispensables : d'abord une phase d'induction, qui recourt, grâce au guidage du thérapeute, à une focalisation du patient sur ses perceptions et sa sensorialité,

La communication hypnotique, détaillée par Thioly (2007) va alors être employée et utilise des éléments discursifs précis, tels que le saupoudrage, les suggestions indirectes à valence positive, que Thioly qualifie comme étant « en rupture avec les règles ordinaires de la communication humaine » et a pour objectif, selon Melchior (1990), que le thérapeute conduise le patient « à se laisser parler ».

Pour qu'elle soit optimale, la communication hypnotique suit une musicalité fluide, contenante et enveloppante, dans le but de saturer l'attention consciente, et de provoquer ainsi une confusion, permettant ensuite au patient, selon Pralong et Yersin (2008), d'associer ainsi ses perceptions et sa sensorialité à des représentations et pensées non accessibles consciemment, marquant alors la survenue de la transe hypnotique, véritable phase de dissociation psychique, au cours de laquelle l'activité cérébrale est intense.

Pour Masson (2003) également, la transe hypnotique va se caractériser par des modifications temporaires du psychisme et de son fonctionnement, proposant ainsi une réorganisation plus ou moins stable et à de multiples niveaux, comportemental, affectif et cognitif.

Cette étape cruciale sera alors celle de la formulation, pour le thérapeute, des suggestions et métaphores thérapeutiques et qui vont proposer, selon Thioly (2007) notamment, des réaménagements et mise en mouvements de l'imaginaire du patient, favorisant ainsi la mobilisation de ses ressources internes vers des changements thérapeutiques et bénéfiques.

Pour Santiago-Delefosse (2002), cette mise en mouvement, qui déstructure et restructure le fonctionnement psychique du patient, va constituer le principal intérêt psychothérapeutique de la méthode hypnotique.

Ainsi, Masson (2003) cite Erickson et Rossi (1976), qui postulent que la clé, qui va transformer le désordre des associations antérieures du patient en schémas plus prédictibles, sera l'implication psychologique du patient, devenant acteur de sa prise en charge, par la mise en mouvement suggérée par les métaphores de l'hypnothérapeute, lors des trances hypnotiques.

De même, selon Masson (2003), la transe hypnotique, passage obligatoire pour permettre le changement et la mise en mouvement, va ainsi constituer l'invariant thérapeutique de l'hypnothérapie.

Rossi (2001) va donc suggérer que l'hypnothérapie, pour qu'elle soit efficace, suppose un travail psychique conséquent, résultant d'une demande initiale de soins du patient et de suggestions thérapeutiques adaptées par le praticien, dans le but de faire émerger des « processus auto-organisationnels thérapeutiques ».

Ainsi, cette forme de psychothérapie qu'est l'hypnothérapie va permettre, selon Roustang (2002), de neutraliser « le moi officiel, conscient volontaire » pour laisser la place à la sensorialité, la créativité et le mouvement et, ainsi, aider le patient à la résolution et l'aménagement de ses symptômes.

De même, l'hypnose s'inscrit dans une proposition de relation d'aide, ce que rappellent Bioy et Michaux (2007), qui précisent également que le pouvoir thérapeutique de l'hypnose se trouve surtout dans la relation interpersonnelle, l'alliance thérapeutique que vont pouvoir établir le patient et le thérapeute.

En outre, cette alliance va nécessiter un véritable accordage entre patient et thérapeute : Lutz (2007) décrit alors une résonance entre deux sujets, tels deux violons qui s'accordent à la

musique de la parole de l'hypnothérapeute, pour permettre l'accès aux ressentis et à l'éprouvé, dans cette rencontre co-construite.

Concernant les indications de l'hypnothérapie, Bioy et Michaux (2007) postulent qu'elles sont les mêmes que pour les autres psychothérapies, telles que les phobies, les troubles anxio-dépressifs, les conversions et autres tableaux cliniques.

Cependant, Bioy et Michaux (2007) questionnent d'éventuelles contre-indications, notamment dans des contextes de troubles psychotiques aigus, qui, paradoxalement, sont également des contextes dans lesquels les patients vont exprimer des demandes plutôt pressantes. Or, les fondements de l'hypnothérapie, la dissociation et l'imaginaire vont justement être contre-indiqués à ces patients, tout comme ceux souffrant de bouffées délirantes ou de psychose paranoïde, entre autre.

De même, comme pour toute psychothérapie, Bioy et Michaux (2007) rappelle que la déontologie et l'expertise de l'hypnothérapeute reste fondamentale et centrale pour ajuster au mieux le recours à cet outil thérapeutique.

Ainsi, le prochain paragraphe sera l'occasion de préciser en quoi l'hypnothérapie pourrait constituer une thérapeutique adaptée aux victimes de violence conjugale.

### Accompagnement de victime d'emprise conjugale par l'hypnothérapie, quels intérêts ?

Comme il a déjà été présenté précédemment, les symptômes les plus observés chez les victimes d'emprise conjugale, selon Hirigoyen (2005), sont les troubles anxieux, la survenue fréquente de céphalées et lombalgies, les troubles du sommeil et de l'alimentation, ainsi que la présence, parfois, d'affects dépressifs, dans un contexte d'altération sévère de l'estime de soi.

Hirigoyen présentait surtout, pour les victimes, le recours à des stratégies externes d'adaptation, telles que l'usage de toxiques, l'alcool, le tabac et certains psychotropes également.

Ainsi, au plan des symptômes les plus fréquents chez les victimes de maltraitance, Van Craen (2007) propose, par son approche tridimensionnelle, travaillant sur les aspects comportementaux, émotionnels et cognitifs, un traitement de l'anxiété par l'hypnothérapie.

Par ailleurs, Mambourg (2007) évoque spécifiquement le traitement en hypnothérapie des céphalées et des maux de tête, en précisant notamment la question de la psychosomatique. Ainsi, il postule, comme Corrin (2007), que le recours à l'hypnose peut contribuer à rétablir la continuité entre corporalité et psychisme, auparavant clivée, notamment chez les victimes de maltraitance.

Concernant les douleurs chroniques, Celestin-Lhopitaux (2007) va également préciser l'intérêt de l'hypnothérapie, notamment dans ses dimensions d'accueil, de rencontre et d'écoute, avec la possibilité d'accéder globalement au patient douloureux et non plus seulement à la douleur du patient, recentrant la perspective de soin sur un sujet, plus que sur son symptôme.

En outre, Virot (2007) présente également le recours efficient à l'hypnothérapie dans l'accompagnement des affects dépressifs, qu'ils soient chroniques ou chaotiques aigus, selon deux protocoles de traitement distincts, orientés cependant vers un but semblable, celui de la mobilisation et la mise en mouvement des ressources internes du patient.

Ces différentes inscriptions cliniques indiquent, pour plusieurs des symptômes retrouvés chez les victimes d'emprise conjugale, que le recours à l'hypnothérapie présente de nombreuses indications et intérêts majeurs, vers une résolution favorable de ces symptômes.

Par ailleurs, lorsque Hirigoyen (2009) postule de stratégies de dissociations spontanées, mises en place intuitivement par les victimes pour faire face à la violence quotidienne et répétitive qu'elles subissent, cela peut déjà traduire une mise en œuvre, non consciente, d'un des aspects fondamentaux de l'hypnothérapie et donc, semble déjà indiquer une adéquation du recours à cet outil thérapeutique pour les victimes, présentant, de fait, des habiletés et des voies d'accès éventuellement simplifiées.

De même, les victimes de maltraitance vont mettre en place un clivage soma-psyché encore plus massif que dans la population générale, qui, comme le décrit justement Lutz (2007),



présente déjà cette indifférence du corps, dont les sensations et perceptions antérieures ne seront rappelées qu'au travers de manifestations douloureuses, lorsque le symptôme survient. Selon elle, le patient n'investit que partiellement et de façon restreinte l'ensemble de son corps, en niant notamment les parties corporelles nécessaires à ses appuis fondamentaux et à sa conscience de soi.

Ainsi, pour Lutz (2007), il va être intéressant de se saisir des symptômes comme autant de voies d'accès et d'exploration, par l'hypnothérapie, pouvant ensuite permettre l'installation d'un cadre nouveau, en soi, pouvant remobiliser la créativité, les associations, et enfin de s'approcher au plus près des éprouvés physiques et des vécus émotionnels des patients.

L'hypnothérapie va permettre, selon Lutz (2007) de restaurer l'intégrité narcissique des patients par l'écoute et l'accueil des symptômes somatiques, en s'adressant directement au corps, « comme sujet du savoir inconscient », qui sera par la suite accueilli, entendu et légitimé pour être mieux dépassés.

Ainsi, chez les victimes de maltraitance, déniées dans leur intégrité, et à l'estime de soi altérée, cette restauration narcissique par l'hypnothérapie présente un intérêt clinique supplémentaire.

Pour conclure, l'hypnothérapie semble présenter des intérêts thérapeutiques manifestes et efficaces, pour l'accompagnement spécifique des victimes d'emprise conjugale.

Ainsi, après cette revue théorique ciblée, la présentation d'éléments de réponses théoriques sur les thèmes centraux de cette recherche, convoquent à présent de nouveaux questionnements, plus précisément tournés vers ma pratique clinique quotidienne et concrète, ce que je vais présenter et tenter de préciser dans la problématique de cette recherche.

## Problématique de recherche

Au fur et à mesure des sessions de formation, les thématiques proposées ont permis d'aborder précisément, de façon théorique et pratique, des aspects psychothérapeutiques majeurs de l'hypnothérapie.

Au début du mois de mars, une situation clinique rencontrée dans le cadre de mon activité libérale de psychologue a fait écho à certains des questionnements présents chez moi depuis le début de la formation.

Pour cette situation clinique, la demande qui a émergé de la patiente, était initialement celle d'une problématique de couple, identifiée, pointée lors de cette première rencontre comme étant responsable de son mal-être et pour laquelle justement, elle venait consulter et solliciter un accompagnement par l'hypnose.

De cette demande initiale, un premier questionnement a émergé pour moi : qu'est-ce que l'hypnose, thérapie corporelle, permettant la mobilisation de ressources individuelles, allait pouvoir apporter à cette patiente et à sa problématique personnelle, amenée au travers d'un tiers extérieur à la demande, son époux.

Rapidement, d'autres questions ont suivi : quelles séances de travail individuel proposer à la patiente pour pouvoir mettre en mouvement une dynamique de couple, en l'absence d'un des protagonistes ? Quels leviers allais-je pouvoir proposer avec l'hypnose pour permettre de répondre aux objectifs de travail de la patiente ?

Au cours de la première rencontre, le seul objectif centré sur elle que la patiente a verbalisé était celui d'effectuer un travail plus spécifique sur l'estime de soi. Cet élément a ainsi contribué à m'apporter une lecture plus précise sur le premier objectif de travail individuel et m'a aidé à entrevoir une hypothèse clinique supplémentaire, celle de la présence éventuelle d'affects dépressifs latents chez la patiente.

Ainsi, à partir de cette deuxième lecture de cette demande individuelle, s'est dessinée pour moi la véritable problématique du travail de recherche en hypnothérapie : la nécessité de cerner encore plus rapidement qu'antérieurement, et de façon encore plus efficace, les différents niveaux d'une demande amenée lors des premières rencontres avec le patient, dans le but, surtout, de s'y adapter au mieux.

En effet, dans un travail psychothérapeutique classique, ce repérage et cette distinction entre demande manifeste et demande latente peuvent quelque fois prendre plus de temps, en fonction des verbalisations et de la richesse des différentes séances de travail.

Pourquoi, avec l'hypnose, ce repérage initial est-il nécessaire et doit, fondamentalement, être établi rapidement ? Quels impacts concrets dans le choix des propositions de travail avec l'hypnose cette distinction entre demande manifeste et demande latente va-t-elle pouvoir apporter ?

De ce fait, cette problématique amène également des questionnements professionnels et éthiques : quels remaniements cliniques doivent être apportés dans ma pratique professionnelle pour permettre une adaptation aux différents niveaux de la demande du patient, la plus juste et efficiente ?

Comment mettre en œuvre le plus efficacement et rapidement possible cette modulation dans ma posture professionnelle ?

Enfin, en quoi la nécessité d'un accordage, d'un ajustement et d'une écoute encore plus active à ces différents niveaux de demande s'associe pour moi à la découverte de l'hypnothérapie et quelle place cela va prendre pour moi dans les futures rencontres avec les patients à venir ?

Pour répondre à l'ensemble de ces questions, la vignette clinique à l'origine de ces réflexions va donc être présentée plus précisément dans ses aspects méthodologiques et cliniques.

## Méthodologie

La formation universitaire proposée tout au long des sessions de ce D.U. d'hypnothérapie contenait, à chaque module, des mises en pratiques concrètes de l'hypnose et de ses nombreuses indications cliniques.

Ainsi, l'évaluation finale de cette formation reste dans la lignée des enseignements reçus : pratique et concrète, nécessitant donc de recourir à une méthodologie clinique afin d'illustrer la problématique de recherche choisie.

Me concernant, j'ai choisi de détailler et d'analyser plus précisément une vignette clinique unique dans son ensemble, du début à la fin du suivi thérapeutique construit avec cette patiente, dont le contexte de rencontre va être explicité dans le paragraphe suivant.

### Présentation du contexte de rencontre et de pratique professionnelle

L'accompagnement de cette patiente s'est effectué dans le cadre d'une pratique libérale en cabinet, situé dans une commune de taille moyenne, à Sarralbe, en Moselle Est, au sein d'un local professionnel partagé avec deux orthophonistes.

L'appel téléphonique de la patiente s'est déroulé au moment du lancement de cette activité professionnelle, auparavant implantée à Metz et délocalisée au cours du mois de février 2015, en raison de contraintes familiales.

Lors de cette première prise de contact, la patiente a formulé un besoin urgent de consultation et a précisé, dès cet échange, qu'elle vivait une situation décrite déjà comme « pleine de difficultés importantes et compliquées », sans qu'elle n'exprime plus de détails cependant.

Elle décrit avoir recueilli mes coordonnées professionnelles suite à une recherche de psychologue sur le site des pages jaunes et avoir décidé d'entreprendre une démarche de consultation à l'issue de cette recherche.

Une date de rencontre a donc été convenue dès la première semaine du mois de mars, soit dix jours après l'appel téléphonique de la patiente. Du fait du démarrage de mon activité libérale début mars, il n'a pas été possible pour moi de proposer un créneau de consultation plus

rapidement, ce que j'aurais souhaité idéalement, notamment du fait de la dimension « d'urgence » formulée initialement par la patiente.

Par ailleurs, au cours de cette prise de contact téléphonique, aucune attente thérapeutique, concernant un éventuel recours à l'hypnose, n'a été exprimée par la patiente.

Le déroulement global de la vignette clinique choisie, la durée totale de l'accompagnement en hypnothérapie, la fréquence et le nombre des séances, vont être présentés dans la partie suivante.

## Présentation générale des modalités du suivi thérapeutique de la vignette clinique

Avant d'aborder la description des données cliniques recueillies lors des différents entretiens réalisés avec la patiente, il me semble important de présenter le cadre général de cette situation clinique.

