

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>

**L'hypnothérapie en
pédopsychiatrie : au service de
l'enfant, de sa famille et/ou de
l'institution ?**

Laetitia Tanguy

Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie

Université de Bourgogne

Année Universitaire 2014-2015

Encadrant : Antoine Bioy



Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier tous les intervenants du Diplôme Universitaire qui ont su nous transmettre la richesse de leurs savoirs, de leurs pratiques et leur enthousiasme.

Cette année n'aurait pas été aussi stimulante sans l'émulation et la bonne camaraderie entre les participants de cette promotion.

Je souhaite également remercier toutes les équipes des services qui ont fait preuve d'indulgence pour cette année en pointillé.

Par ailleurs, je dis un grand merci au chef de pôle qui a rendu cette entreprise possible.

En outre, je tiens à témoigner ma reconnaissance à Antoine Bioy d'avoir accepté ma candidature au Diplôme Universitaire à la dernière minute.

Enfin, je remercie les familles, les enfants, les adolescents et toutes les personnes (elles sauront se reconnaître ;-) ...) qui m'ont permis, de près ou de loin, de me plonger dans cette nouvelle aventure hypnotique !

« Les ressources dont le client a besoin se trouvent à l'intérieur de sa propre histoire. »

Milton H. Erickson

SOMMAIRE

Introduction	p°4-6
I. Revue théorique des principaux travaux et problématique de la recherche	p°7-27
1. Revue théorique des principaux travaux	p°7-27
1.1 L'hypnothérapie et l'institution	p°7-12
1.1.1 <i>Hypnose et hypnothérapie</i>	p°7-8
1.1.2 <i>L'hypnothérapie à l'hôpital</i>	p°9-12
1.2 L'hypnothérapie avec les enfants	p°12-25
1.2.1 <i>L'hypnose avec les enfants, une autre discipline de l'hypnothérapie</i>	p°12
1.2.2 <i>Spécificités chez l'enfant</i>	p°12-14
1.2.3 <i>Réactivité hypnotique et imaginaire chez les enfants</i>	p°14-17
1.2.4 <i>Dimension développementale</i>	p°17-20
1.2.5 <i>Méthodes hypnotiques avec les enfants</i>	p°21-25
1.3 L'hypnose conversationnelle	p°25-26
2. Problématique de la recherche	p°27
II. Méthodologie	p°28-31
A. Description de la population	p°28
B. Présentation des outils thérapeutiques en fonction des patients	p°28-31
III. Résultats et données cliniques	p°32-50
IV. Discussion théorico-clinique	p°51-61
1. Rappel de la problématique	p°51
2. Synthèse des données cliniques	p°51-56
3. Confrontation des observations à la problématique	p°56-59
4. Discussion éthique, critiques méthodologiques, apport de cette étude	p°59-60
Conclusion	p°62-63
Bibliographie	p°64-65
Annexes	p°66-72
Dessins de Maé	p°67-69
Dessins de Gaby	p°70-72
Résumé	p°73

Introduction :

Notre pratique de psychologue clinicienne en pédopsychiatrie depuis une quinzaine d'années nous a amenés à prendre en compte la dimension familiale dans les psychothérapies. Nous nous sommes tout d'abord formés à l'approche systémique de la famille. Nous avons peu à peu axé notre clinique sur cette dimension que ce soit en individuel ou avec le groupe familial.

Nous avons rencontré au détour d'une formation de thérapeute familial l'apport de l'hypnothérapie et son écho à la systémie. Comme d'autres, nous nous représentions l'hypnose comme une manipulation de l'esprit, obscure et magique à la fois. Notre curiosité nous a fait découvrir une « technique » ou d'avantage une façon d'être à l'autre tout-à-fait libre, respectueuse et inventive. Si la technique hypnotique ne constitue pas une difficulté pour le praticien, la posture de l'hypnothérapeute nécessite à notre sens un cheminement, une remise en question, un affranchissement qui a nécessité pour nous une formation plus approfondie avec ce Diplôme Universitaire.

L'alliance thérapeutique s'appuie à la fois sur les savoirs contextualisés (croyances, paradigmes de référence), sur les savoir-faire (compétences techniques) et les savoir-être du thérapeute (compétences relationnelles). C'est le point d'orgue de la relation d'aide. Ce en quoi, nous pourrions nous retrouver en tant que psychologue clinicienne, thérapeute familial d'approche systémique et en tant qu'hypnothérapeute.

En effet, notre savoir universitaire de psychologue nous a tout d'abord fait considérer le patient au travers de ses représentations, son psychisme, sa personnalité et son individualité ; puis l'abord de la famille par la systémie nous a donné une lecture de la relation, des compétences des familles et d'un savoir-faire dans la rencontre du groupe familial ; nous dirions que l'hypnose modifie notre savoir-être avec le patient, au plus près de ses ressentis, de ses perceptions, de sa sensorialité, de sa corporalité pour s'approcher, sans jamais le saisir, de son inconscient profond.

Peut-être que notre pratique de psychologue clinicienne en pédopsychiatrie nous avait déjà amenés, sans le savoir, à être en relation avec des enfants dans un état naturel qu'est pour eux l'état modifié de conscience, l'état hypnotique : jouer à être tel ou tel

héros, faire appel à leurs ressources internes, dédramatiser la situation en la considérant en toute conscience, optimiser la créativité et le recours à l'imaginaire... En effet, nous intégrons déjà des éléments de la communication hypnotique dans nos thérapies d'enfants sans le savoir. Il nous est inévitable de rentrer dans le monde imaginaire de l'enfant, de partager ses productions comme le dessin, de jouer à faire « comme si », d'entendre ce que le corps manifeste, de faire référence aux contes et à la projection qu'ils suscitent, d'utiliser la métaphore ou le paradoxe avec eux sur le chemin du changement.

Ainsi, une fois le premier « pas de côté » franchi, nous avons pu intégrer la pratique de l'hypnose dans notre clinique notamment auprès de parents d'adolescents qu'il nous était donné de voir dans le cadre d'un soutien à la parentalité. Il est connu que l'hypnosabilité de l'enfant est plus grande en période de latence, cependant nous nous sentions plus légitimes dans la rencontre avec les parents plutôt qu'avec l'enfant pour proposer l'hypnose dans les premiers temps. La conduite plus formalisée de l'hypnose chez l'adulte nous rassurait sûrement. Une des raisons réside certainement dans le type d'induction, de transe et de suggestions spécifiques mais finalement aussi dans le cadre que la thérapie avec les mineurs sous-tend auprès des parents. Il est difficile de modifier sa pratique et les présupposés de la façon dont on la présente et en convient avec la famille dans l'après-coup d'une thérapie déjà engagée.