### Présentation de la patiente

Il s'agit donc de présenter ici les éléments pertinents de l'accompagnement par l'hypnose de Madame K., âgée d'une quarantaine d'année, mariée depuis vingt ans et mère de trois enfants, tous présents au quotidien.

Son fils aîné est âgé de dix-huit ans, sa fille cadette est âgée de seize ans et sa plus jeune fille est âgée de douze ans, tous les trois étant encore scolarisés. Elle décrit des relations plutôt adaptées avec chacun d'eux.

La patiente présente un tabagisme actif régulier, d'une vingtaine de cigarettes par jour, sans plainte exprimée ou demande de sevrage éventuel. Elle évoque au cours du premier entretien des consommations d'alcool modérées actuellement mais plus conséquentes par le passé, sans développer plus précisément toutefois. La patiente ne rapporte aucun traitement médicamenteux quotidien.

Actuellement sans emploi, Madame K. s'est d'abord occupée de ses trois enfants, puis, il y a quelques années, elle a entrepris de travailler auprès de personnes âgées en tant qu'auxiliaire de vie.

Elle évoque ensuite sa décision de mettre fin à cette activité professionnelle, du fait de la présence d'affects dépressifs diagnostiqués par son médecin généraliste et justifiés, d'après la patiente, par le contact quotidien avec des personnes âgées en perte d'autonomie, par projection de leurs propres affects dépressifs.

Madame K décrit avoir refusé la prescription d'antidépresseurs de son médecin généraliste et avoir choisi de changer de domaine professionnel, en trouvant un emploi de serveuse.

Après quelques mois, elle dit avoir décidé de reprendre une formation, afin de devenir cariste et elle a exercé cette profession au cours de ces derniers mois, dans la même entreprise que son époux. Madame K. a démissionné de ses fonctions à la fin de l'année 2014.

La patiente dit n'avoir jamais rencontré de professionnels de la santé mentale auparavant et décrit sa démarche de consultation comme nécessaire et réfléchie depuis plusieurs semaines avant sa prise de contact par téléphone.

Ainsi, dès la première rencontre, l'investissement de la démarche de consultation par la patiente était particulièrement perceptible et sera précisé dans le paragraphe suivant.

### Premiers éléments du suivi

Dix jours après la première prise de contact par téléphone, la patiente se présente au rendez-vous, et s'appuie, au cours de cet entretien de rencontre, sur un document qu'elle dit avoir pris le soin de rédiger depuis le premier échange téléphonique.

Spontanément, elle décrit le souhait de me faire lire ce document écrit, mais commence également à présenter sa situation personnelle, en verbalisant son histoire de vie. Ce support écrit n'a été, finalement, que très peu investi au cours de l'entretien : il est resté posé sur le bureau, disponible et présent. Ce recours m'a permis d'observer plusieurs aspects du fonctionnement de la patiente.

En effet, la rédaction, en amont de notre rencontre, de ce que la patiente souhaitait aborder lors de la première consultation, me semble indiquer son investissement dans la démarche qu'elle entreprenait et également ses capacités à s'adapter aux contraintes qui s'imposent à elle.

Ainsi, le délai d'attente entre la formulation de sa demande, sa prise de contact téléphonique et la première rencontre réelle a été déjà exploité, par Madame K, comme une possibilité de mettre par écrit sa situation personnelle. De ce fait, cette étape de rédaction montre déjà que la patiente a pu mettre en place une forme de distance pour parvenir à une présentation et à un décryptage des principaux éléments à présenter lors de la première rencontre avec le thérapeute.

Néanmoins, la patiente a réussi, lors de la rencontre, à se décentrer de cette béquille externe pour parvenir à présenter et mettre en mot ses ressentis et vécus quotidiens.

### Modalités thérapeutiques spécifiques de cette vignette clinique

Concernant cette situation clinique plus précisément, à l'issue de ce premier temps d'échange, j'ai questionné les attentes de Madame K concernant le suivi thérapeutique, ce qui a permis à la patiente de verbaliser ses objectifs d'évolution.

De même, j'ai abordé la question du recours éventuel à l'hypnose pour sa situation, ayant perçu, au cours de ce premier entretien, des indications cliniques adaptées à cette possibilité. La patiente a décrit une méconnaissance de l'hypnothérapie, et a cependant accepté la proposition d'effectuer des séances formelles d'hypnose au cours de son accompagnement thérapeutique.

Un second rendez-vous a été positionné, à une fréquence de deux semaines d'intervalle et Madame K a immédiatement questionné la durée probable de la thérapie, en évoquant un financement compliqué pour elle. J'ai convenu qu'à l'issue de quatre séances de travail, nous effectuerions un « bilan » des évolutions éventuelles de sa situation et de ses symptômes, et nous déciderions ensemble de la poursuite, ou non, de l'accompagnement.

Ainsi, un point a été effectué à la fin du quatrième entretien et, malgré la levée déjà conséquente de certains symptômes, la patiente a sollicité la poursuite de l'accompagnement, pour deux séances supplémentaires, une première à fréquence identique, deux semaines plus tard et une dernière, un mois et demi plus tard, afin de visualiser l'inscription durable et pérenne des évolutions observées par la patiente et de les consolider si besoin.

L'accompagnement thérapeutique de Madame K s'est donc déroulé du 05 mars 2015 au 11 Juin 2015.

Ces six séances de rencontre vont donc constituer les données cliniques de ce travail de recherche et vont être plus précisément exposées dans la partie suivante.



## Données cliniques

Au cours de l'ensemble des entretiens, la patiente, Madame K, a verbalisé de nombreux éléments, qui ne seront pas tous retranscrits ici. Dans cette partie du mémoire de recherche, je vais tenter de reporter surtout les faits les plus pertinents pour étayer la problématique de ce travail et de mettre en avant l'évolution de l'accompagnement de Madame K.

### Déroulement des entretiens

Parmi les six entretiens, une séance a particulièrement attiré mon questionnement et m'a décidée à utiliser cette vignette clinique pour illustrer ce travail universitaire. Il s'agit du quatrième entretien avec Madame K, qui a été un moment véritablement central de l'accompagnement de la patiente et qui correspond cliniquement à des changements importants dans son quotidien.

#### Premier entretien

##### *Entre rencontre et anamnèse, les éléments apportés par la patiente*

Lorsque la patiente se présente pour la première fois dans le bureau de consultation, elle se décrit spontanément comme étant en difficultés pour décrire sa situation et sort immédiatement le support écrit évoqué précédemment, sans toutefois y recourir au cours de l'entretien.

La patiente présente un motif initial de consultation d'abord orienté vers ses difficultés de couple et évoque longuement son mari, qu'elle qualifie, lors de cet entretien, de « pervers narcissique ».

Pour compléter ses propos, elle présente son mari comme souffrant d'alcoolisme, depuis plusieurs années, avec une consommation quotidienne massive, allant jusqu'à l'endormissement du fait de son enivrement, d'après la patiente.

Madame K dit cependant avoir observé des variations dans ces consommations d'alcool et évoque une corrélation, d'après elle, entre les moments de mal-être manifeste exprimés chez elle et des périodes de sobriété chez son mari, dont elle précise une intentionnalité d'emprise et de domination dans ces situations particulières.

Elle évoque également des dévalorisations quotidiennes exprimées par son mari, des propos qu'elle perçoit comme étant insultants voire humiliants et précise des demandes sexuelles excessives chez son mari.

Madame K décrit une impossibilité à lui exprimer son opposition et dit se laisser faire pour éviter les confrontations : pour faire face à ces situations coûteuses pour elle, la patiente décrit des mises en place de stratégies d'évitement : un lever matinal avant son époux et un coucher plus tardif que celui de son époux, afin de ne pas être confrontée à ces relations sexuelles, qu'elle voudrait refuser.

Madame K décrit un fait précis, une confrontation particulièrement violente entre elle et son mari, qui s'est déroulé à la fin du mois de janvier 2015. Ainsi, la patiente évoque des questionnements chez elle, depuis quelques semaines, concernant une éventuelle infidélité de son mari et elle a relaté cette soirée d'altercation, au cours de laquelle elle a essayé de questionner son mari sur cette infidélité potentielle. Elle évoque des échanges systématiquement coupés, repoussés par son mari et décrit, chez elle, la survenue d'une réaction particulièrement violente et extrême dans son comportement, face à l'attitude de rejet et d'évitement de son époux. La patiente a précisé que, dans cette situation de confrontation, elle s'est trouvée en difficultés pour garder son calme et que la colère, ainsi que la frustration de ne pas être entendue et de ne pas obtenir de réponses, ont pris le dessus.

Madame K. a ensuite présenté cet épisode de débordements comme ayant été pointé du doigt par son époux et relayé très massivement lors des semaines qui ont suivies, ce qui a contribué à la discréditer un peu plus vis-à-vis de son mari, selon elle.

Par ailleurs, la patiente évoque un quotidien plutôt reclus, notamment depuis sa démission professionnelle au début du mois de janvier 2015 et décrit peu de sorties à l'extérieur, avec des relations sociales et amicales très restreintes, ce qu'elle attribue à nouveau à son époux et à son alcoolisme, comme frein à d'éventuelles sorties de couple ou de famille.

De même, la patiente décrit un quotidien routinier, souvent passif, avec des activités inexistantes en dehors de l'entretien de son domicile et le contact avec ses trois enfants. Ainsi,

elle précise ressentir de l'épuisement lorsqu'elle se retrouve seule à son domicile, avec notamment la présence d'anticipations anxieuses liées au retour de son mari à chaque fin de journée.

Par ailleurs, Madame K évoque des douleurs physiques intenses, notamment des crispations aux mâchoires omniprésentes, ainsi que des algies dentaires et des blocages lombaires et cervicaux réguliers, pour lesquels elle est prise en charge par un kinésithérapeute.

Ainsi, en fin d'entretien, lors de mon questionnement sur ses objectifs de travail, la patiente sollicite un accompagnement centré sur l'estime et l'affirmation de soi, notamment dans le but de pouvoir communiquer plus calmement et posément avec son mari et ses enfants. En plus de positionner un cadre de travail précis, ce questionnement formulé en fin d'entretien a finalement déjà permis à Madame K de recentrer son discours sur ses besoins propres, dont elle semblait éloignée au cours de l'ensemble de cet entretien de rencontre.

A l'issue de cet échange également, j'évoque avec la patiente la possibilité d'un accompagnement par l'hypnose, qu'elle accepte spontanément tout en exprimant également certains questionnements et de ses représentations associées à l'hypnose.

Je précise la possibilité d'échanger ensemble sur ces éléments au début de la prochaine séance et d'en adapter le contenu en fonction de ses réticences.

#### *Réflexions cliniques issues de ce premier entretien*

Ainsi, la patiente formule, lors de cette rencontre, de nombreux éléments cliniques et notamment une difficulté majeure à se positionner comme sujet dans un espace pourtant choisi par elle et au sein duquel elle a convoqué longuement son époux.

Lorsque la patiente a verbalisé ces éléments cliniques, l'idée d'un état hypnotique négatif déjà présent chez elle m'a été confirmé et ainsi, la possibilité d'un accompagnement par l'hypnose m'a semblé constituer une modalité thérapeutique intéressante et adaptée aux besoins de la patiente.

De même, le recours au support écrit peut également contribuer à mettre en lumière des éléments plus cliniques du fonctionnement de la patiente : la présence de cette béquille externe

peut éventuellement étayer un manque de confiance en sa capacité à exprimer son vécu, une difficulté à verbaliser ses émotions et ressentis.

Par ailleurs, son besoin de s'appuyer sur la béquille externe du document écrit pour parvenir à exprimer ses difficultés personnelles étaye l'idée de la présence éventuelle d'une dissociation inconsciente, tout comme la mise en place d'anticipations anxieuses liées au retour de son mari.

Ainsi, lorsque Madame K a décrit ses douleurs physiques, éventuellement en lien avec son anxiété, il m'a semblé également intéressant, lors des futurs entretiens de l'accompagnement, d'effectuer un travail de réification des douleurs chroniques de la patiente en hypnose conversationnelle éventuellement.

En outre, à l'issue de cet entretien de rencontre, lorsque j'ai repensé à l'envahissement du mari dans le discours de la patiente et notamment l'évocation de son addiction à l'alcool, cela m'a semblé relever davantage de mécanismes projectifs de ses propres comportements vis-à-vis de toxiques, ayant d'ailleurs abordé très fugacement une consommation d'alcool assez élevée par le passé.

Par ailleurs, la problématique de couple qu'elle a d'abord mentionnée de façon univoque, sous l'angle d'un mari pervers narcissique a été, au cours de l'entretien, modulée et recentrée tout de même autour de ses stratégies d'adaptation mises en place intuitivement.

Madame K adopte d'abord une attitude d'évitement comportemental mais aussi de repli, d'absence de dialogue, en réaction à l'unique confrontation de couple, particulièrement violente, d'après ce qu'elle a rapporté en séance.

Dans l'après-coup de cet entretien de rencontre, la présence d'affects dépressifs latents a rapidement été convoquée dans mes réflexions et mon analyse, du fait de l'ensemble des éléments récoltés au cours de cette anamnèse.

Cependant, il m'a semblé nécessaire d'attendre le deuxième entretien pour affiner plus justement mon analyse clinique.

## Deuxième entretien et première séance d'hypnose

Ce deuxième entretien s'est déroulé deux semaines après le premier rendez-vous, le jeudi 19 mars 2015, à la même heure que le précédent, dans un cadre de travail identique.

### *Éléments cliniques exprimés lors du deuxième entretien*

Spontanément, dès son arrivée, la patiente décrit une forme de soulagement perçu à l'issue du premier entretien, avec des ressentis de joie et de légèreté présents lors de la journée suivante.

Cependant, Madame K précise la reprise de sa routine quotidienne et le retour de ses éprouvés d'enfermement, de pesanteur et de lourdeur. Elle verbalise d'ailleurs des doutes concernant la possibilité de voir évoluer sa situation, tant elle lui semblait figée actuellement.

Elle décrit d'ailleurs des douleurs majorées au cours de la précédente semaine, avec, en plus de ses algies habituelles, la survenue de problèmes dentaires. En effet, du fait de sa crispation permanente des mâchoires, la patiente s'est abimée deux dents, douloureuses et nécessitant des soins chez le dentiste, planifiés au cours des prochaines semaines.

Du fait des propos tenus par la patiente, toujours dans une formulation très négative, je la questionne sur ce que serait sa vie, son quotidien s'ils étaient soudainement améliorés : elle décrit alors le besoin « de rire et de chanter », deux éléments très importants pour elle et qu'elle dit ne plus pouvoir éprouver actuellement.

Pour elle, il s'agirait de « se ressourcer » : ces images métaphoriques, selon moi, ont déjà constitué un point d'entrée dans le travail en hypnothérapie pour la patiente.

Cependant, comme Madame K avait exprimé certaines résistances lors de l'évocation de la possibilité de recourir à l'hypnose, nous avons échangé pendant quelques minutes sur ses représentations concernant cette technique.

La patiente a surtout mis en mot sa peur de ne pas réussir à éprouver une transe hypnotique, venant projeter ses ressentis d'échecs présents dans son quotidien actuel.

De ce fait, j'ai décrit cet outil comme étant surtout la possibilité de venir activer les ressources de la patiente, en m'appuyant, ainsi, sur une des images métaphoriques qu'elle avait employée au cours de l'échange précédent.

Ainsi, j'ai également insisté sur les aspects de focalisation et de vigilance mobilisés par les patients lors des trances hypnotiques, tout en étant, simplement guidés et accompagnés par le thérapeute.

Après cet échange, j'ai convié Madame K à s'installer dans le fauteuil d'hypnose, disposé dans le coin le moins exposé du bureau et nous avons débuté la première séance d'hypnose.

### *Première séance d'hypnose : déroulement et observations*

#### *Considérations générales*

Une fois la patiente confortablement installée dans le fauteuil d'hypnose, j'ai pris le temps de nommer le dispositif d'installation, comme cela nous avait été recommandé par Brigitte Lutz, une des intervenantes de la formation, ce qu'elle reprecise d'ailleurs également dans son chapitre d'ouvrage (2007).

Cela me semble particulièrement nécessaire dans mon contexte de travail, en raison du changement de lieu d'installation du patient au cours de l'entretien.

En effet, la configuration de mon espace de travail, bureau partagé avec une collègue orthophoniste, ne permet pas l'installation d'un fauteuil confortable en vis-à-vis du bureau.

Après avoir longuement réfléchi aux conséquences d'un changement de place en cours de séance de travail, j'ai tout de même choisi d'installer dans un autre coin de la pièce, un fauteuil bascule permettant aux patients de trouver une posture plus confortable. J'ai effectué ce choix en fonction de mes différentes expérimentations de l'hypnose au cours de la formation, car, régulièrement, ma posture inconfortable, du fait de l'installation sur de simples chaises, avait contribué à troubler le déroulement de mes trances hypnotiques.

Ainsi, j'ai volontairement installé un fauteuil permettant au patient de trouver plus simplement et durablement une posture de confort comme préalable à la vigilance et à la focalisation nécessaires à l'hypnothérapie.

Par ailleurs, après quelques séances d'hypnose effectuées dans ce contexte de travail, il me semble que ce changement de fauteuil pourrait même apporter une plus-value, d'une mise en condition du patient, qui contribue à induire déjà une forme de dissociation entre le temps d'échange antérieur et le travail d'hypnose à venir.

Ainsi, cela me semble permettre au patient de prendre une autre position, un changement de point de vue, concret, traduit en acte par rapport aux éléments discursifs apportés en début de séance.

De même, le fait de nommer le dispositif de l'environnement transmet au patient la possibilité de prendre ses propres points de repère et contribue à laisser le temps nécessaire à l'installation et la mise en sécurité du patient, comme du thérapeute finalement.

#### Déroulement plus spécifique de la première séance de Madame K

Pour cette première séance, je me suis surtout basée sur des propositions thérapeutiques déjà établies, étant encore jeune novice en hypnose. De même, lors des deux premiers temps d'échange avec Madame K, encore peu habituée aux repérages importants pour la personnalisation des séances d'hypnose, j'avais préféré, pour cette première séance d'hypnose, la préparer partiellement avant son déroulement.

Ainsi, à l'issue du premier entretien avec Madame K, la nécessité de l'aider à mobiliser ses ressources pour parvenir à se positionner à nouveau comme sujet me semblait être une priorité.

De ce fait, pour cette première séance d'hypnose, je souhaitais proposer comme script le renforcement des appuis de la patiente, ainsi que l'établissement de son espace personnel.

Pour débiter, j'ai proposé une induction avec un body scan corporel, de la tête aux pieds, et une attention focalisée sur la respiration de la patiente, associée à une proposition d'ouverture des yeux à l'inspiration et de fermeture à l'expiration.

La patiente a fermé les yeux assez rapidement et lorsque j'ai fini le body scan par les pieds de Madame K, sa respiration était déjà régulière et tranquille. Elle présentait également un faciès de détente, qui contrastait nettement avec les crispations de mâchoire et du visage qu'elle arborait auparavant.

A l'issue de l'induction, j'ai donc accentué la posture des pieds de la patiente, en décrivant plus précisément leur ancrage et leur stabilité sur le sol, en venant renforcer ce point de départ comme étant déjà le socle des ressources de Madame K. J'ai également suggéré l'idée de la simplicité de cette stabilité, mais dans le même temps sa complexité, pour majorer la dissociation de la patiente.

Puis, je l'ai invitée à visualiser son espace personnel, en lui proposant d'en observer les limites et les contours, de proposer des suggestions autour de la complémentarité et de la nécessité des contraires, présents en chacun, tout en détaillant les sensations et perceptions qui pourraient être les siennes dans cet espace. J'ai balayé l'ensemble des canaux sensoriels possibles, la vue, l'odorat, l'ouïe, le toucher, le goût mais en y incluant peu d'éléments kinesthésiques afin de ne pas induire trop de mouvements dans l'espace personnel de la patiente, et lui permettre de mieux l'investir et se centrer sur ses ressources.

Lors de cette première séance d'hypnose, j'ai préféré mentionner chaque canal sensoriel connu, n'étant pas parvenue, après les échanges avec Madame K, à discriminer précisément le canal sensoriel privilégié de la patiente.

Ensuite, j'ai invité Madame K à visualiser une bulle protectrice autour de son espace personnel et lui ai proposé d'apprécier pleinement les sensations et perceptions qui étaient les siennes.

Puis, j'ai suggéré à la patiente de suivre un chemin dans un paysage de nature, et l'ai invitée à se rendre dans un lieu de sécurité. Ainsi, j'ai accompagné la patiente dans la construction de son espace de détente et de confort, en évoquant à nouveau l'ensemble des canaux sensoriels, pour qu'elle puisse investir et visualiser en tout point ce lieu. Puis, je lui ai proposé de trouver un ancrage, c'est-à-dire un geste pouvant être associé, par la patiente, à cet endroit, afin qu'elle puisse y retourner à chaque fois qu'elle le reproduira. Après quelques instants, la patiente met en place un signe de tête vers l'avant, qui constitue ainsi l'ancrage de son lieu de sécurité.

Enfin, j'ai proposé à Madame K, de reprendre le chemin qui l'avait conduite jusqu'à cet espace puis, j'ai induit un retour à un état de conscience plus éveillé, en décrivant à nouveau les perceptions présentes dans le bureau, les sons, la position de la patiente dans le fauteuil.

Cependant, malgré cet accompagnement de retour à un état de conscience habituel, la patiente a continué sa transe hypnotique, en prolongeant ce temps pendant plusieurs minutes, presque dix au total, ce dont j'ai eu pleinement conscience, ayant moi-même quitté l'état de conscience modifié vécu, en autohypnose, au cours de la séance.



Tout en formulant le fait qu'elle puisse prendre le temps qu'il lui fallait, cette situation inédite pour moi a contribué à me questionner sur les attitudes à adopter au cours de ce temps de transition et de retour, en dehors de l'accueil et de la ratification de cette prolongation de transe chez la patiente.

Lorsque la patiente a repris un état de conscience plus éveillé, elle a spontanément décrit des difficultés pour elle à quitter les sensations perçues au cours de la transe, du fait du contraste intense qu'elles offraient avec son vécu actuel.

Elle décrit alors l'opposition entre la pesanteur de son quotidien et un état de « flottement, de détente » ressenti lors de la transe hypnotique.

De ce fait, j'ai proposé immédiatement à la patiente, alors qu'elle n'avait expérimenté qu'une seule séance d'hypnose accompagnée, d'effectuer des séances d'autohypnose chez elle, en lui proposant d'établir son espace personnel et de visualiser ensuite son lieu de sécurité, afin qu'elle puisse remobiliser les sensations perçues lors de cette première séance. J'ai présenté à Madame K, une méthode d'induction que nous avait recommandée Aurélie Mainguet, une formatrice lors d'une session d'enseignement du D.U. Cette technique se base sur une saturation de l'attention avec la recherche de trois sons, trois points de fixations visuelle et trois sensations, puis deux, distincts des trois premiers, puis un, différents des deux seconds et des trois premiers.

A l'issue de ce temps d'échange, nous avons convenu du prochain rendez-vous avec la patiente, qui a ensuite exprimé des difficultés à se mobiliser à nouveau physiquement, afin de sortir du fauteuil et de quitter le bureau.

Ainsi, au-delà de la prolongation concrète de la séance dont la durée totale a été d'une heure et quinze minutes, les attitudes, verbalisations et autres manifestations exprimées par la patiente au cours de ce second entretien ont contribué à élargir mes propres questionnements.

### *Réflexions cliniques issues de cette seconde consultation*

Au début de cette deuxième consultation, la patiente a d'abord relaté des ressentis partiellement améliorés lors de la journée suivant notre premier entretien. Cependant, elle a ensuite évoqué une amélioration très labile dans le temps, et surtout elle verbalise lors de cet entretien, une forme de démobilité chez elle, avec l'idée associée que cette démarche thérapeutique initiée

actuellement ne pourrait pas lui permettre de faire évoluer sa situation actuelle, décrite comme figée et particulièrement pesante.

Cet élément clinique m'a semblé être une dimension tout à fait intéressante pour la patiente, qui, ayant expérimenté une mise en mouvement très partielle à l'issue du premier entretien, se questionne inconsciemment sur les possibilités d'évolution favorable de sa situation et leurs conséquences dans ses ressentis quotidiens.

Ainsi, les résistances aux changements exprimées par les patients peuvent se révéler être de véritables précurseurs à des évolutions importantes pour eux. Dans cette situation précise, la patiente, en exprimant ses doutes, a peut-être surtout essayé de se voir renforcée et valorisée dans ses capacités de changement et en ses ressources pour y parvenir, compte tenu de sa fragilité narcissique manifeste.

De même, les éléments de contrastes verbalisés par la patiente, entre la pesanteur perçue de son quotidien et les éprouvés de légèreté et de joie ressentis lors de cette journée d'amélioration étayent bien la présence des ressources de la patiente et leurs activations partielles lors de l'entretien de rencontre.

De ce fait, lors des premières propositions de travail en hypnose, j'ai essayé de m'adapter au contenu métaphorique apporté par Madame K et notamment lors du travail de construction de l'espace personnel, qui nous avait été présenté par Danielle Ciocca, et qui vient mobiliser, chez les patients, l'accueil des contrastes qui les constituent.

De même, cette proposition de travail a également permis à la patiente de visualiser et de reconstruire les limites de son espace personnel, ce qui constitue déjà un point d'entrée dans le travail de renforcement de son estime de soi.

En effet, la visualisation de ses limites corporelles et de son espace personnel est un travail de base, effectué lors de cette première séance de Madame K, comme préambule à l'installation des futures séances, tout comme l'élaboration de son lieu de sécurité.

Ainsi, il me semble particulièrement intéressant de proposer la mise en place de l'espace personnel aux patients présentant des troubles de l'estime de soi et de suggérer, en hypnose, un travail de visualisation et de perception des limites corporelles de chacun.

Cette réalisation est, classiquement, plutôt établie dans la période de la prime enfance, au cours de laquelle les parents traduisent aux nourrissons, par des soins et des attentions, leurs contours corporels et leurs dimensions psychiques d'être au monde.

De ce fait, en hypnothérapie, ce travail me semble particulièrement pertinent à proposer lors de la première séance.

Par ailleurs, lors de cette séance d'hypnose avec Madame K, j'ai ensuite prolongé la visualisation de son espace personnel par la visualisation de son lieu de sécurité, en lui proposant d'installer un ancrage, pour pouvoir réutiliser cet espace en cas de nécessité, pour la patiente, lors des séances à venir.

Ainsi, pour cette première séance formelle d'hypnose, j'ai proposé à la patiente deux métaphores thérapeutiques assez basiques, auxquelles j'avais préalablement réfléchi à l'issue de la première rencontre, tout en essayant d'y adapter, dans le contenu, certaines images métaphoriques saisies lors de nos échanges et notamment la mobilisation, l'activation des ressources de Madame K, ainsi que le renforcement de ses postures identitaires.

De même, je n'avais pas prévu de proposer aussi précocement dans la thérapie le recours à l'autohypnose, mais observant, dès la première séance, l'hypnotisabilité importante de la patiente, ainsi que ses difficultés à s'extraire de sa transe, il a été nécessaire d'ajuster mes réflexions préalables pour les adapter aux éprouvés de l'ici et maintenant de Madame K.

Ainsi, lors de la formation, il nous avait été conseillé de ne pas recourir à l'autohypnose avant la deuxième séance formelle d'hypnose avec le patient. Cependant, face à l'intensité perceptible de l'expérience de transe hypnotique vécue par Madame K, il m'a semblé pertinent de lui proposer le recours à l'autohypnose immédiatement à l'issue de cette première séance formelle.

Néanmoins, les difficultés de la patiente à quitter sa transe hypnotique et le contraste appuyé décrit entre ses perceptions de légèreté lors de la transe et ses ressentis de pesanteur au quotidien ont attiré mon attention et sont autant d'éléments cliniques qu'il m'a semblé nécessaire d'approfondir lors des prochaines séances.

### Troisième entretien et deuxième séance d'hypnose

Ce troisième entretien a eu lieu le jeudi 02 Avril 2015, à la même fréquence que les précédents et dans le même cadre de travail.

#### *Éléments cliniques issus du troisième entretien*

Lorsque la patiente se présente au troisième rendez-vous, elle évoque spontanément une évolution importante dans son quotidien et particulièrement pour ses tensions des mâchoires.

En effet, elle décrit une nette amélioration au niveau de ses douleurs physiques, surtout concernant les crispations de ses mâchoires quasiment disparues, en précisant toutefois une légère persistance de certaines douleurs au niveau dorsal. La patiente évoque une impression générale antérieure de « raideur » en nette diminution actuellement.

Par ailleurs, Madame K évoque des évolutions plus générales pour elle, en décrivant « un quotidien plus léger », avec une routine perçue comme étant moins pesante. La patiente décrit des matinées avec « un entrain préservé » et un déroulement de journée plus fluide, plus « apaisé » d'après elle.

De même, Madame K évoque une communication facilitée avec ses enfants, avec lesquels elle dit apprécier échanger sur le contenu de leurs journées, y trouvant un intérêt auparavant moins présent.

En outre, la patiente décrit une tentative de dialogue avec son mari, à son initiative et sur le même sujet qui les avaient conduits à une confrontation particulièrement éprouvante selon elle. Madame K précise cependant que les réponses proposées par son mari, lors de cet échange, ne l'ont pas satisfaite.

Néanmoins, elle évoque un contentement personnel du fait de cette initiative de discussion et surtout de sa maîtrise de soi au cours de cette conversation, venant lui apporter une forme de « réparation » à sa perte de contrôle antérieure, lors de la précédente confrontation à son mari, au cours du mois de janvier.

La patiente décrit donc un quotidien remanié plutôt favorablement depuis l'entretien précédent, mais elle évoque cependant une limite à ces évolutions : elle dit ne pas avoir quitté son domicile

et ne pas avoir essayé de reprendre de contacts sociaux ou de sorties plus amicales, alors qu'elle le souhaiterait, afin d'apporter du dynamisme à sa vie quotidienne.