Finalement, cela forme un tout qui ne s'oppose pas mais s'intègre sans se dénaturer. Il n'empêche que la dichotomie entre l'approche chez l'adulte et l'enfant nous interpelle fortement ; tout autant que notre place de thérapeute. Sommes-nous au service de l'enfant, du parent de cet enfant, de l'adulte que ce parent est devenu, de l'enfant qu'a été ce parent, de la famille, de l'institution ? Qui porte le symptôme ? Qui souffre ? Qui demande ? Qui soigner ? Comment ? Qui en bénéficie ?

Cela a fait le lit de notre réflexion tant théorique, que clinique et institutionnelle :
*Comment l'hypnothérapie prend-t-elle sa place dans un service de pédopsychiatrie ?
Quelles formes revêt-elle auprès des enfants, des adolescents, de leur famille, du parent, du groupe de pairs, des collègues, du thérapeute et de l'institution ?*

Ainsi nous tâcherons de considérer la revue théorique sur l'hypnothérapie, sa spécificité chez les enfants et quelle problématique s'y rattache dans notre pratique de psychologue clinicienne en pédopsychiatrie. Puis, nous proposerons une méthodologie de

notre approche et relèverons les principaux éléments anamnestiques et de nos observations. Enfin, nous discuterons la confrontation entre la théorie et les résultats. Il s'entend que la dimension clinique « à main nue » primera avec la présentation synthétique de cas cliniques les plus objectifs possibles et une illustration de notre démarche hypnotique (sans enregistrement ni recours à des outils d'évaluation). Cette réflexion conceptuelle et transversale s'appuiera sur nos expériences pour chacune des modalités et applications de l'hypnothérapie que nous avons pu proposer.

I. Revue théorique des principaux travaux et problématique de la recherche

1 Revue théorique des principaux travaux

1.1 L'hypnothérapie et l'institution :

1.1.1 Hypnose et hypnothérapie :

Tout d'abord, l'hypnose est un état amplifié ou modifié de conscience, différent des états de veille ou de sommeil. Ce n'est pas une thérapie mais un outil dont les applications peuvent être thérapeutiques mais pas uniquement (management, spectacle, vente, communication...), c'est ce qui fait la différence entre l'hypnose et l'hypnothérapie.

L'hypnothérapie est une méthode de traitement pour laquelle le thérapeute utilise toutes les potentialités qu'offre l'état hypnotique pour travailler avec la personne sur le ou les problèmes pour lesquels une amélioration est souhaitable.

Ensuite, l'hypnothérapie n'appartient pas forcément au champ des thérapies brèves, dans le sens où l'approche plus psycho-dynamique permet d'intervenir dans des processus intrapsychiques. Elle n'est pas orientée solution, elle vise à comprendre une situation, à définir un objectif, à rechercher des ressources dans le vécu du sujet pour mettre en place de nouveaux choix.

L'hypnothérapie serait alors au travers de l'alliance thérapeutique le moyen d'aider la personne à faire appel à son inconscient, ce vaste réservoir d'apprentissages, souvenirs et ressources dans lequel le thérapeute va pouvoir puiser pour aider le patient.

L'intervention de l'hypnothérapeute ou hypnopratricien et l'analyse qu'il fera des éléments relationnels (voire transférentiels) sera très liée à sa formation initiale (somaticien ou psy), à ces références théoriques propres (ericksonien ou hypnoanalyste) et à son champ d'exercice.

Quoi qu'il en soit, les indications relatives à l'usage de l'hypnose dans l'espace psychothérapeutique sont nombreuses mais ne sauraient la résumer à une focalisation sur

les symptômes. Elle vise l'amélioration des potentiels (concentration, apprentissages...), la modification des troubles psychosomatiques (asthme, migraine, gestion du bégaiement...), la régulation des troubles fonctionnels (troubles du sommeil, énurésie...), la transformation des pathologies psychologiques (dépression, angoisses, troubles du comportement alimentaire...) et la gestion des douleurs avec l'hypno-analgésie (douleurs aiguës, chroniques, gestes techniques, facilitation accouchement, interventions chirurgicales...).

Nous pouvons considérer les quatre notions fondamentales de l'hypnothérapie selon A. Bioy (2010) :

- La pratique de l'hypnose prend corps dans la culture professionnelle d'origine de celui qui l'emploie (ici psychologique).
- L'hypnose n'est pas une pratique normée, mais un cadre adaptable à un ensemble de cliniques diverses.
- La présence à l'autre est une dimension fondamentale de l'hypnose, et nécessite un appui sur le patient et ce qu'il amène en entretien.
- Seule compte l'expérience hypnotique, c'est-à-dire la façon dont le patient s'approprié ce qui lui est proposé au travers de ce jeu relationnel nommé « hypnose » ;

Il convient alors de s'autoriser à une créativité thérapeutique au contact avec le patient, en fonction des images et ressentis qu'il exprime, précise-t-il. Et comme l'énonce un proverbe chinois : « une image vaut mille mots ».

Gaston Brossaud, hypnothérapeute québécois, a développé une approche singulière et créative basée sur la sensorialité comme porte de transe, sur l'utilisation de « nano-inductions » (inductions instantanées) et sur la focalisation sur « l'instant zéro » libéré de toute douleur et souffrance mais porteur de potentialité.

Dans l'hypnose pratiquée par Milton H. Erickson, la transe n'était qu'un prétexte pour activer les processus thérapeutiques. Comme le formule Short (2009), « sans identification et utilisation des ressources intérieures du client, même les meilleures techniques vont échouer. »

1.1.2 L'hypnothérapie à l'hôpital :

❖ L'hypnothérapie dans le soin psychique, en psychiatrie :

Ici nous considérerons l'hypnose sous l'angle thérapeutique de la psyché, auprès de patients en souffrance, présentant des troubles psychopathologiques, quels qu'en soient les motifs et les expressions.

L'hypnose clinique ne peut aller sans le relief, en cas de nécessité préalable à l'intervention psychologique, d'un diagnostic médical et psychiatrique. Les contre-indications à l'utilisation de l'hypnose dans un cadre clinique, au-delà des compétences du praticien, seraient la complexité de l'accompagnement de patients psychotiques en phase aiguë. Ainsi la structure de personnalité et l'état émotionnel du patient sont à considérer dans la pratique de l'hypnose clinique.

Concernant le cas particulier des séances en milieu hospitalier, certaines situations amènent à l'usage de la méthode hypnotique seule, et nous pensons particulièrement aux situations d'urgence et auprès de patients dits « en crise » (état anxieux majeur, attaque de panique, affaissement émotionnel avec incapacité de s'adapter à la situation de soins...). En opposition avec les représentations communes de l'hypnose, ces moments aigus constituent des indications majeures de l'hypnose. Sans doute est-ce l'état du patient qui plonge dans une sidération qui favorise la dissociation : il est « dans » sa douleur (morale et/ou physique), « dans » ses pleurs, « dans » son effroi, etc.

L'hypnothérapie peut trouver un intérêt auprès des populations psychiatriques que ce soit avec les adultes, les personnes âgées, les adolescents ou les enfants à condition que le thérapeute possède des connaissances solides dans ce champ d'intervention.

Pour le thérapeute, au-delà de l'attention au contenu et au fonctionnement psychique, il y a également la manière d'écouter et Kopp (1995) propose « d'entendre avec le 3^{ème} œil en faisant attention à ses propres images intérieures et décrivant ensuite l'image métaphorique interne au client. »

En outre, quels que soient la population, l'âge des patients et le domaine d'application de l'hypnothérapie, de l'hypno-analgésie ou de l'hypnose conversationnelle, l'hypnose est également à la disposition du thérapeute. Elle peut

s'entendre par l'état hypnotique particulier du thérapeute pendant les séances avec son patient, par l'autohypnose (cf exercices de F. Thioly) ou par la supervision de la pratique du thérapeute sous hypnose par un autre hypnothérapeute.

❖ **L'hypnothérapie en pédopsychiatrie :**

En pédopsychiatrie, le parent ou une institution peuvent être à l'origine de la demande de consultation d'un enfant ou d'un adolescent auprès d'un pédopsychiatre. Puis, habituellement, la thérapie peut être proposée par le médecin psychiatre à l'enfant, son/ses parent(s) ou représentant(s) et au thérapeute (psychologue) qui conviendra ou pas avec eux de l'opportunité de ce travail thérapeutique et de ses modalités.

Le statut du psychologue lui confère une autonomie dans le choix des outils qui lui sont propres notamment sur le plan de l'évaluation clinique avec les échelles/tests d'évaluation et d'auto-évaluation (tests psychométriques, épreuves projectives, test de la gomme, dessins...) des sphères cognitives, affectives, relationnelles, motrices et comportementales.

Depuis la circulaire de 2012, le psychologue clinicien a de fait le titre de psychothérapeute et il peut combiner des séances d'hypnothérapie par exemple à d'autres approches thérapeutiques qui lui sont propres pour lesquelles il s'est formé.

Le matériel déjà à la disposition du psychothérapeute d'enfant trouvera un autre écho dans l'approche par l'hypnose chez l'enfant (marionnettes, pâte à modeler, dessins, squiggle, livres de contes, livres-puzzles, livres tels « Où est Charlie ? »© de M. Handford, voitures, peluches, poupées, coussins, petits personnages...).

Les enfants (et c'est aussi parfois le cas avec les jeunes adolescents) sont communément rencontrés en présence du/des parents ou de son/ses représentants lors du premier entretien.

Il convient alors d'analyser la demande, de repérer des interactions et des jeux relationnels, de se questionner sur la confidentialité, la restitution, le co-partenariat avec la famille.

Cette considération est d'autant plus importante dans le cadre spécifique des thérapies mère-enfant ou des thérapies familiales.

Il en va de même pour les propositions de groupe thérapeutique à médiation pour lesquels une charte spécifique pourra être validée par l'ensemble des participants et des intervenants sur ces questions notamment.

Il est souvent préconisé dans la littérature de proposer une première séance en présence des parents, notamment pour les 3-5 ans afin de rassurer les parents et de démystifier l'hypnose.

Dans tous les cas le thérapeute devra aider les parents à voir les avantages particuliers de l'hypnothérapie avec les enfants.

L'enthousiasme et la coopération des parents seront à leur maximal si l'hypnose est perçue comme ayant des avantages propres et en leur montrant que nous avons des raisons précises de choisir l'hypnose comme modalité de traitement à un moment donné.

Les parents pourront aider le thérapeute à connaître les goûts et les centres d'intérêts de l'enfant et devenir des aidants pour l'enfant dans le recours à l'autohypnose afin de faire face à leur angoisse ou leur douleur, avant de travailler, de s'endormir ou avant une situation pénible, anxiogène.

Comme le suggère Isabelle Célestin-Lhopiteau, il faudra également prendre en compte l'ambivalence de l'enfant vis-à-vis de l'autonomie et s'adresser à la partie de lui-même qui a envie de grandir et à la partie de lui qui a peur, qui a développé l'angoisse notamment dans les troubles anxieux ou de séparation (cf type d'attachement de Mary Ainsworth, 1970 et de Main & Salomon, 1986).

En effet, il demeure impératif de se questionner sur les croyances des enfants et de leurs parents, sur le cadre de l'intervention thérapeutique, sur la demande, sur les autorisations, sur les processus limitants...

Ainsi, après s'être assuré au préalable du cadre et de la bonne relation avec le thérapeute (flexibilité mentale et relationnelle), les informations recueillies pendant les premiers entretiens, les termes que l'enfant utilise pour décrire ses symptômes, ses activités préférées et ses craintes peuvent être introduits lors du travail hypnotique dans un espace de créativité et de plaisir.

Enfin, notons que l'hypnose demeure un outil à la portée du clinicien qui privilégiera une compréhension globale de l'enfant et de sa famille, incluant les

dimensions développementales, structurales, relationnelles, psycho-affectives, cognitives et psychopathologiques.

1.2 L'hypnothérapie avec les enfants :

1.2.2 L'hypnose avec les enfants, une autre discipline de l'hypnothérapie :

Certains ouvrages présentent l'hypnose avec les enfants comme une sous-catégorie de « pathologie » à l'usage de l'hypnose parmi les troubles addictifs, somatiques ou psychotiques. La plupart des postulats de l'hypnose sont communs aux deux populations mais comme avec le sujet âgé, l'hypnose chez les enfants nécessite une bonne connaissance clinique et développementale de l'enfant mais aussi une approche et des techniques spécifiques de cette hypnose. Et le nombre d'ouvrages sur le sujet est considérablement réduit en comparaison avec ceux sur l'hypnose en général et donc avec le sujet adulte.