Avant le début de la seconde séance d'hypnose formelle, je la questionne sur son recours éventuel à l'autohypnose : Madame K décrit alors des sessions d'autohypnose réalisées deux fois par jour, en semaine. Elle précise une durée de transe hypnotique très longue, d'environ une heure à chaque fois et décrit, comme lors de la première séance d'hypnose formelle, un difficile retour au réel, avec un ralentissement idéo-moteur persistant après chaque session d'autohypnose.

La patiente décrit également une impossibilité pour elle, les jours de week-end, de réaliser les sessions d'autohypnose, aussi fréquemment et durablement, du fait de la présence de ses trois enfants et de son époux. D'ailleurs, elle verbalise en séance des sensations de manque de ces temps d'autohypnose les jours de week-end, associées à des angoisses qu'elle met en mot également. Elle questionne la « durée » de l'effet du travail qu'elle effectue et dit redouter de voir disparaître les évolutions perçues au cours des dernières semaines.

Ainsi, la patiente a exprimé son impatience à la réalisation de la seconde séance d'hypnose, que je lui ai proposé de démarrer : elle a exprimé une satisfaction manifeste lors de son installation dans le fauteuil d'hypnose.

#### *Deuxième séance d'hypnose : déroulement et observations*

J'ai invité Madame K à s'installer le plus confortablement possible et j'ai démarré la séance en nommant à nouveau le dispositif d'accueil tout en introduisant un maximum de perceptions environnementales, pour déjà initier la focalisation de la patiente.

De même, j'ai effectué un body scan corporel pour l'induction de la transe hypnotique, au cours de laquelle la patiente a, à nouveau, fermé les yeux plutôt rapidement. Puis, j'ai également renforcé la position de ses pieds et de leur ancrage, leurs appuis sur le sol et j'ai suggéré une dissociation à la patiente, en lui demandant d'observer ses pieds précisément et leurs empreintes dans le sol.

J'ai ensuite proposé une lévitation de la main pour renforcer la transe hypnotique, mais la patiente n'a pas mis en mouvement sa main. Après une ratification de cette absence de

mouvement, j'ai poursuivi le déroulement de la séance, bien que cette immobilité m'ait questionnée.

J'ai ensuite suggéré à la patiente de se rendre, comme elle en avait l'habitude, dans son lieu de sécurité et d'y prendre un instant pendant que son inconscient travaille durablement et tranquillement à la mobilisation de ses ressources : j'ai formulé cette suggestion car je ne l'avais pas fait explicitement lors de la première séance, et il me semblait fondamental de renforcer cette dimension, du fait des propos de la patiente concernant la durée et la stabilité dans le temps des effets de l'hypnothérapie.

Ensuite, je l'ai invitée à quitter son lieu de sécurité pour suivre un chemin avec un paysage de nature, que je lui ai suggéré d'observer, de sentir et d'écouter, afin de poursuivre la focalisation sensorielle, tout en lui proposant d'avancer sur ce chemin jusqu'à ce qu'elle parvienne devant un miroir en pied, nommé également psyché.

J'ai volontairement nommé le miroir comme tel, pour utiliser cette dénomination déjà métaphorique et j'ai ensuite proposé à la patiente de s'observer face à ce miroir, en effectuant à nouveau un body scan de la tête au pied. Puis, lorsque le body scan a été terminé, j'ai invité la patiente à positionner des cœurs sur les parties de son corps auxquelles elle souhaitait apporter du réconfort, une réparation, ou même un soin.

Je lui ai laissé quelques minutes pour effectuer cette démarche et je lui ai ensuite demandé de m'indiquer lorsqu'elle avait fini. La patiente a pris plusieurs minutes avant de m'indiquer par un signe de la tête qu'elle avait réalisé la suggestion.

Puis, j'ai tranquillement suggéré à Madame K de reprendre le chemin qu'elle avait emprunté, pour ensuite lui proposer un retour à un état de conscience plus éveillé. J'ai décidé de suivre le même cheminement afin d'aider Madame K à quitter son état de conscience modifié, étant donné que lors de la première séance formelle, mais également lors des séances d'autohypnose, la patiente avait précisé ses difficultés à quitter la transe hypnotique.

Néanmoins, malgré ce cheminement et ces précautions, la patiente a, à nouveau, mis plusieurs longues minutes à revenir à un état de conscience plus éveillé, minutes pendant lesquelles je ratifiais son comportement, tout en lui indiquant qu'elle pouvait prendre le temps qu'il lui était nécessaire, en laissant son inconscient travailler à son bien-être, toujours pour renforcer l'idée d'un travail pérenne et durable.

Lorsque Madame K est parvenue à quitter sa transe hypnotique, elle a immédiatement abordé son passage devant le miroir, en décrivant une satisfaction importante à s'y observer et à positionner les cœurs, sans en indiquer l'emplacement cependant.

J'ai donc proposé à la patiente de réaliser également ce travail en autohypnose, afin qu'elle puisse éprouver à nouveau les sensations perçues lors de cette séance d'hypnose formelle.

Puis, j'ai mis fin à l'entretien du jour, dont la durée avait été plus maîtrisée, une heure au total et le prochain rendez-vous a été fixé deux semaines après. Au moment de régler la consultation, n'ayant pas suffisamment de monnaie à lui rendre, la patiente a préféré régler cette séance et celle à venir.

Ce troisième temps d'interaction a permis d'étayer un peu plus l'analyse clinique initiée lors des deux premiers entretiens.

#### *Réflexions cliniques issues de ce troisième temps d'échange*

Lors du temps d'échange préalable à la séance d'hypnose, la patiente a décrit finalement le début d'une mise en travail globale, dans son quotidien et notamment une évolution dans son affirmation de soi. Elle évoque une communication plus fluide et un intérêt pour ses enfants retrouvé. Cliniquement, le travail proposé lors de la première séance d'hypnose apporte donc une première mise en mouvement du fonctionnement de la patiente et notamment, il semble lui permettre une diminution de son aboulie, de son isolement, voire de son évitement antérieur au niveau de son foyer familial.

Elle décrit également une diminution de ses douleurs et crispations musculaires au niveau de son visage et évoque un ressenti de légèreté venant contraster avec la pesanteur antérieure de son quotidien. A nouveau, cette première expérience d'hypnothérapie semble avoir permis à la patiente de voir nettement diminuer ses ruminations internes et son anxiété latente, qui s'externalisaient notamment par une fermeture et une crispation apparente de son visage et de son corps.

Comme pour la précédente séance d'hypnose formelle, j'avais déjà partiellement réfléchi au contenu que j'allais proposer à la patiente au cours de cette deuxième séance, avant son déroulement, notamment avec l'idée d'inviter la patiente face à une psyché et à positionner des

cœurs de réconfort, métaphore thérapeutique pour renforcer l'estime de soi qui nous avait été présenté par Sonia Abeau-Bahout lors de la formation.

Cette métaphore me semblait particulièrement adaptée à la problématique de la patiente, par l'idée générale, mais également par la réalisation. En effet, le fait de positionner Madame K devant un psyché et de s'observer au travers de ce miroir introduit une double dissociation, également thérapeutique dans l'accompagnement des victimes de traumatisme.

Ainsi, même si cliniquement, Madame K n'a pas véritablement subi de trauma en tant que confrontation à sa propre mort, il me semble néanmoins que les violences psychiques subies dans son couple auraient pu contribuer à une forme d'atteinte traumatique la concernant, comme l'affirme d'ailleurs Marie-France Hirogoyen (2009). De ce fait, cette métaphore me semblait donc doublement ajustée à la patiente.

Néanmoins, sur la base des éléments apportés par Madame K en début d'entretien, j'ai pensé inclure une lévitation de la main, pour renforcer l'induction. En effet, comme la patiente avait évoqué ses douleurs physiques, il me semblait intéressant, par l'intermédiaire de cette induction corporelle, d'introduire une mise en mouvement du corps de la patiente. Le fait que la patiente n'ait pas mis en mouvement son bras, peut indiquer deux éléments ; soit ma difficulté encore à improviser et à adapter le contenu des séances d'hypnose au matériel apporté par le patient ou soit une mobilisation corporelle encore trop inadaptée à la patiente.

Par ailleurs, Madame K a décrit lors de l'échange préalable à la séance d'hypnose, un investissement important de l'autohypnose et un recours particulièrement engagé, avec des sessions mises en place deux fois par jour, pour des durées particulièrement importantes, d'une heure environ. Lors de notre formation, Aurélie Mainguet, l'intervenante qui a réalisé le cours sur l'autohypnose, nous avait transmis le fait qu'en autohypnose, la durée de la transe était écourtée en générale et que son intensité pouvait être moindre.

Cependant, il semblerait que la patiente, du fait d'une hypnotisabilité importante et finalement d'un recours antérieur déjà établi intuitivement, a particulièrement investi la technique de l'autohypnose.

De même, lorsque la patiente décrit des ressentis de manque, les jours de week-end au cours desquels elle n'a pas eu l'occasion d'effectuer des sessions d'autohypnose, cela semble indiquer également, qu'à son degré d'investissement important, s'ajoute une forme de dépendance déjà en place, alors que la patiente recourt à l'hypnose formelle depuis peu.



Ainsi, cet élément me permet de cerner plus précisément un fonctionnement psychique très dépendant de la patiente, pouvant justifier son recours à certaines béquilles externes comme le tabac ou l'alcool par le passé et finalement vient décrypter un peu plus la demande initiale de la patiente.

En effet, Madame K est arrivée avec un questionnement sur son couple, venant mettre en avant une emprise actuellement perçue de façon délétère pour elle et une demande reformulée autour de son souhait de voir son estime et sa confiance en soi augmenter. Cette perception nouvelle et l'initiation de la démarche de consultation peuvent donc être interprétées comme un souhait d'une modification durable et stable du fonctionnement interne de la patiente.

De ce fait, cette implication voire ce surinvestissement des sessions d'autohypnose, leurs fréquences soutenues, les difficultés à quitter les transes, les sensations de manque perçues peuvent éventuellement indiquer que Madame K investit l'hypnose comme l'ensemble des béquilles externes qu'elle a déjà pu mettre en place par le passé.

Cependant, à ce moment de l'accompagnement, mes questionnements sont nombreux, autour de la pérennité de ce « déplacement », de cet investissement massif, autant d'éléments qui viennent m'interpeller sur une éventuelle prolongation de son évitement et de son repli, comme symptômes possibles d'une lutte latente contre l'effondrement dépressif.

De même, la rupture et la distorsion du temps apportées par l'autohypnose pourraient venir renforcer une éventuelle fuite du quotidien et positionne pour moi, à ce moment de la thérapie, une ambivalence importante dans l'après-coup de cet entretien, venant attendre de nouveaux éléments de réponse dans l'entretien suivant avec Madame K.

En outre, la patiente ayant réglé la séance à venir par anticipation, cette démarche inhabituelle pouvait également être analysée comme une forme de dépendance, à la thérapie et au thérapeute, un souhait de venir consolider le rendez-vous futur, un lien financier venant sécuriser tacitement le déroulement de la séance.

Ainsi, j'ai sollicité l'expertise de Madame Lutz lors de la journée de supervision de la session de DU d'hypnothérapie du mois d'avril 2015. En effet, j'ai soumis cette situation clinique, avec mes nombreux questionnements, à l'étayage du groupe et de Madame Lutz, me permettant, de ce fait, de prendre le recul et la distance nécessaire pour contenir mes différents questionnements jusqu'au prochain rendez-vous avec Madame K.

## Quatrième entretien et troisième séance d'hypnose

Cet entretien a eu lieu le jeudi 16 avril 2015, à la même heure et dans le même cadre de travail. Ce quatrième rendez-vous avait été, lors de l'entretien de rencontre, positionné comme un temps de bilan dans le suivi, et s'est avéré être, selon moi, la rencontre phare de l'accompagnement de Madame K.

### *Éléments cliniques présents lors de ce quatrième entretien*

Dès son arrivée, la patiente s'est présentée avec un large sourire, apportant un contraste majeur avec les crispations des mâchoires et le visage fermé de Madame K des premiers entretiens.

Pour étayer cette apparence modifiée, la patiente évoque de nombreuses évolutions dans son quotidien et d'abord, elle précise une posture générale plus affirmée, avec des changements associés : elle décrit des démarches initiées spontanément, comme des prises de contact téléphoniques aux différentes administrations, tels que la banque, le pôle emploi. La patiente évoque d'ailleurs, une modification profonde de son mode de communication jusque dans le vocabulaire employé. Elle décrit des tournures de phrases plus élaborées, construites, avec également une prononciation plus fluide, notamment du fait du soulagement de ses crispations des mâchoires.

La patiente décrit avoir pris la décision de reprendre une activité professionnelle, malgré sa dernière expérience plutôt négative et éprouvante pour elle et dit avoir obtenu un entretien d'embauche, dès le lendemain de notre entretien.

Madame K évoque un quotidien allégé, avec une prolongation tout au long du déroulement de sa journée, du sentiment de légèreté qu'elle avait déjà éprouvé depuis les premières séances de travail. La patiente souligne un ressenti de plaisir et de satisfaction lorsqu'elle se prépare chaque matin et dit prendre un long temps à s'observer dans le miroir et à apprécier son reflet.

Elle développe l'idée de ces nombreux changements en disant se positionner à présent, face à son mari, avec des postures « d'ampleur et de grandeur », qu'elle décrit majoré par les attitudes plutôt négatives de son époux, particulièrement au cours du week-end de Pâques. Ainsi, elle précise une alcoolisation massive de son mari lors de ces trois jours pascals, et décrit une position particulièrement infantilisée et humiliante le concernant. Elle évoque la survenue, chez

son époux, d'une incontinence urinaire et fécale du fait de son ivresse et dit avoir choisi de s'extraire de cette situation, alors qu'auparavant, elle se serait confrontée et emportée face aux comportements de son mari. La patiente dit avoir uniquement apporté une aide « technique », qu'elle décrit de façon distanciée, en ressentant finalement un apaisement, du fait de ses propres réactions et de son calme préservé.

Par ailleurs, elle évoque une capacité retrouvée à dire non dans sa vie quotidienne et notamment face aux demandes sexuelles de son mari, auxquelles elle cédait auparavant pour ne pas avoir à se positionner.

Finalement, Madame K utilise une image métaphorique pour résumer, expliciter l'ensemble des changements mis en place actuellement : elle décrit le sentiment de sortir d'un endormissement long de plusieurs années et de pouvoir enfin profiter pleinement de ses perceptions et émotions.

Elle précise cependant la présence de douleurs résiduelles entre ses deux omoplates : je saisis ses propos et l'encourage à décrire ses douleurs plus précisément, pour débiter un échange en hypnose conversationnelle. Elle évoque une douleur évaluée à sept, et qui s'installe de façon continue si elle se met en place. Lorsque je la relance plus précisément sur les sensations et perceptions que la patiente peut ressentir lors de ces épisodes douloureux, Madame K décrit alors l'idée d'une pique d'aiguille, dont le diamètre est semblable à celui d'une aiguille à tricoter et je l'amène à me décrire quelle forme de point de tricot, cette aiguille pourrait former. La patiente me répond spontanément qu'il pourrait s'agir d'un point mousse et je propose ainsi à Madame K qu'elle essaie de visualiser, lors de ses épisodes douloureux, quel ouvrage pourrait être produit avec cette aiguille à tricoter présente entre ses deux omoplates.