Néanmoins, peut-être en échos à l'intérêt de l'hypnoalgésie avec les enfants, le sujet tend à se développer depuis les années 80 Outre-Atlantique avec les travaux de Joyce Mills et d'Olness essentiellement et plus récemment en France avec les travaux d'Isabelle Célestin-Lhopiteau. Toutefois, il s'agit d'une pratique ancienne puisque nous retrouvons les premières utilisations relatées de l'hypnose chez les enfants et les adolescents au XIX^{ème} siècle.

L'hypnothérapie se diversifie à présent avec des outils qui sont au service du changement pour conduire l'enfant qui souffre d'une part à se recentrer peu à peu sur son vécu et d'autre part à réorganiser son monde interne et relationnel afin de trouver les meilleures stratégies de « coping positif ». Elle lui permet de développer un sentiment de sécurité intérieure qui va l'aider à « traverser les émotions » générées par sa situation ou son état.

1.2.2 Spécificités chez l'enfant :

Les outils et les techniques auquel le praticien peut avoir recours dans le travail avec l'enfant sont riches et variés, ils peuvent être proches ou similaires de ceux employés avec des adultes à condition de les ajuster aux capacités développementales, cognitives et affectives de ces jeunes patients en privilégiant l'imaginaire et le retour aux sensations corporelles.

Selon Olness et Gardener (1988), les grandes indications de l'hypnose chez les enfants sont les suivantes :

- a) lorsqu'un enfant se montre réactif aux inductions hypnotiques
- b) quand un problème s'est montré accessible à un traitement par l'hypnose
- c) quand il existe une relation positive entre le thérapeute et l'enfant
- d) quand l'enfant a au moins une certaine motivation à remédier à ses problèmes
- e) quand les parents et les tuteurs de l'enfant approuvent le plan de traitement et
- f) quand on ne redoute pas que l'utilisation de l'hypnose provoque des dommages iatrogènes.

Parmi les contre-indications de l'hypnose chez les enfants selon les mêmes auteurs citons :

- a) quand cela pourrait amener le patient à se mettre en danger sur le plan physique
- b) quand l'utilisation de l'hypnose risquerait d'aggraver des problèmes psychologiques préexistants ou en créer de nouveaux (*prudence avec les états psychotiques*)
- c) quand c'est « pour rire »
- d) quand un problème pourrait être traité de manière plus efficace par une méthode non hypnotique
- e) quand la personne qui envoie l'enfant, ou les parents, demandent de l'hypnose à la suite d'une erreur de diagnostic et que le problème réel doit être traité d'une autre façon.

Les domaines d'application de l'hypnose pour les enfants peuvent regrouper en partie ceux des adultes mais pas seulement. L'hypnose a été utilisée pour une immense variété de problèmes chez les enfants : anxiété, problèmes d'apprentissage et de concentration, difficultés de lecture, phobies, troubles du sommeil, anxiété sociale, formation aux aptitudes sociales, réactions de conversion, amnésie psychogène,

épilepsie, douleur, boulimie et anorexie, énurésie, encoprésie, bégaiement, trichotillomanie, onycophagie, succion du pouce, obésité, somnambulisme, difficultés d'apprentissage, préparation à la chirurgie, brûlures, troubles gastro-intestinaux, asthme, urticaire, allergies, verrues, pour augmenter l'adhésion au traitement chez les diabétiques, hémophilie, polyarthrite juvénile, soins dentaires, céphalées, rétention d'urine, infirmité motrice cérébrale, syndrome de la Tourette, cancer et maladie terminale, et sports.

En hypnothérapie, les indications relevées par Isabelle Célestin-Lhopiteau sont multiples : phobies et attaques de panique, les manifestations de l'anxiété chronique, la gestion du stress, la dépression infantile précoce, les tics, les troubles du sommeil, les retards du développement et des apprentissages, les troubles de l'attention et troubles perturbateurs, les troubles du contrôle sphinctérien, les troubles de l'attachement et anxiété de séparation, les troubles de l'alimentation.

L'hypnose est dans notre cadre d'intervention évidemment un processus thérapeutique : remise en mouvement, changement de perception et de sensorialité, un mode de communication et une expérience sensorielle dans l'ici et maintenant (*hic et nunc*). Mais elle est également une thérapie de l'attention : veille intense du côté du patient, attention particulière du thérapeute, relation thérapeutique et utilisation d'un phénomène naturel expérimenté quotidiennement. Elle sous-tend une remise en lien de soi-même avec le monde qui nous entoure ; être présent ici et maintenant, à soi (en développant l'estime de soi) et aux autres. C'est un nouvel apprentissage dans la mesure où l'enfant apprend à se défaire de ces automatismes, à partir de schémas appris et inefficaces, pour créer du nouveau ; c'est un apprentissage de la liberté, sans jugement, sans pression, où il est possible de se libérer de la peur de vivre. Enfin ce même auteur évoque un art de vivre pour l'enfant avec l'autohypnose.

1.2.3 Réactivité hypnotique et imaginaire chez les enfants :

London et Cooper (1969) ont suggéré que les enfants étaient de bons sujets à hypnotiser habituellement plus hypnotisables que les adultes. Hilgard (1979) conclue qu'ils ont une vie imaginaire très active, caractéristique que l'on retrouve chez les adultes les plus doués sur le plan hypnotique. Et ce jusqu'à leur adolescence. Des recherches

importantes (London & Cooper, 1969) ont montré, par ailleurs, que les enfants ont des difficultés pour fermer les yeux en hypnose et vont souvent mieux réagir quand on ne leur demande pas. Les signes extérieurs de la transe sont légèrement différents de ceux chez l'adulte. L'enfant continue de bouger légèrement, de dessiner, de parler librement... Il sort et rentre aussi facilement de la transe, le thérapeute pourra utiliser ces mouvements pendant la séance afin de faire expérimenter le mouvement du changement.

Les enfants ont une grande capacité à rentrer en hypnose mais également à apprendre l'autohypnose (soit la capacité pour soi-même à induire un processus hypnotique).

Autorisons-nous deux petites digressions qui ont leur intérêt en matière d'hypnose pour l'enfant :

✓ Dans le cadre de l'intérêt porté par des enfants hospitalisés pour l'intervention des clowns à l'hôpital, un sur cinq répond spontanément la magie (réponse non proposée). Nicolas Dumont (2002), psychologue et clown, suppose que l'intérêt de certaines techniques de l'art magique (surprise, confusion, etc...) contribueraient à une telle saturation de la pensée logique, engendrant une dé potentialisation de l'hémisphère gauche, que le spectateur serait dans un état favorable pour travailler psychiquement à partir de « métaphores thérapeutiques », visuelles (effet) et verbales (le « boniment », c'est-à-dire le discours du magicien lorsqu'il présente un tour ou le conte).

✓ Le poète espagnol, Pablo Neruda, écrivait en 1987, peut-être en écho à l'absence maternelle [*sa mère est décédée lorsqu'il n'avait qu'un mois*] : « Mon enfance se sont des souliers mouillés (...) c'est la découverte du monde du vent et du feuillage ». De par son aptitude métaphorique, Neruda enfant avait choisi d'écrire en inscrivant ses pas sur le sol de la mère nature, il s'est tourné vers la mère nature pour faire face à cette disparition.

Les enfants seraient-ils alors des êtres dissociés par nature, tant l'enfant est capable de « vivre son imaginaire » ? Selon A. Bioy, les enfants ont une grande habitude de cette « surimpression » entre l'imaginaire et le réel, notamment dans les moments ludiques. De fait, lorsqu'un enfant prend un pistolet pour tirer sur les méchants, il ne « joue pas » au policier, il est le policier. Et lorsqu'une petite fille berce son poupon, elle ne joue pas à la maman, elle se vit comme la maman. Cette facilité de bascule entre imaginaire et réalité est d'ailleurs souvent repérée par les adultes. Ainsi, un « bisou

magique » aura une grande efficacité sur la douleur de l'enfant. Avec le temps, cette faculté de surimpression entre réalité et imaginaire devient moins évidente, moins spontanée et immédiate. Elle demande à être de nouveau stimulée, et l'hypnose peut aider à cela, selon l'auteur.

Sous hypnose, l'enfant pourra expérimenter par l'imagination une autre réalité possible et par conséquent prendre conscience que sa vision du monde n'est qu'une construction et qu'il peut « ouvrir le champ des possibles ». L'hypnose ouvre sur l'univers de l'imaginaire (par la dissociation, la « perceptude ») et de la créativité (par le lâcher prise), elle vient stimuler sa capacité naturelle, sa compétence à passer d'une réalité logique à un monde imaginaire et ainsi créer du mouvement, de nouvelles possibilités, de nouvelles ressources, de nouveaux liens avec lui-même, avec son corps et avec ce qui l'entoure.

(N.B. : Pour autant, les neurosciences nous apprennent que l'hypnose semble plus proche de la « réalité » sur le plan cérébral que ne l'est l'imagination (Szechtman et al., 1998).)

L'importance de l'imaginaire était considérée par Winnicott dans la construction de la personnalité de l'enfant : « c'est dans cet espace de jeu, de fantaisie, dans cette aire transitionnelle, que le sujet peut entrer dans une dynamique de création et accéder au désir ». Le jeu comme le dessin, notamment sous hypnose, permettent à l'enfant de s'exprimer et d'explorer ses ressources.

Par ailleurs, l'une des qualités intrinsèques de l'état hypnotique est la dissociation, c'est-à-dire la possibilité d'expérimenter deux réalités différentes de soi (à la fois spectateur et acteur) qui coexistent (et même une chose et son contraire).

Dans les cas de troubles du comportement, l'origine de la souffrance est psychique, elle ne peut se verbaliser ni même se représenter : elle se vit. D'ailleurs les conduites dissociantes font partie des conséquences psychotraumatiques de violences dans l'enfance.

Mais alors pourquoi raconter des histoires ? En 1794, un jeune enfant de 9 ans dû être opéré d'une tumeur. Inutile de rappeler qu'à cette époque, les produits anesthésiants n'étaient pas encore utilisés. Pour distraire son enfant de l'opération, sa mère lui raconta une histoire. Captivé, l'enfant ne ressentit aucune douleur pendant toute l'intervention.

Dix-huit ans plus tard, l'enfant publia l'histoire que sa mère lui avait racontée : l'enfant s'appelait Jacob Grimm et l'histoire, c'est celle de Blanche-Neige©. (Karle, 1988 ; Hunter, 2010 ; Burns, 2011)

« Les contes de fées et les fables ont beaucoup à nous apprendre car ils véhiculent une sagesse souvent très ancienne, » selon V.S. Martin (2013), ils nous enseignent des processus thérapeutiques de façon métaphorique : la cigale et la fourmi avec la priorité aux priorités ; les trois petits cochons avec l'importance des fondations ; le petit poucet avec les repères durables ; le vilain petit canard avec le reparentage...

« Le mot, qu'on le sache, est un être vivant (...) les mots sont les passants de l'âme. » proclamait Victor Hugo ! (Les contemplations, I, VIII.)

La métaphore, dont l'étymologie grecque signifie porter (*phéro*) d'un lieu à l'autre (*méta*), est bien ce moyen utilisé par les poètes pour transporter les auditeurs ou leurs lecteurs d'une représentation à une autre. L'enfant est bien en ce sens le poète de l'humanité. De fait, les meilleures métaphores que nous utilisons sont celles du patient, cela nécessite de se défaire d'une position savante et de faire place au patient qui sait mieux que nous ce qui est bon pour lui.

L'enfant trouvera un écho à ses angoisses, à ses émotions et à ses désirs dans une histoire construite à partir de ces centres d'intérêt, en rapport avec sa problématique.

Enfin, l'hypnose avec les enfants offre des opportunités pour le praticien de mobiliser sa propre créativité et de développer sa flexibilité.