Puis, spontanément, la patiente associe librement la survenue de ses douleurs à des moments au cours desquels elle va anticiper, comme auparavant, le retour du travail de son mari ou la venue de la fin de semaine et les confrontations plus nombreuses avec son époux. Ainsi, je propose un recadrage à la patiente, en évoquant les ressources qu'elle avait réussi à mobiliser lors du précédent week-end prolongé, malgré les comportements plutôt négatifs de son époux.

Enfin, avant de débiter la séance d'hypnose plus formelle, je questionne la patiente sur son recours à l'autohypnose : elle décrit des sessions toujours aussi fréquentes, deux fois par jour, mais moins longues, d'une demi-heure environ. Elle précise également qu'elle adapte le choix des métaphores en fonction de ses ressentis du moment et dit apprécier tout spécifiquement celle des cœurs réparateurs et de la psyché.

La patiente semble s'être particulièrement bien approprié l'ensemble des métaphores proposées, ce que je ratifie et valorise comme un ajustement particulièrement positif et manifeste des ressources présentes et mobilisées actuellement chez elle.

Puis, j'ai invité la patiente à s'installer dans le fauteuil pour débiter la séance plus formelle d'hypnose.

### *Troisième séance d'hypnose : déroulement et observations*

Comme précédemment, j'ai nommé le dispositif environnant et j'ai effectué à nouveau une induction par le body scan, mais en changeant le mouvement, en l'induisant des pieds à la tête. Au cours de cette induction, la patiente a gardé un peu plus longtemps que lors des précédentes séances ses yeux ouverts : elle ne les a fermés que lorsque je suis arrivée au renforcement de ses appuis sur le sol, comme lors des précédentes séances finalement.

De même, j'ai prêté plus d'attention au pacing et à l'accordage respiratoire avec Madame K et de ce fait, l'induction a été nettement plus lente que lors des précédentes séances.

Après cette induction, j'ai suggéré à la patiente qu'elle se représente son inconscient, en laissant un champ volontairement large à cette proposition et je l'ai encouragée à prêter attention à l'ensemble de ses perceptions sensorielles, notamment l'odorat, l'ouïe et surtout la vue, qui m'a semblé être son canal sensoriel privilégié. J'ai proposé à la patiente qu'elle y effectue le rangement, le tri, les aménagements qu'elle souhaitait apporter à cet environnement.

Je l'ai encouragée à effectuer l'ensemble des tâches qu'il lui semble nécessaire de mettre en place et de m'indiquer lorsqu'elle aurait terminé, ce qu'elle m'a signifié, par un signe de tête, comme à chaque interaction lors des séances d'hypnose formelle.

Puis, je l'ai invitée à se rendre dans une forêt au sein de laquelle se trouvent de nombreux arbres et je lui ai proposé d'en choisir un tout spécifiquement et de se rendre à proximité, puis de m'indiquer lorsque cela serait fait.

Lorsque Madame K m'a indiqué avoir choisi son arbre, je lui ai proposé de prêter attention à cet arbre, en décrivant petit à petit les racines, leurs formes, leurs chemins, l'invitant à les toucher éventuellement, à les sentir, les observer précisément et à prêter attention aux sons autour d'elle.

J'ai ainsi remonté et décrit l'arbre entier, avec une description du tronc, des branches et des bourgeons, des fruits, des fleurs éventuellement présentes et j'ai proposé ensuite à Madame K d'étreindre l'arbre et de profiter longuement de l'ampleur, de la force et de la stabilité de cet arbre, solidement et durablement implanté, en reprenant les termes utilisés par la patiente lors de l'entretien exploratoire.

Je lui ai proposé ensuite de se détacher petit à petit de cet arbre, tout en continuant à l'observer et à en percevoir les sensations du contact, et en lui suggérant que cette ampleur et cette stabilité pouvaient continuer de l'accompagner, même lorsqu'elle s'en détachait.

Puis, j'ai suggéré à la patiente de reprendre petit à petit contact avec les perceptions qui l'entouraient, en les nommant et lui ai proposé de prendre une ou deux respirations profondes pour accompagner son retour à un état de conscience plus éveillé.

Madame K a particulièrement investi cette proposition, en effectuant plusieurs mouvements respiratoires profonds avant de revenir à un état de conscience plus éveillé, nettement plus rapidement que lors des précédentes trances hypnotiques.

La patiente a évoqué, dans l'après-coup, le fait d'avoir été en contact avec un chêne, aux racines enterrées, non visibles, très grand et très fort, et dont ses bras ne suffisaient pas à en faire le tour lorsqu'elle l'a serré contre elle.

J'ai ainsi proposé à la patiente de reproduire cette métaphore en autohypnose, comme elle en avait l'habitude à présent et en renforçant positivement ses capacités à ajuster son contenu métaphorique en fonction de ses ressentis du moment.

Puis, comme cela avait été convenu lors du premier entretien, j'ai questionné la patiente sur la poursuite ou non du travail thérapeutique au cabinet, en mettant en avant les ressources déjà remobilisées de Madame K et en rappelant les objectifs de travail qu'elle avait verbalisés, à savoir, une évolution de son estime de soi et de sa confiance en soi.

Ainsi, ces deux objectifs, du fait de l'ensemble des changements perceptibles chez la patiente, semblaient, à ce jour, plutôt favorablement engagés.

De même, son recours à l'autohypnose, adapté, investi et soutenu pouvait, de mon point de vue, permettre l'arrêt de l'accompagnement à l'issue de cet entretien.

Cependant, la patiente a exprimé le souhait de voir consolidées, soutenues ces récentes évolutions et a désiré planifier un autre rendez-vous.

De ce fait, j'ai proposé à la patiente de poursuivre l'accompagnement pour deux séances encore et un cinquième rendez-vous a été positionné deux semaines plus tard.

#### *Réflexions cliniques issues de cette quatrième séance de travail*

En élaborant ce travail de recherche et d'analyse, cette quatrième session d'accompagnement de Madame K m'est rapidement apparue comme pouvant être la séance phare de ce travail, mais également plus largement dans ma pratique professionnelle.

C'est donc pour cela que je vais proposer une double analyse de cette séance plus précisément.

#### *Analyse des modalités plus techniques de cette séance d'hypnose*

Déjà, au cours du temps d'échange précédent la séance d'hypnose formelle, j'ai proposé, pour la première fois, un temps d'hypnose conversationnelle, alors que lors de la précédente séance, la patiente avait déjà abordé ses douleurs et que je n'avais pas su saisir ses propos pour les travailler spontanément. Or, ce temps d'échange en hypnose conversationnelle s'est inscrit de façon particulièrement fluide dans l'ensemble de l'entretien et ce recours m'a semblé être une ressource véritablement enrichissante pour Madame K, mais aussi pour d'autres patients, sans proposer nécessairement une séance formelle d'hypnose.

Par ailleurs, cet accueil spontané des propos de la patiente m'a semblé être présent tout au long de cette séance de travail. En effet, contrairement aux précédentes, elle avait été peu anticipée, dans son déroulement et dans les propositions métaphoriques que j'allais pouvoir effectuer.

De ce fait, il m'a semblé nettement plus aisé, au cours de cette séance d'hypnose, de m'accorder véritablement à Madame K, tant dans les interactions physiologiques, comme la respiration et le flux de parole, que dans les suggestions métaphoriques que j'ai pu formuler, avec la construction des phrases à partir des propos de la patiente.

Ainsi, ces évolutions me semblent forcément en lien avec la possibilité dont j'ai pu bénéficier, d'exprimer et de partager mes questionnements avec mes pairs lors de la session du mois d'avril du D.U d'hypnothérapie, sous l'expertise avisée de Madame Lutz. En effet, partiellement libérée de mes questionnements internes, il a été plus simple pour moi de véritablement

accueillir la patiente, ses mots, ses propres métaphores et ainsi d'ajuster mes propositions thérapeutiques à Madame K.

Par ailleurs, parmi les évolutions proposées ce jour, le body scan, des pieds à la tête, me semble en être une également : j'ai choisi de moduler ma façon antérieure de procéder, suite à la rencontre avec Sophie Cohen, lors de la session de formation du mois d'avril. Ainsi, elle avait attiré notre attention sur le fait de pouvoir associer une suggestion plus pertinente dans cette proposition de body scan, en proposant au patient de « remonter » son attention et déjà suggérer une mise en mouvement ascendante, ce qui m'a semblé particulièrement intéressant et utile, pour cette patiente et pour d'autres également.

Par la suite, j'ai débuté les suggestions par la représentation de l'inconscient, qui était la métaphore thérapeutique que j'avais anticipé comme une possibilité de travail avec Madame K.

Cependant, à mesure de mon récit autour de cette métaphore, la nécessité d'évoquer un paysage de nature, plus précisément une forêt m'est apparue, presque comme une évidence. C'est pour cela que j'ai ensuite proposé à la patiente de se rendre dans une forêt et que j'ai débuté la métaphore thérapeutique de l'arbre, qu'une camarade de promotion de l'an dernier m'avait transmise, en prenant le soin, néanmoins, d'y intégrer les mots prononcés par Madame K. A nouveau, ces inclusions m'ont semblées particulièrement simples et fluides, venant s'imposer d'elles-mêmes.

De même, lors de la construction de cette métaphore, l'accordage avec la patiente m'a permis de m'attarder plus longuement sur la description du tronc que sur celles des racines, que la patiente ne semblait pas pouvoir visualiser et de formuler une précision, la présence de feuillage et de fruits, qui s'est vérifiée par la suite, avec les verbalisations que Madame K a effectuées.

Ainsi, au cours de cette séance, précisément, de nombreux aspects plus techniques et procéduraux de l'hypnose formelle ont pris un sens plus concret pour moi et m'ont apportés la possibilité de trouver mon porte-clé personnel, permettant de relier et d'associer toutes les clés transmises par l'ensemble des intervenants de ce D.U. d'hypnothérapie.

En outre, cette séance a permis notamment à la patiente d'exprimer de nombreux éléments personnels d'évolution également.

## Analyse plus clinique des apports de cette séance d'hypnose dans l'accompagnement de la patiente

En effet, au plan plus clinique, la patiente a précisé lors de cette séance, plusieurs avancées concrètes dans son quotidien.

Ainsi, dans ses postures physiques, elle décrit et présente une levée de ses crispations, de ses douleurs principales, tout en associant librement, ce jour, leurs survenues à une éventuelle composante anxieuse. De ce fait, cette association a permis à la patiente de prendre conscience de ses ressources pour mieux y faire face à l'aide d'un recadrage effectué en séance.

En outre, le travail en hypnose conversationnelle va contribuer à renforcer le mouvement déjà initié dans la posture de Madame K, celui de passer d'une attitude passive à une attitude active face à ses douleurs notamment. Lorsque je propose à la patiente de visualiser l'ouvrage qui pourrait être produit en tricot, par l'aiguille qui symbolise ses douleurs, cela va nécessiter qu'elle effectue d'elle-même, en pleine autonomie, un changement de point de vue, un recadrage positif et donc une mise en mouvement favorable.

De même, les nombreux changements s'opèrent à différents niveaux comportementaux chez Madame K, qui précise finalement une lecture plus distanciée, plus positive et plus confiante dans son quotidien, quels que soient les événements de vie qu'elle rencontre. La patiente parvient à retrouver des positions de sujet et d'affirmation de soi, face à son époux d'abord, mais également dans des attitudes d'initiatives pour des choix personnels, professionnels, avec une aisance retrouvée, dans ses actes ou même plus concrètement dans ses propos.

Par ailleurs, mes questionnements concernant son implication et une éventuelle dépendance au recours à l'autohypnose ont trouvé ce jour une lecture plus favorable également. Ainsi, la patiente, après un étayage massif et très investi de cette nouvelle béquille semble actuellement dans une appropriation tout à fait adaptée à ses besoins finalement.

En effet, bien que toujours aussi fréquentes, les séances d'autohypnose de Madame K ont une durée écourtée et se trouvent être finalement représentatives de l'autonomie et l'affirmation de soi de la patiente, qui choisit chaque jour, selon ses besoins et ses ressentis, la métaphore qu'elle souhaite travailler en autohypnose.

Par ce double mouvement d'identification et d'attention porté sur ses émotions et ses ressentis, Madame K s'applique donc d'abord vis-à-vis d'elle-même une considération et une dimension



subjectale renforcées chaque jour dans ses séances d'autohypnose, ce qu'elle va pouvoir ensuite naturellement transférer dans ses postures quotidiennes.

Ainsi, dans sa prise de distance progressive de l'autohypnose, la patiente y ajuste finalement son recours en fonction de ses besoins.

Mes questionnements, finalement alarmistes et inadaptés, me semblent être une illustration intéressante du fait que, quelle que soit l'alliance thérapeutique en place et les qualités du professionnel, de son expertise, le patient sera toujours celui qui saura au mieux identifier ses besoins et mobiliser, de façon efficiente et ajustée, ses propres ressources.

L'ensemble de ces évolutions favorables a contribué à ma proposition de clore l'accompagnement de la patiente à l'issue de cette séance, mais son souhait exprimé de le voir se prolonger encore, m'a indiqué la nécessité de travailler à la consolidation de ses ressources et notamment de renforcer sa confiance en ses capacités à les mobiliser pleinement en cas de besoins.

Ainsi, il a été convenu d'effectuer deux entretiens supplémentaires, dans le but, finalement de ratifier encore un peu plus précisément, ce que Madame K avait déjà initié.

## Cinquième entretien et quatrième séance d'hypnose

Cet entretien s'est déroulé le jeudi 30 avril 2015, à un horaire différent, une heure plus tard, du fait de contraintes professionnelles me concernant, mais dans un cadre identique de travail.

### *Éléments cliniques présents lors du cinquième entretien*

Lorsque Madame K se présente au rendez-vous, elle est à nouveau très souriante et elle évoque spontanément le maintien de nombreuses améliorations dans son quotidien.

Elle se décrit comme étant toujours entendue par ses enfants, mais aussi par son mari, qui semble, selon elle, se questionner sur les différentes évolutions manifestes chez elle. La patiente décrit ainsi des rôles presque inversés, avec une attitude de distance et de recul la concernant et des questionnements actuellement présents chez son mari et plus que chez elle.

De même, Madame K évoque la reprise d'une activité professionnelle de serveuse dans un évènement temporaire et décrit cette expérience comme lui ayant permis de confronter ses différentes évolutions en dehors de son milieu familial. Ainsi, la patiente précise que l'arrivée dans un groupe déjà constitué de serveuses qui se connaissaient, a été plutôt compliquée pour elle, mais que lors de cette confrontation à cette difficulté, Madame K dit avoir véritablement activé ses ressources et renforcé consciemment ses capacités à réaliser le plus convenablement possible cette activité professionnelle.