1.2.4 Dimensions développementales :

Lorsque l'on berce un nourrisson, fait-on de l'hypnose ? Il y a certainement quelque chose de l'ordre d'une détente et d'une relation intime qui s'installe, mais il paraît difficile d'affirmer que l'on va au-delà d'un simple état hypnotique avec ces patients, et que l'on pratique réellement de l'hypnose. En effet, l'accompagnement hypnotique requiert un minimum de capacité de symbolisation chez le patient, et une communication suffisamment diversifiée. Ainsi, l'accompagnement par hypnose concerne les patients au-delà de 3-4 ans, même si évidemment, des exercices intéressants peuvent être proposés avant cet âge. (Bioy, 2010)

Quelques principes fondamentaux de la méthode hypnotique sont naturellement utilisés dans la façon dont l'adulte s'adresse à l'enfant, voir au nourrisson. Tel que le fait d'attirer son attention, se concentrer sur sa respiration, répéter des mots ou des mouvements de façon incantatoire, soigner le ton de la voix et le rythme de sa phrase ou utiliser des phénomènes idéomoteurs : par exemple « *chut tout doux, ça va aller, ça va aller, calme toi...* » (en berçant le bébé au rythme des spasmes du sanglot puis en ralentissant).

L'accordage sensori-affectif par synchronisation (phénomène naturel) est principalement basé sur la tonicité et les rythmes corporels ou verbaux singuliers du patient. Cela n'est pas sans rappeler le travail de Stern (1989) concernant l'accordage affectif dans les interactions parent-enfant.

Si les techniques d'induction sont éminemment variées, elles supposent le repérage des processus agissants et singuliers spécifiques au niveau développemental du patient concerné.

Chez l'enfant d'âge préscolaire (moins de 6 ans), c'est l'âge où l'enfant ne fait pas la distinction entre la réalité et son monde fantasmagorique. C'est l'âge des copains imaginaires qu'il personnifie en la personne de ses peluches ou poupées, des jeux permettant d'extirper ses peurs (ex. attraper le loup). C'est l'âge où le thérapeute doit s'adapter encore plus au monde de l'enfant, et s'autoriser à retrouver sa propre part d'enfant et de créativité afin de jouer lui-même à « faire comme si » avec l'enfant.

Peu à peu, entre 6 et 12 ans, on peut faire appel à des techniques utilisant l'imaginaire et l'imagerie mentale. Ainsi pour M. Futs (2007), c'est à partir de 10 ans que l'enfant est capable de se concentrer sur son corps et sur les sensations qui y sont inhérentes : relâchement musculaire, respiration...

Pour des enfants entre sept et onze ans, l'induction consiste souvent à imaginer un endroit préféré, d'imaginer une situation avec un animal favori, d'imaginer être dans un jardin de fleurs, de raconter des histoires, d'imaginer un tableau noir avec les lettres de l'alphabet qui apparaissent dessus, d'imaginer un programme de télévision, de se servir d'une visionneuse stéréoscopique, de s'imaginer en train de faire rebondir une balle, ou d'imaginer des activités dans une cour de récréation (Olness & Gardener, 1988). Les capacités hypnotiques de l'enfant seraient maximales entre 8 et 12 ans.

Toutefois, si l'effet inductif est équivalent par la relaxation comme par l'imagination pour les 6-7 ans et les plus de 14 ans, l'effet inductif par la relaxation est supérieur pour les bébés et les 9-13 ans. Seuls les 2-5 ans, bénéficient d'une induction centrée sur l'imaginaire.

Par ailleurs, le développement cognitif de l'enfant est également à prendre en considération en ce qui concerne sa compréhension du langage, d'un discours métaphorique trop complexe ou de termes trop abstraits.

Pour certains auteurs, la compréhension des métaphores apparaît dès 4 ans et pour d'autres à partir de 10-11 ans seulement. En fait, selon Franquart-Declercq et Gineste, il semblerait qu'une telle activité émerge à 7 ans grâce au développement d'habiletés métalinguistiques. Mais elle n'est vraiment installée qu'après 10 ans, âge auquel l'enfant peut appréhender les métaphores dans la variété de leur réalisation.

Du point de vue évolutif, les métaphores basées sur l'action apparaissent entre deux et trois ans pour ensuite décliner, remplacées par des métaphores basées sur la perception, qui deviennent prépondérantes vers l'âge de quatre à cinq ans. Par la suite, on peut observer des usages plus conscients et moins intuitifs. En particulier, vers l'âge de cinq à six ans, lorsque des formes plus élaborées apparaissent, un changement se produit grâce à l'introduction du mot « comme » entre les termes métaphoriques.

Les recherches de ces dernières années ont montré que, lorsque d'autres, adultes ou enfants, produisent des métaphores, basées sur l'action ou sur la perception, l'enfant est capable de les comprendre dès l'âge de cinq ans.

D'après Karen Olness et Daniel P. Kohen (2006), dans *Hypnose et thérapie d'enfant*, on peut relever des techniques d'induction hypnotique (changer de sensorialité, de perception, se dissocier) en fonction de la classe d'âge de l'enfant :

❖ **Phase préverbale (0-2 ans) :**

Stimulation tactile, caresses, tapotements. Stimulation kinesthésique : bercements, bouger un bras d'avant en arrière. Stimulation auditive : musique, chant ou tout son ronronnant tel que le rasoir électrique, sèche-cheveux ou aspirateur placé hors de portée de l'enfant. Stimulation visuelle : mobiles ou autres objets changeant de forme, de couleur ou de

position (mouvement). Stimulation olfactive : odeurs. Présentation à l'enfant d'une poupée ou d'une peluche.

❖ **Débuts de la phase verbale (2-4 ans) :**

Faire des bulles de savon. Livres animés. Contes. Visionneuse stéréoscopique. Activité favorite. Parler à l'enfant par le biais d'une poupée ou d'un animal en peluche. Poupée de chiffon. Ours en peluche. Jeux avec des personnages. Regarder une induction menée sur soi-même ou sur une cassette vidéo.

❖ **Phase préscolaire et début de la phase scolaire (4-6 ans) :**

Expirer à fond. Lieu favori. Animaux multiples. Jardin fleuri. Contes (seul ou en groupe). Chêne puissant. Observer une pièce. Observer des lettres. Manipulation d'objets. Livres animés. Imagination télévisuelle. Visionneuse stéréoscopique. Cassette vidéo. Balle bondissante. Biofeedback thermique (et autres). Lévitiation inversée des doigts. Terrain de jeux.

❖ **Moyenne enfance (7-11 ans) :**

Activité favorite. Lieu favori. Observer les nuages. Couverture volante, tapis volant. Jeux vidéo (réels ou imaginaires). Faire du vélo. Lévitiation inversée du bras. Souffler à fond de ses capacités. Musique favorite. S'écouter sur un enregistrement audio. Autohypnose. Observer une pièce. Fixation d'un point sur la main. Yeux fermés alternativement. Attraction réciproque des mains (doigts), doigts collés. Rigidité du bras. Pratique ou imagination d'un jeu vidéo.

❖ **Adolescence (12-18 ans) :**

Inductions rapides. Lieu ou activité favorite. Activité sportive. Catalepsie du bras, inductions idéo-motrices. Concentration sur sa respiration. Jeux vidéo (réels ou imaginaires). Fixation oculaire sur une main. Conduite automobile. Voyage imaginaire. Jouer ou écouter de la musique. Jeu de langage, hypnose conversationnelle. Lévitiation de la main. Attraction réciproque des mains (doigts) comme des aimants. Jeux *d'heroic fantasy* (par exemple « *Donjons et dragons* »).

1.2.5 Méthodes hypnotiques avec les enfants :

En premier lieu, les tests de suggestion permettent avant tout d'établir une alliance rapide sur un mode ludique avec l'enfant ou l'adolescent. Ils vont permettre de mesurer le niveau de suggestibilité et de définir le type d'induction le plus adapté.

Le plus souvent la construction d'un lieu sûr (Safe-place) pourra être proposée lors d'une première séance, notamment avec les plus jeunes, parfois en présence des parents. « La maison protégée » telle que l'a construite et expliquée G. Poupard (2012) est un protocole de construction et d'installation d'un lieu de sécurité et de confort dans lequel le jeune patient peut se rendre à chaque fois que la charge émotionnelle qui le traverse semble le déborder.

Proposé dans le début d'un accompagnement thérapeutique, ce protocole viendra garantir et contenir les décharges affectives parfois mobilisées par le travail de soin. Cet espace sera progressivement l'objet d'un travail d'introjection afin que le jeune patient puisse s'y référer à chaque fois que nécessaire et lors d'autohypnose qu'il mènera. De façon générale, l'hypnose permettra à l'enfant de développer un fort sentiment de sécurité intérieure et de traverser les émotions.

Isabelle Célestin-Lhopiteau propose également des inductions de base servant à l'autohypnose avec « les petites vacances imaginaires » ou « le gardien intérieur » (inspiré du travail d'Ernest Rossi).

Il faudra construire le discours également en fonction du canal perceptif privilégié de l'enfant. Comme l'énonce François Roustang : « Je suis un corps » et cette assertion est encore plus vraie avec les jeunes enfants pour lesquels le sensoriel, la corporalité, le ressenti et le mouvement sont au cœur de leur rapport au monde. Le thérapeute reprendra d'ailleurs les propos de l'enfant sur le même mode perceptif pour évoquer ses difficultés dans le travail hypnotique. Nous pourrions nous conférer à l'échelle de Vakog (visuelle, auditive, kinesthésique, olfactive, gustative) et au dialogue intérieur éventuellement.

Au-delà de l'adaptation à l'âge ou niveau développemental de l'enfant, les inductions hypnotiques seront donc également choisies en fonction du type de mécanisme mobilisé dans les processus hypnotiques opérants pour ce jeune (nous retrouvons les

mêmes inductions que celles classées selon l'âge de l'enfant, voir avec les adultes pour certaines) :

- **Imagerie motrice (s'imaginer en train de...) :**

Pratiquer un sport à sensation. Réaliser une compétition sportive. Jouer avec une balle. S'amuser sur un terrain d'enfant. Faire de la balançoire. Construire un bonhomme de neige. Jouer à son activité favorite (vélo, skate, lego...)

- **Imagerie idéo-motrice (agir concrètement) :**

Observer ses mains se rapprocher (aimants). Maintenir un œil fermé et garder l'autre fixe. Réaliser deux gestes différents en même temps. Fixer un point en face de soi. Tenir une pièce entre ses doigts et sentir sa lourdeur. Tenir un pendule et le voir osciller. Faire s'entrechoquer deux boules attachées à une ficelle. Réaliser un dessin personnel et imaginaire. Promener son stylo dans un labyrinthe tracé sur une feuille. Installer une lévitation d'une main. Installer une catalepsie d'un bras. Proposer aux doigts d'aller se reposer. Associer l'ouverture et la fermeture des yeux à l'avancée ou au recul d'un bras (compléter par la confusion et les ruptures de patterns). S'installer debout et se sentir comme un arbre solide. Souffler sur une plume pour la maintenir en l'air. Jouer avec une balle rebondissante. Jouer avec un yo-yo. Utiliser le mouvement de la déglutition. Jouer avec les mouvements de la respiration. Pratiquer la balance musculaire. Devenir une poupée de chiffon ou un pantin. Egrener un collier de perles.

- **Imagerie visuelle (voir ou imaginer) :**

Voyager sur un tapis volant. Se promener mentalement dans son lieu favori. Imaginer des animaux magiques. Se voir avec son animal préféré. Rêver à un jardin fleuri. Observer des images qui défilent. Observer des chiffres ou des lettres sur un tableau mental. S'imaginer en train de regarder une émission télévisée. Regarder s'envoler des bulles de savon. Observer un visage dessiné sur son pouce. Faire tourner une toupie.

Imaginer son personnage imaginaire préféré. Rêver à un lieu que l'on aime, à un lieu imaginaire préféré. Laisser sa tête rêver.

- **Imagerie auditive (écouter) :**

Entendre dans sa tête sa chanson favorite. S'entendre en train de jouer à un instrument de musique. Ecouter de la musique. Imaginer le son de deux boules qui s'entrechoquent. Entendre dans sa tête le son d'une horloge.

Ecouter le bruit des oiseaux à l'extérieur. Repérer le plus de sons dans la pièce. S'écouter en train de vocaliser (mantra, fredonner).

- **Divers :**

Relaxation. Se focaliser sur le rythme de son pouls. Suivre le rythme de sa respiration. Focaliser son attention sur des illusions d'optique. Colorier un mandala. Coller une gommette sur sa peau. Gouter un morceau de fruit. Co-construire une histoire. Dessiner de la main gauche.

Les inductions olfactives et gustatives (patients plus sensoriels) sont particulièrement intéressantes pour travailler sur les émotions et les souvenirs.

Globalement l'enfant préférera une induction plus directe mais moins directive centrée sur le ludique, l'imaginaire, la surprise (Moskowitz en 1973, reconnaissait l'importance de la surprise dans la thérapie), le défi (« *je te parie que tu peux t'imaginer un super-héros qui...* »).