Ainsi, la patiente a effectué l'ensemble de ses tâches, au cours des deux jours de présence convenus, et elle a évoqué la nécessité pour elle d'aller questionner ses collègues, de solliciter leurs conseils et consignes, et a décrit, régulièrement, le besoin, pour elle, de se formuler des encouragements mentaux avant chaque échange.

De même, la patiente évoque également une fatigue extrême dès le lendemain de son activité professionnelle, avec une difficulté à se mobiliser tout au long de la journée qui a suivi. Elle a d'ailleurs choisi de ne pas réitérer cette expérience professionnelle, malgré d'autres propositions de contrat qui lui avaient été faites.

Madame K questionne ainsi, en séance, la pérennité du travail qu'elle effectue et des différentes évolutions qu'elle avait pu observer jusqu'alors. Elle décrit des doutes sur la stabilité, au long

court, de cette confiance en soi retrouvée partiellement et dit redouter de « retomber dans l'endormissement » dont elle disait avoir souffert tout au long de ses dernières années.

Face aux propos de Madame K, je saisis cette image métaphorique et je questionne la patiente sur ce qui se passe concrètement chez elle en cas d'endormissement en général : elle propose l'idée d'une alternance entre endormissements et réveils en fonction de son état de fatigue. J'indique également que la fatigue et le repos sont deux concepts liés, qui se complètent, l'une étant nécessaire pour pouvoir apprécier l'autre, et qu'elle sait aller se reposer lorsqu'elle est fatiguée et se réveiller lorsqu'elle est reposée, en essayant de transférer ses compétences physiologiques et naturelles, à l'image métaphorique qu'elle a utilisée.

De même, je ratifie les réactions spontanées de la patiente lors de sa confrontation à ses collègues : j'évoque ses capacités à mettre en place des solutions aux situations d'adversité qu'elle va pouvoir rencontrer à l'avenir. Je précise ainsi que le travail qu'elle a débuté va continuer à se poursuivre et à se renforcer à chaque fois que la patiente pourra se confronter à des événements de vie plus complexes et qu'elle saura mobiliser pleinement les ressources qui lui semblent les plus adaptées.

Par ailleurs, je la questionne sur son recours à l'autohypnose et Madame K décrit des séances toujours quotidiennes, mais une seule fois par jour, sur une durée stabilisée à une demi-heure.

Elle précise toutefois son besoin d'effectuer encore tous les jours, matin ou après-midi, une séance d'autohypnose, en évoquant spontanément son besoin de réassurance quant au soutien que cela peut lui apporter.

Je lui propose ensuite de s'installer dans le fauteuil pour effectuer une séance d'hypnose plus formelle.

#### *Quatrième séance d'hypnose : déroulement et observations*

La patiente prend position dans le fauteuil et je mets en place les mêmes repères déjà établis précédemment, à savoir nommer le dispositif environnant et débiter l'induction par un body scan des pieds à la tête, en renforçant également les appuis de la patiente, leurs stabilités et leurs ancrages dans le sol.

Comme lors de la précédente séance, j'ai prêté attention à m'accorder tout à fait à la patiente, à me mettre en pacing respiratoire et d'y adapter mon flux de paroles.

Spontanément, et sans préparation en amont, j'ai proposé à Madame K une métaphore thérapeutique reprenant des éléments qu'elle m'avait transmis lors de nos précédents échanges. J'ai suggéré à la patiente de se vêtir de la tenue de son choix, qui lui semble le plus esthétique, lui permettant de se sentir la plus belle et je l'ai ensuite invitée à se rendre à nouveau devant sa psyché, exercice qu'elle m'avait dit apprécier particulièrement.

Après un rapide body scan, pour ancrer particulièrement ses perceptions et sensations de bien-être et de satisfaction, j'ai suggéré à Madame K de se rendre sur une scène, sans spectateur et de danser et rire sur cette scène, d'y défiler pour éprouver pleinement la satisfaction de sa tenue et du bien-être et de l'ensemble de ses sensations.

Puis, j'ai décrit l'arrivée d'un public qui l'observe en train de danser et de rire, dans cette tenue qui la met particulièrement en valeur et j'ai invité à nouveau la patiente à prêter attention à ses perceptions et aux ressentis des mouvements qu'elle effectue, de ces danses qu'elle vit, qu'elle éprouve.

Enfin, j'ai décrit un public enthousiaste qui applaudit et valorise la prestation de Madame K et l'ai invitée à ancrer ses éprouvés et ses perceptions de ce moment, par un geste de son choix, qui a été celui de se frotter le majeur et l'index.

Puis, j'ai proposé à la patiente de retourner devant la psyché, de profiter encore pleinement de ses perceptions et sensations et je l'ai invitée à reprendre, petit à petit, un état de conscience plus éveillé, en prenant appui sur des respirations de plus en plus intenses et marquées, ce que j'ai accompagné en respirant plus profondément également.

Malgré cet accompagnement, avant de quitter sa transe hypnotique, la patiente a encore mis plusieurs minutes, ce que j'ai ratifié en évoquant la possibilité pour elle de prendre tout le temps qu'il lui fallait et en renforçant l'idée que son inconscient et ses ressources continueraient à travailler pleinement à son bien-être.

Lors de son retour à un état de conscience plus éveillé, Madame K a spontanément décrit des sensations nombreuses de bien-être, de légèreté et également, le ressenti de la présence de « papillons dans son ventre », décrivant son vécu métaphorique par une image pouvant l'illustrer.

J'ai rappelé l'ancrage gestuel de ses sensations, que la patiente a effectué en séance et la possibilité pour elle de les retrouver aussi souvent qu'elle le souhaite. De même, j'ai proposé à la patiente de retravailler cette métaphore en autohypnose, comme les précédentes, en les adaptant selon ses besoins.

Nous avons ensuite convenu d'un dernier rendez-vous, plus éloigné dans le temps afin de clore cet accompagnement avec un temps de recul, sollicité par la patiente.

### *Réflexions cliniques issues de cette cinquième rencontre*

Dès son arrivée, la patiente a transmis les principaux éléments cliniques nécessaires à l'élaboration de la métaphore thérapeutique que je lui ai proposée en séance d'hypnose formelle par la suite.

Ainsi, elle décrit une stabilisation de ses positionnements dans son quotidien, au sein d'un environnement connu et familial. La patiente précise d'ailleurs que la dynamique de son couple s'est ainsi inversée depuis son affirmation, sa prise de confiance et de position et, qu'à présent, les questionnements et les doutes se situaient plutôt chez son époux.

Par ailleurs, la patiente n'a absolument pas fait mention d'épisodes douloureux survenus au cours de ces deux dernières semaines, ce qui semble indiquer que l'identification de la composante anxieuse associée à ses douleurs était adaptée, a priori, et que cette prise de conscience a éventuellement contribué à la levée de ce symptôme.

Cependant, lors de sa première confrontation en dehors de son environnement familial, certes perçue négativement au début du travail thérapeutique, mais à présent connue et apprivoisée, Madame K a décrit le retour de doutes et de questionnements internes, qu'elle a, cependant, réussi à mettre en mouvement et qu'elle a confronté à ses nouvelles ressources, pour parvenir à aller à la rencontre de ses collègues et à réaliser l'ensemble des tâches qui lui avaient été confiées.

Ainsi, la patiente a su s'adapter aux nouvelles contraintes sociales et professionnelles auxquelles elle avait choisi de se confronter, mais également, a perçue la nécessité pour elle, de s'accorder encore du temps avant de reprendre une activité professionnelle plus régulière, du fait de la fatigue occasionnée par ses ajustements et renforcements internes, encore nécessaires en permanence.

A nouveau, la patiente reste particulièrement attentive à ses ressentis et semble parvenir, à présent, à se centrer sur elle et sur ses besoins, ce qui n'était pas le cas au début de l'accompagnement.

Cela étaye à nouveau ses capacités retrouvées à se positionner comme sujet et donc la mise à distance progressive des affects dépressifs latents, contre lesquels elle luttait antérieurement.

En effet, la patiente décrit, lors de cet entretien, en filant la métaphore qu'elle avait employée lors de la séance précédente, la peur de « retomber dans cet endormissement », pouvant traduire finalement l'asthénie et l'aboulie qu'elle pouvait ressentir lorsqu'elle a décidé d'entreprendre cette démarche de consultation.

En état de conscience éveillé, j'ai proposé à la patiente de s'appuyer sur un fonctionnement physiologique naturel, spontané, celui de son rythme circadien, l'alternance veille/sommeil, ainsi que la complémentarité des dimensions de fatigue et de repos, pour renforcer sa confiance en ses ressources inconscientes. Mon idée était surtout d'induire le fait que la patiente n'était pas nécessairement obligée de mobiliser un contrôle ou une vigilance particulièrement et que son inconscient, ses ressources pouvaient travailler en toute autonomie et durablement.

Par ailleurs, au cours de l'entretien, j'ai régulièrement ratifié et valorisé pleinement les évolutions et les ressources que Madame K avait su convoquer pleinement au cours de ces dernières semaines.

De même, la patiente a décrit lors de cet entretien, une prise de distance supplémentaire vis-à-vis de son recours à l'autohypnose, avec une diminution de moitié du nombre de séances, Madame K précisant n'effectuer qu'une session unique, d'une demi-heure par jour.

Ainsi, cela corrobore un peu plus l'idée d'un étayage que seul le patient va pouvoir véritablement discriminer et moduler au gré de ses besoins. De plus, le recours à l'autohypnose, son intensité sont autant d'éléments, qui vont pouvoir également signifier l'investissement du patient dans la mobilisation de ses ressources et son souhait de parvenir au plus vite à la réalisation de ses objectifs thérapeutiques, ce qui me semble véritablement manifeste dans cette situation clinique.

En outre, lors de l'induction de la transe hypnotique de Madame K, la métaphore thérapeutique à lui proposer, a émergé assez spontanément, avec selon moi, l'intérêt d'introduire une mise en mouvement, que j'avais peu proposé jusqu'alors. J'ai donc repris les deux éléments, le rire et le chant que la patiente avait décrits comme pouvant symboliser sa situation lorsqu'elle serait

améliorée, au cours de la deuxième séance de travail et que je n'avais pas encore suggéré lors des séances précédentes.

De même, il m'a semblé intéressant d'introduire une dimension sociale d'altérité et d'ouverture vers l'extérieur, avec la présence du public, afin de reprendre les ressentis que la patiente avait décrits lors de sa récente confrontation à une activité professionnelle et à des pairs.

Ainsi, cette métaphore thérapeutique, qui nous avait également été présentée en formation par Sonia Abeau-Bahout, propose de travailler la confiance et l'estime de soi, tout en induisant une confrontation plutôt favorable, au regard et au jugement des Autres et m'a semblée particulièrement intéressante ce jour, pour répondre aux besoins verbalisés par la patiente.

Manifestement, cette proposition de métaphore a été plutôt investie par la patiente, qui a décrit, à l'issue de la séance, une image métaphorique pour partager ses ressentis. En effet, elle a précisé avoir ressenti comme des papillons dans le ventre, pouvant venir symboliser également les mutations plus générales qui s'opèrent en elle.

Ainsi, ses ressentis d'endormissement, de repli antérieurs, tels une chrysalide, transparente, étroite et figée, pourraient avoir été sublimés, transformés par la patiente et par la mobilisation de ses ressources, en papillons, colorés, libres et en mouvement.

Cette libre interprétation de la métaphore que Madame K a proposée en fin de séance, reste mon décryptage a posteriori, sans aucune certitude quant à cette lecture personnelle, mais c'est cela que cette image est venue symboliser pour moi.

De même, il me semble particulièrement intéressant de reprendre cette image métaphorique lors du prochain et dernier entretien, qui a été positionné à distance dans le temps, à la demande de Madame K, souhaitant pouvoir éprouver une plus longue période « en autonomie », avant de terminer cet accompagnement.

A nouveau, dans cette demande, la patiente vient signifier son affirmation de soi, sa prise de confiance en ses ressources et ses capacités à faire face aux différents événements de sa vie quotidienne, mettant alors une distance adaptée et réfléchie également dans la fréquence de nos rencontres.

De ce fait, ce délai temporel avant le dernier entretien de cet accompagnement pourra permettre un ajustement des propositions thérapeutiques, encore plus adapté aux besoins que Madame K pourra exprimer après un mois de recul et d'autonomie.

## Sixième entretien et cinquième séance d'hypnose

Cet entretien devait se dérouler le jeudi 28 mai 2015, mais la patiente a souhaité décaler cette ultime séance de travail, en raison de contraintes financières la concernant et le rendez-vous a été reprogrammé au jeudi 11 juin 2015.

Ainsi, du fait de la date de restitution du présent mémoire, j'ai choisi de ne pas inclure ce dernier entretien dans les éléments d'analyse, n'ayant que très peu de temps de recul à ma disposition pour exploiter de façon pertinente les éléments cliniques apportés lors de cette dernière rencontre.

A l'issue de ces différents entretiens et séances d'hypnose formelle ou non, de nombreux éléments cliniques intéressants ont pu être apporté par Madame K et il s'agit maintenant d'en effectuer une synthèse pour en dégager les données les plus pertinentes et permettre l'élaboration de réponses possibles à la problématique de recherche initiale.



## Synthèse des données pertinentes en réponse à la problématique de recherche

### Rappel des éléments cliniques principaux

Ainsi, dans cette vignette clinique, les différentes mises en mouvement effectuées par Madame K sont autant d'éléments importants.

En effet, au cours de l'accompagnement de la patiente, la dynamique de son couple a évolué, passant d'une position individuelle plutôt passive à une posture tout à fait active, tout comme dans son quotidien en général, quittant son repli et son apathie antérieurs pour insuffler du dynamisme et des initiatives dans ses activités journalières.

Ainsi, les attitudes plutôt figées, voire endormies selon ses propres mots, de Madame K ont été « réveillées », mises en mouvement par la patiente, notamment au travers de son appropriation et de son investissement quotidien de l'autohypnose, recours proposé très rapidement lors de son accompagnement.

De même, face à ses symptômes douloureux, la patiente a décrit une disparition de ses crispations et autres tensions musculaires responsables de ses algies et a su également adopter une posture active et ajustée dans la survenue de ses épisodes douloureux, intégrant également leurs composantes anxieuses.

Simultanément à ces nombreux changements, Madame K a rapporté finalement une modification particulièrement intéressante, celle de voir évoluer favorablement son discours et ses codes de communication, retrouvant des interactions adaptées, posées et positives avec son entourage, familial, social ou amical.

Ainsi, lors de l'accompagnement de Madame K, il m'a été possible d'observer une véritable métamorphose chez elle, avec des recours spontanés, dans ses propos, à des images métaphoriques, pourtant peu présentes lors des premières rencontres. Ainsi, cette créativité convoquée par la patiente lors des derniers entretiens m'ont permis de percevoir les modulations profondes activées chez Madame K.

En effet, le recours, lors de l'avant-dernier entretien à l'image de la présence de papillons dans son ventre, m'a particulièrement cueilli dans sa spontanéité et les dimensions de légèreté, d'épanouissement et de construction identitaire nouvelle que j'y ai analysée rétroactivement me

semblent être une illustration particulièrement juste des apports de l'hypnothérapie dans cette vignette clinique précisément.

De ce fait, l'ensemble de ces données peuvent contribuer à apporter une réponse à la problématique qu'il me semble intéressant de rappeler ici.

### Elaboration de proposition de réponse à la problématique de recherche

Parmi les nombreux questionnements présents pour moi depuis le début de la formation en hypnothérapie, celui qui m'a semblé être le plus pertinent à analyser spécifiquement dans ce travail universitaire était surtout le constat de la nécessité, en hypnothérapie, de devoir appréhender, de façon ajustée, la véritable demande clinique apportée par le patient, à plusieurs niveaux, entre latent et manifeste, sens premier et symboles, sensorialité et symptôme, anamnèse et rencontre.

Précisément, cette vignette clinique détaillée lors de cette recherche avait également contribué à alimenter mes réflexions, tant dans le matériel clinique apporté par Madame K que dans son évolution favorable.

Ainsi, dès le premier entretien, la patiente a décrit une situation particulièrement figée, avec de nombreux points identifiés comme étant négatifs pour elle, notamment l'emprise dans son couple, ses douleurs, son épuisement professionnel, son repli quotidien, ses ressentis de pesanteur. De même, elle a décrit le recours à des dépendances externes, le tabac et l'alcool, dans des quantités variables et plus modérées que par le passé.

Lors de cette première rencontre, la patiente convoque très régulièrement la présence de son époux, en précisant surtout ses ressentis d'emprise conjugale comme ayant motivé sa démarche de consultation, mettant au second plan finalement les autres symptômes et en ne parvenant à se positionner comme sujet, uniquement lorsque j'ai sollicité la formulation de ses objectifs de travail.

Cette demande est un élément nouveau introduit dans ma pratique professionnelle depuis que j'effectue ce D.U. et constitue dans cette vignette clinique précisément, mais aussi plus généralement, déjà une première façon de mettre en mouvement les situations que les patients viennent présenter et permet également de percevoir un autre niveau de la demande apportée par le patient.

Ainsi, dans la situation de Madame K, le fait de se centrer réellement sur ses besoins propres et finalement, le contraste que cela a offert avec l'ensemble des propos tenus lors de l'entretien, m'a mieux permis d'entendre cette fragilité narcissique présente chez elle et d'y entrevoir les éventuels affects dépressifs sous-jacents.

Le fait de préciser les objectifs de travail permet également de définir un cadre précis de travail et d'élaborer des priorités pour le professionnel comme pour le patient. Finalement, cela va déjà favoriser un premier ajustement des propositions thérapeutiques aux besoins exprimés du patient.

Néanmoins, les mises en mots des patients sont souvent constituées, de prime abord, par des demandes manifestes comme celle initialement formulée par Madame K, qui sollicite un accompagnement pour soutenir son estime de soi, tandis que ses affects dépressifs associés n'ont été mentionnés qu'indirectement, étant tout simplement éludés par la patiente.

Cependant, en n'utilisant que les mots utilisés par Madame K, notamment en reprenant les images métaphoriques qu'elle a proposées spontanément lors des temps d'échange, j'ai suggéré des métaphores thérapeutiques qui lui ont manifestement permis de mobiliser précisément les ressources dont elle avait besoin.

De ce fait, ce premier élément étaye partiellement la problématique de recherche, et peut signifier qu'en se centrant sur le contenu formel du discours du patient, les métaphores thérapeutiques qui en découlent seront celles qui vont permettre la mobilisation des ressources les plus adaptées aux besoins du patient. En effet, le contenu formel et les images métaphoriques qu'il peut contenir semblent être déjà une première porte d'accès au contenu latent du discours des patients et va constituer un premier matériel thérapeutique à recueillir et investiguer.

De ce fait, il me semble nécessaire d'introduire de nouveaux niveaux d'analyse, plus spécifiquement adaptés à l'hypnothérapie, nécessitant pour le professionnel de s'ouvrir au repérage d'éléments discursifs fondamentaux, pour un accueil encore plus global et ajusté du patient.

En effet, un des premiers repérages indispensables, insuffisamment exploité dans ma pratique antérieure, me semble être celui des propos imagés, autant de possibilités de saisir et d'appréhender spécifiquement le monde métaphorique individuel de chaque patient et de s'y référer par la suite.

Dans la situation de Madame K, les images verbalisées ont donc permis d'adapter très précisément les propositions métaphoriques, comme celle de la quatrième séance d'hypnose, de danse et de rire face à un public, image qui, finalement, avait été apportée par le contenu formel du discours de la patiente, lors des échanges antérieurs.

De même, au-delà du sens et des analyses qui peuvent être attribués aux symptômes, les perceptions et ressentis des patients qui y sont associés me semblent être actuellement des repérages plus ajustés pour la mobilisation de leurs ressources. Cela signifie alors prêter une attention soutenue aux modalités sensorielles privilégiées des patients, ce qui correspond également à un niveau d'écoute nouveau, riche et particulièrement efficace, pour rencontrer véritablement le patient et ses besoins propres.

Pour cela, une des formatrices intervenant dans le D.U., Marion Delmas, nous a particulièrement sensibilisés sur un des changements concrets que cette écoute centrée sur les sensations et perceptions des patients va induire, chez l'hypnothérapeute, dans la conduite de ces questionnements. Elle précise ainsi le passage d'un entretien auparavant construit avec des « pourquoi », en quête de sens et de signification, à un entretien proposé avec des « comment », pour explorer plus spécifiquement la sensorialité et les perceptions du patient.

Ainsi, cette modulation me semble particulièrement nécessaire et utile à mettre en place, dans mon discours professionnel, pour me permettre d'investiguer les composantes sensorielles et perceptives des patients. Cela suppose alors d'introduire encore un nouveau niveau de repérage dans le discours des patients et donc d'y sensibiliser et adapter également mes postures d'écoute.

Dans la situation clinique de Madame K, plusieurs temps d'échange en hypnose conversationnelle illustrent spécifiquement cette attention portée aux sensations et perceptions de la patiente, à l'importance de ces repérages sensoriels et notamment pour l'évocation et la réification de ses douleurs.

En outre, lorsque l'ensemble de ces éléments aura été repéré, il conviendra alors de les introduire de façon ajustée dans la communication utilisée avec le patient, tout au long des échanges, et y recourir plus spécifiquement pour la construction des métaphores thérapeutiques de chaque patient.

Ainsi, pour Madame K, l'identification, à l'issue de plusieurs temps de rencontre, de son canal sensoriel privilégié, le canal visuel, m'a permis ensuite de recourir plus particulièrement à l'utilisation d'un vocabulaire convoquant plus spécifiquement les perceptions visuelles de la patiente et notamment dans les constructions métaphoriques.

Enfin, ces repérages dans le discours vont alors être complétés et enrichis également par l'identification et l'accueil de composantes non verbales et physiologiques chez le patient, pour s'y ajuster au mieux. Ainsi, identifier les postures corporelles, les expressions du visage, les rythmes respiratoires des patients et essayer de s'y ajuster sont autant d'identifications nouvelles à prendre en compte également, comme un niveau supplémentaire de repérages nécessaires pour une utilisation ajustée et thérapeutique de l'hypnose.

Ainsi, pour Madame K, lorsque je suis parvenue à m'ajuster à son pacing respiratoire, à partir de la quatrième séance d'hypnose, cela a finalement contribué à moduler les déroulements des séances, de leurs contenus et de leurs rythmes en m'accordant tout spécifiquement aux besoins de la patiente.

Enfin, tous ces nouveaux niveaux de repérage sont autant d'éléments nécessaires et indispensables à saisir pour le recours ajusté et efficace à l'hypnothérapie et constituent autant de réponses à la problématique soulevée dans cette recherche.

Ainsi, la situation clinique de Madame K illustre parfaitement la nécessité pour le professionnel de mobiliser plusieurs niveaux d'écoute et d'analyse des propos apportés par le patient, dans un prolongement de la dichotomie entre sens latent et manifeste.

Ces différents niveaux d'écoute, physiologique, sensoriel, métaphorique, perceptif vont alors permettre un ajustement individualisé et véritablement accordé au patient, participant ainsi à un accompagnement par l'hypnose thérapeutique et efficace.

Pour finir, il me semble donc que le questionnement initial de cette recherche trouve certaines réponses à l'issue de cette analyse clinique, notamment dans le fait de pouvoir accéder au contenu latent du discours, par l'intermédiaire des images métaphoriques employées par les patients, et qui seront utiles à l'élaboration des métaphores thérapeutiques les plus efficaces possibles, étant finalement uniquement issues du discours des patients.

De même, la problématique initiale de cette étude peut également être étayée favorablement par cette vignette clinique, notamment dans le fait de mobiliser plusieurs niveaux d'écoute nécessaires à l'hypnose, en dehors finalement de la dialectique, trop simpliste, entre latent et manifeste, et en introduisant plutôt dans ces repérages des dimensions importantes en hypnothérapie : l'imaginaire, les perceptions, la corporalité et le mouvement.

Par ailleurs, en complément aux questionnements issus de la problématique de recherche, il me semble important d'enrichir ce travail par une analyse complémentaire et critique de la situation clinique et du recours à l'hypnothérapie.

## Analyse critique du travail de recherche

Comme dans tout travail de recherche, certaines limites, développées dans le paragraphe suivant, peuvent être soulevées dans la réalisation de cette étude, tant dans la conduite des séances et dans le déroulement de l'accompagnement de la patiente, que dans la découverte plus élargie de l'hypnose et de ses indications en psychothérapie.

### Analyse critique des séances et de l'accompagnement de Madame K

Tout au long de la vignette clinique détaillée pour cette recherche, j'ai évoqué l'accompagnement en hypnothérapie d'une patiente dans le cadre de ma pratique libérale de psychologue.

Cette situation a été le support de mes réflexions concernant la problématique de recherche, qu'elle avait contribué à faire émerger, ce qui resitue ce travail dans une perspective, non de recherche empirique, mais plutôt de support d'élaboration et d'analyse d'une pratique professionnelle bouleversée par la découverte de l'hypnothérapie. Ces nombreux bouleversements et questionnements ont été mis en lumière plus spécifiquement au travers d'une vignette clinique unique, choisie justement pour sa richesse, comme étant une des plus représentatives de la diversité de mes interrogations.

Par ailleurs, les repérages des différents niveaux d'écoute, l'appréhension des aspects sensoriels, imaginaires et perceptifs, au cours de l'accompagnement de Madame K, ont été relativement complexes à mettre en place. En effet, je ne suis pas parvenue à repérer autant de nouveaux éléments lors des deux premières rencontres avec la patiente, et cela, malgré l'intérêt fondamental et la nécessité absolue, en psychothérapie et tout particulièrement en hypnothérapie, d'une évaluation précise et d'analyses ajustées, dès les premiers entretiens de rencontre.

De ce fait, la nécessité d'une préparation, en amont, des propositions métaphoriques construites pendant les séances d'hypnose me semblait un recours indispensable pour pallier à ces éléments manquants. Cependant, cela contribuait à me maintenir éloignée de l'accueil véritable de Madame K, de ses propos, de son imaginaire ainsi que de ses perceptions, entravant finalement mes possibilités d'établir un accordage plus adapté et cela dès les premières séances.

Une véritable transition s'est opérée pour moi après le temps d'échange et de supervision proposé lors de la session du mois d'avril 2015 du D.U. d'hypnothérapie. En effet, la possibilité de venir mettre en mots mes questionnements, mes doutes, finalement, autant d'éléments qui venaient m'encombrer dans l'accueil et l'accordage à la patiente m'a véritablement permis de me délester et de me recentrer sur Madame K, son imaginaire et en laissant finalement plus de place à la dimension de co-construction des propositions thérapeutiques, ce que le groupe de collègues avait parfaitement su me renvoyer.

De même, l'expertise et la bienveillance de Madame Lutz a contribué à m'aider à accepter mes doutes et questionnements, pour mieux les mettre de côté et ainsi, me permettre de me faire confiance dans les propositions de travail à venir, m'autorisant plus de spontanéité et de liberté dans les postures à adopter avec Madame K.

Ainsi, à l'issue de ce temps de supervision, la séance de travail proposée à la patiente s'est révélée être la séance phare de l'accompagnement, avec un véritable accordage trouvé, enfin, entre Madame K, son imaginaire, ses propos et ses postures physiologiques et ma capacité à les accueillir, à les saisir et les retranscrire, dans la métaphore thérapeutique construite en séance. De même, lors de cette séance d'hypnose, le pacing respiratoire avec Madame K s'est effectué naturellement, avec un lâcher-prise majeur me concernant. Cette dimension me semble particulièrement importante à prendre compte et conforte pour moi la nécessité de renforcer ma supervision professionnelle déjà en place. Ainsi, en dépit du travail de supervision classique que j'ai débuté il y a quatre ans, des groupes balint en supervision de psycho-oncologie débutés il y a deux ans, il me semble plus adapté à présent, pour mieux appréhender les différentes évolutions de ma pratique professionnelle, d'entreprendre plus spécifiquement un travail de supervision par l'hypnose, que ce soit selon des modalités individuelles ou de groupe.

En effet, avec certaines collègues rencontrées lors de la formation, nous avons évoqué à plusieurs reprises, de façon informelle, l'idée de mettre en place un espace groupal d'échanges et de mise en forme des situations cliniques que nous rencontrions, auprès d'un superviseur formé en hypnose, et qui pourrait nous permettre un étayage et une expertise véritablement accordés à nos questionnements et pratiques actuels.

Cependant, même si ce projet de groupe n'aboutit pas, je souhaite tout de même m'orienter vers un espace de supervision, contribuant à m'aider plus spécifiquement dans la poursuite de l'ouverture des portes que j'ai débutée au travers de cette formation en hypnothérapie et ainsi,



m'accompagner plus spécifiquement dans l'accueil de l'imaginaire, de la créativité des patients, en renforçant ces mêmes modalités chez moi également.

De même, par le recours régulier à l'autohypnose, mis en place pendant la formation également, cela contribue également à réactiver pleinement mes ressources créatives et mon imaginaire, pour mieux le mobiliser ensuite à des fins thérapeutiques.

Pour finir l'analyse critique de ce travail de recherche, je pointerai également mes difficultés récurrentes à aller à l'essentiel, à cerner les éléments clés pour mieux les exploiter, les introduire dans les bonnes serrures. En effet, que ce soit sur le fond, les détours pris lors de l'élaboration de la problématique de recherche, les nombreuses questions associées et l'accompagnement sinueux de Madame K, que sur la forme, mes constructions grammaticales longues, les nombreuses modalisations, et finalement, les questions laissées en suspens, mes difficultés à synthétiser sont autant de freins aux repérages des différents niveaux d'écoute à mettre en place pour un recours à une hypnothérapie efficiente.

Pour faire face à cela, l'expérience professionnelle de l'utilisation régulière de l'hypnose, encore à acquérir et renforcer, ainsi que, finalement, l'enrichissement permanent de chaque accompagnement par l'hypnothérapie, des remises en question nécessaires pour chaque échec thérapeutique seront autant d'éléments indispensables et soutenant afin de m'aider à transformer l'ensemble de ces difficultés, en autant de portes-clés supplémentaires, contenant et rassurants.

Ainsi, ce travail de recherche a contribué déjà à mobiliser de nouveaux aspects d'enrichissement et d'ouverture dans ma pratique de psychologue, que je vais préciser dans le prochain paragraphe.

## Apport de ce mémoire de recherche et son intrication avec ma pratique professionnelle

Effectivement, comme présenté au travers de la vignette clinique de Madame K, la progression et la construction des séances de cet accompagnement sont véritablement représentatives d'évolutions plus générales concernant ma pratique professionnelle.

Ainsi, depuis le début de ma participation au D.U. d'hypnothérapie, à chaque session de formation, de multiples outils nous ont été présentés et j'ai rapidement fait le choix d'en intégrer de nombreux dans ma pratique professionnelle, mais également plus largement dans mon fonctionnement quotidien.

En effet, les éléments discursifs nécessaires pour établir une communication hypnotique de qualité font à présent partie intégrante de mon langage quotidien et je recours actuellement plus spontanément à des constructions de phrase orientées de façon positive, en veillant à ne pas trop utiliser les tournures de phrases négatives, difficilement perçues par l'inconscient.

De même, dans le cadre de mon activité professionnelle en multi-accueils collectifs, je transmets l'importance de cette communication établie avec des constructions de phrases positives, spécifiquement dans le champ de la petite enfance. Egalement, je tente de sensibiliser les équipes, de l'impact bénéfique de cette « gymnastique » mentale plus largement sur l'accueil des émotions de l'enfant et de leurs réactions multiples et souvent intenses.

En outre, suite à notre rencontre avec Jean-Baptiste Guimier et la journée de formation concernant l'approche spécifique de l'hypnose auprès des enfants, j'ai particulièrement enrichi mes postures et propositions de travail avec les enfants côtoyés dans les multi-accueils dans lesquels j'interviens, mais également ceux reçus au sein de mon cabinet libéral. Ainsi, auparavant déjà particulièrement sensibilisée à l'accueil et à la mise en mots des émotions du jeune enfant, j'ai renforcé cette approche, en y associant également un intérêt spécifique au développement et à la prise de conscience de la sensorialité naissante chez eux et leur transmettre l'idée d'une attention tournée vers la curiosité et l'observation de leurs cinq sens. En effet, cette étape de sensibilisation, à l'âge des apprentissages fondamentaux, me semble une dimension nécessaire et intéressante à renforcer pour permettre aux enfants d'explorer, de découvrir et de s'approprier pleinement les multiples aspects de leur corporalité et de fait, des constructions psychiques associées.

Cette sensibilisation dès le plus jeune âge pourra également contribuer à favoriser chez ces enfants, un éventuel recours facilité à l'hypnose.

Par ailleurs, l'ouvrage de Richard Crowley et Joyce Mills (2013), *Métaphores thérapeutiques pour les enfants et l'enfant intérieur*, décrit comme une référence par Monsieur Guimier, a également contribué à transcender ma pratique professionnelle avec les enfants, lui élargissant le champ des possibles, auparavant déjà orientée vers le jeu, les squiggles et dessins libres ou les contes à la carte. Ainsi, depuis la formation, je recours très régulièrement à la technique des trois dessins et à la mise en mouvement, la projection vers l'avenir, la mobilisation des ressources qu'elle permet, ainsi qu'aux médias relationnels tels que des poupées ou marionnettes de réconfort, conçus et personnalisés par les enfants que je rencontre, leur permettant de mobiliser en toute autonomie, leurs imaginaires et leurs ressources internes.

De même, dans ma façon de conduire les entretiens avec les patients de tous âges, j'ai opéré de nombreuses modifications.

Ainsi, auparavant, lors d'un premier entretien, la présentation et les éléments cliniques apportés par le patient, souvent riches et nombreux, étaient uniquement recueillis sans que je ne formule trop de relances et je tentais d'accueillir au mieux, sans toutefois les questionner, les attentes de la prise en charge que pouvait avoir chaque patient dans sa singularité.

Depuis le début de la formation en hypnothérapie, à l'issue de cette première rencontre, je questionne différemment les attentes des patients, en évoquant avec eux les « objectifs » qu'ils associent à cette démarche de consultations, plus précisément qu'auparavant, en formulant directement la question de leurs attentes et de leurs besoins. De même, à ce moment du travail, il est déjà intéressant de suggérer aux patients une mise en mouvement vers des objectifs de travail positifs, en étant quelque fois dans la nécessité de les accompagner pour qu'ils parviennent à une verbalisation sans construction de phrases recourant à la négation.

Comme je l'ai présenté dans l'exemple étudié dans cette recherche, cette formulation, en apparence plutôt simple et anodine, contribue déjà à un recadrage important et permet déjà d'accéder à de nombreuses dimensions du fonctionnement du patient. Cela suppose également une première mise en mouvement, en mobilisant déjà partiellement l'imagination et la créativité du patient.

De même, les questionnements principaux de ma problématique de recherche et leurs conclusions m'ont véritablement permis de mobiliser une plus grande attention aux différents

niveaux de repérage évoqués et détaillés au travers de la vignette clinique de Madame K. Ainsi, ce repérage des images que les patients utilisent dans leur discours, ainsi que des canaux sensoriels qu'ils semblent privilégier apportent une évolution majeure et des bouleversements profonds dans mes postures professionnelles, dans l'accueil et l'écoute des différents patients. Cette attention soutenue portée sur l'accès et l'écoute de l'imaginaire et la créativité de chaque patient me mobilise pleinement dans les temps d'entretien et va finalement contribuer à favoriser également les propositions d'échange en hypnose conversationnelle, lorsque cela me semble pertinent pour l'accompagnement des patients, à partir de certaines des images qu'ils verbalisent. Ainsi, ces propositions d'hypnose conversationnelle correspondent également à des modifications profondes de ma pratique et me permet de diversifier un peu plus encore les suggestions thérapeutiques à proposer aux patients.

En outre, depuis le début de ce D.U., j'ai particulièrement renforcé une dimension déjà très présente dans ma pratique antérieure, celle de l'accueil des émotions présentes chez le patient et de leurs mises en mots, ce que j'effectue à présent systématiquement que cela est nécessaire, étant à présent confortée dans l'intérêt thérapeutique de leurs identifications et ratifications éventuelles.

Ainsi, pour reprendre ma métaphore initiale, les nombreuses clés apportées par cette formation en hypnothérapie, qui ont pu m'apparaître comme étant presque dérangement tant que je n'étais pas parvenue à identifier les serrures dans lesquelles les introduire et les utiliser à bon escient pour ouvrir ces nouvelles portes thérapeutiques, sont actuellement autant de ressources et d'apports dans ma pratique quotidienne de psychologue.

Néanmoins, il reste encore pour moi la nécessité de m'approprier pleinement ces trousseaux, et de les utiliser régulièrement pour permettre, finalement, des ajustements facilités entre les serrures, les clés et ainsi l'ouverture efficace de ces nombreuses portes thérapeutiques, en les accordant individuellement à chaque patient rencontré, en prenant appui sur leurs mondes imaginaires personnels et leurs ressources bien spécifiques.

## Conclusion

En conclusion, ce travail de réflexion et de recherche m'a permis de transcrire de nombreux questionnements émergeant simultanément à la découverte théorique et concrète de l'hypnothérapie au cours de cette formation d'une année.

Ce travail d'élaboration et d'analyse, réalisé à l'issue des dix sessions de cours, de rencontres et d'enrichissement professionnels a d'abord une fonction pragmatique de validation universitaire, en vue de clore cette année de formation. Ainsi, en miroir aux nombreuses propositions et supports de travail en hypnothérapie, qui nous ont été transmis à chaque session du D.U., régulièrement pratiques, concrets et adaptés à la conduite de psychothérapies, ce mémoire de recherche devait s'appuyer sur les dimensions concrètes de situations cliniques rencontrées dans notre activité professionnelle.

De ce fait, l'ensemble des étapes nécessaires à la rédaction de ce mémoire, le choix du sujet, de la problématique à traiter, les questions à soulever, la sélection de la ou des situations cliniques pouvant permettre d'entrevoir des éléments de réponse à ces questionnements, l'analyse de ces éléments sont autant de pas de côté et de prises de recul, passionnants et enrichissant, contribuant à venir étayer et soutenir la clinique quotidienne, finalement indispensable après cette année de découverte de l'hypnose.

Ainsi, ce mémoire de recherche a été pour moi l'occasion de m'octroyer un temps d'analyse et de réflexion, absolument fondamental après cette année dense en apprentissages nouveaux et m'a permis d'entreprendre une clarification, une visualisation élargie et finalement une prise de conscience, des nombreuses évolutions issues de cette formation et intégrées à ma pratique quotidienne.

Néanmoins, ce travail d'analyse vient figer un moment précis dans ma pratique professionnelle et dans l'appropriation des différents éléments transmis et enseignés au cours de ce D.U. et me semble finalement en contradiction même avec un des fondements de l'hypnothérapie, celui de la mise en mouvement de la créativité, de l'imaginaire et de la mobilisation des ressources du patient.

Paradoxalement, ce mémoire venant clore cette année de formation, passionnante, humaine, créative et intense, représente pour moi le symbole d'un renouveau, et finalement, marque

symboliquement l'entrée dans une nouvelle ère de pratique professionnelle, modifiée en profondeur par cette année de découverte de l'hypnothérapie.

Pour conclure, j'espère pouvoir continuer à enrichir mon trousseau de clés et poursuivre l'ouverture de toutes ces nouvelles portes thérapeutiques, avec la même curiosité, la même appétence, qu'au cours de cette année de formation, renforcées par une créativité alimentée et entretenue finalement par le recours régulier à l'hypnothérapie.

## Bibliographie

- Alberoni F. Le Choc amoureux. Paris : Presses Pocket ; 1993
- Angelopoulos A. Le conte d'Eros et Psyché dans la littérature orale. *Topique* 2001 ; 2 :75 : 155-166
- Bianchini B, Capello M, Dallanegra L, Monguzzi F, Vitalini L. Moments de souffrance psychique chez le couple en thérapie. *Le Divan familial* 2005 ; 14 : 27- 38
- Bioy A, Michaux D. L'hypnothérapie. In *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod ; 2007. p 9-16
- Celestin-Lhopiteau I. Douleur et souffrance. In *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod ; 2007. p 271-284
- Corrin E. De l'hypnose pour panser le corps. In *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod ; 2007. p 305-330
- Crowley R, Mills J. Métaphores thérapeutiques pour les enfants et l'enfant intérieur. Bruxelles : Satas ; 2013
- Erickson MH, Rossi E, Rossi S. *Hypnotic Realities*. New York : Irvington ; 1976
- Goethe JW. *Les affinités électives*. Paris : Gallimard ; 1980
- Hirigoyen MF. *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*. Paris : Editions La découverte & Syros ; 1998
- Hirigoyen MF. *Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple*. Paris : Oh ! Editions ; 2005
- Hirigoyen MF. De la peur à la soumission. *Empan* 2009 ; 73 :24-30
- Kabat-Zinn J. *Méditer : 108 leçons de pleine conscience*. Paris : Marabout ; 2011
- Kaiser Greenland S. *Un cœur tranquille et sage*. Paris : Les arènes ; 2014
- Lutz B. Approche corporelle et hypnothérapie. In *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod ; 2007. p 185-206
- Mambourg PH. Céphalées : migraines et autres maux de tête. In *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod ; 2007. p 285-303
- Masson J. Utilisation du questionnement idéodynamique dans l'activation des processus hypnothérapeutiques auto-organisés. *Psychothérapie* 2003 ; 2/23 : 107-111
- Michaux D. Introduction. Définir l'hypnose. In *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod ; 2007. p 1-9
- Melchior T. Les stratégies communicationnelles en psychanalyse, en psychothérapie et en hypnose. *Psychothérapie* 1990 ; 10/3 : 143-151
- Mijolla-Mellor S. Au risque des affinités électives. *Topique* 2009 ; 107 :165-182

- Platon. Le Banquet-Phèdre. 4th ed. Paris : Garnier-Flammarion ; 1964
- Pralong-Kohler J, Yersin M. Prendre soin de soi et prendre soin de l'autre par l'hypnose. Revue internationale de soins palliatifs 2008 ; 23 : 147-147
- Pirlot G, Pedinielli. JL. Les perversions sexuelles et narcissiques. Paris : Armand Colin ; 2005
- Rossi EL. Du Symptôme à la Lumière. La nouvelle dynamique des systèmes auto-organisés en hypnothérapie. Bruxelles : Satas ; 2001
- Roustang F. L'hypnothérapie en dix questions : les réponses de François Roustang. Perspectives Psy 2005 ; 44 : 378-380
- Roustang F. L'hypnose est communication. In Michaux D. Hypnose, Langage et Communication. Paris : Imago ; 2002. p 25-32
- Schopenhauer A. Métaphysique de l'amour. In Schopenhauer A. Le monde comme volonté et représentation. Paris : Felix Alcan ; 1909. p 342-371
- Sitbon H, Bioy A. L'hypnose et l'hypnothérapie aujourd'hui. Perspectives Psy 2005 ; 44 : 339-340
- Snel E. Calme et attentif comme une grenouille. La méditation pour les enfants....avec leurs parents. Paris : Les arènes ; 2012
- Stendhal. De l'amour. 4th ed. Tours : Garnier-Flammarion ; 1965
- Thioly F. TCC et Hypnose d'inspiration Ericksonienne. In Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications. Paris : Dunod ; 2007. p 119-147
- Van Craen W. Le traitement de l'anxiété. In Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications. Paris : Dunod ; 2007. P 405-418
- Virot C. Les troubles dépressifs : concept et applications hypnotiques. In Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications. Paris : Dunod ; 2007. p 375-403
- Walker L. Battered Woman Syndrome, New-York : Springer ; 1984



## Résumé et mots clefs

Ce travail de recherche repose sur l'analyse d'une situation clinique individuelle et aborde différents aspects d'un cheminement conjoint, celui de la patiente et le mien, avec l'apparition de nombreuses évolutions dans mes postures professionnelles.

En effet, cette vignette individuelle aborde une demande initiale formulée par la patiente concernant une problématique de couple, mais accompagnée individuellement par l'hypnose. L'étude présente ainsi différents aspects fondamentaux à accueillir, à des niveaux d'écoute pluriels et complémentaires, pour proposer ensuite des suggestions et métaphores thérapeutiques spécifiquement adaptées au patient.

Cet accordage va alors permettre une mise en mouvement globale de la patiente, qui pourra mobiliser pleinement ses ressources.

Enfin, au travers de cette étude individuelle, il s'est agi également de mettre des mots sur des bouleversements nouveaux et profonds qui ont transformés un grand nombre de mes postures professionnelles, depuis la découverte de l'hypnothérapie, pour mieux en percevoir les enjeux et progressions encore nécessaires.

Mots clés : Hypnothérapie, Niveaux de demande, postures d'accueil et d'écoute, accordage professionnel.