De façon générale, d'autres techniques communes aux adultes restent intéressantes avec les enfants :

- les techniques orientées solution : compliments, question miracle, recherche d'exception, critères d'aggravation, recadrages, prescriptions de tâches...

- les techniques d'ancrages, de désactivation d'ancrage, de swish visuel, de dissociation...

Il ne faut pas oublier l'importance des suggestions directes avec les suggestions post-hypnotiques (« *maintenant que tu sais faire cela, ton corps restera tranquille dans une situation similaire...* »), les feed-back et la ratification de la transe mais aussi des suggestions indirectes et leurs objectifs non formulés au patient.

Plus spécifiquement, les métaphores par leur pouvoir thérapeutique pourront être utilisées pour modifier ce que l'enfant vit et sa vision habituelle du monde afin de l'enrichir de nouveaux liens, de nouvelles possibilités.

Le thérapeute pourra intégrer la narration d'un conte (à la fois moyen d'induction hypnotique et suggestion de changement) : « Contes à guérir- Contes à grandir », « Contes à aimer- Contes à s'aimer » ou « Contes d'errances- Contes d'espérance » de Jacques Salomé ; « le chevalier à l'armure rouillée » de Robert Fisher ; « La grenouille qui ne savait pas quelle était cuite... » d'Olivier Clerc, « Petits dialogues initiatiques avec mon chat » de Sylvie Sarzaud©, « Le conte chaud et doux des Chaudoudoux » de Steiner C. (2009, Inter-éditions) et plus globalement les contes et fables classiques ou à inventer.

Par ailleurs, il pourra recourir également à différents supports en plus des métaphores (un train, la nature au printemps, les cellules du corps, la maison imaginaire...), l'ami Paul (soit une histoire métaphorique d'un ami fictif sur la problématique ou l'intérêt de l'enfant, soit un nounours ou une poupée que l'on assis à côté de l'enfant et on commence à décrire comment il rentre en hypnose), les écrans (le pouce, la télévision, la télécommande...), les sculptures corporelles, les super-héros ou la recherche du héros, les fées, la baguette magique (« état du magicien » pour l'enfant puis le parent d'Hervé Sitbon)...

Le thérapeute pourra au passage intégrer les externalisations et les transformations graphiques ou corporelles (monstre transformé, boules de stress, bulle de protection, arbre aux secrets...) ainsi que les objets de divination et de transformation (pierre de confiance, arbre grand-mère, porte du futur...)

La technique des 3 dessins de Joyce C. Mills et Richard J. Crowley, reprise par Isabelle Celestin- Lhopiteau est particulièrement intéressante : Problème-Ressources-Solution. Elle peut permettre de faire émerger la propre demande de l'enfant pendant l'état hypnotique. Par ce même procédé, les ressources propres de l'enfant peuvent aussi être activées et lui permettre de mieux se connaître ou de connecter ses ressources à un problème donné. Cet exercice que l'on propose à l'enfant, vise à élargir sa perspective, en l'aidant à explorer des images, des symboles qui représentent le problème, mais en faisant apparaître aussi la vision d'une solution et les chemins qui y mènent. Ces auteurs

proposent à l'enfant de dessiner sa difficulté, puis de redessiner son problème résolu, et enfin de dessiner ce qui s'est passé entre le dessin 1 et 2 pendant la séance d'hypnose.

Pour les plus grands, il existe d'autres techniques plus standardisées telles que le rêve éveillé dirigé de Robert Desoille, l'épreuve d'anticipation de Mario Berta, la SCORE...

Il existe des protocoles spécifiques à des problématiques ciblées tel que le cite Isabelle Célestin-Lhopiteau avec le conte métaphorique de Joyce Mills et Richard Crowley avec « Sammy l'éléphant et Monsieur Chameau » pour aider l'enfant souffrant d'énurésie nocturne. Il s'agit d'un adorable petit éléphant qui vit dans un cirque et qui renverse régulièrement des seaux d'eau. Grâce aux conseils de Monsieur Chameau, Sammy va découvrir combien de choses il sait bien faire (propres forces et ressources) et sauvera la situation lorsqu'un feu apparaîtra dans le cirque (meilleure estime de soi).

De façon générale, les protocoles d'accompagnement au changement mobilisent des processus dont la fonction est de relancer l'activité psychique immobilisée ou d'accompagner la transformation de certaines expériences sensori-affectives. L'enfant s'y projette avec toute la force de son imagination pour reconfigurer son monde, changer sa relation aux autres et à soi-même.

1.3 L'hypnose conversationnelle :

L'hypnose conversationnelle est une forme d'hypnose « sans hypnose » (Melchior, 1998). Elle consiste, en effet, à potentialiser le subconscient de la personne en contournant les limites de son esprit conscient sans avoir recours à une transe formelle. Pour cela, le thérapeute va utiliser des stratagèmes thérapeutiques (confusion, recadrages, paradoxes) (Patry et Pinson, 1998) ainsi qu'un langage qui présuppose le changement (langage ericksonien, langage orienté solution). L'hypnose conversationnelle est à différencier de la suggestion conversationnelle dans le sens où elle sous-entend une transe légère mais bien réelle (Bioy & Célestin-Lhopiteau, 2014). Cela nécessite de fait le contournement du facteur critique et l'implantation d'une pensée sélective (Elman, 1970). Ce même auteur parle d'hypnose éveillée (*walken hypnosis*) car il s'agit d'une forme d'hypnose où le sujet garde les yeux ouverts. Elle se caractérise par la combinaison de 4 facteurs (que l'on retrouve également en hypnose formelle) :

- ✓ Absorption de l'attention
- ✓ Contournement du facteur critique
- ✓ Activation d'une réponse inconsciente
- ✓ Conduite de l'inconscient au résultat désiré (Mee & Ledochowski).

Elle sera utile dans toutes les situations où l'hypnose formelle n'a pas sa place (formation, coaching...) ou en thérapie avec certains sujets (sujets résistants ou très suggestibles, enfants, personnes submergées par l'émotion...) ou certains contextes (thérapie familiale, thérapie de soutien, situation de crise, annonce d'un diagnostic médical...).

Pour autant, nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'autres références à l'hypnose conversationnelle spécifique avec les enfants, ce qui mériterait d'être développé.

Enfin, la question éthique se pose évidemment dans tous les cas, elle n'est pas seulement affaire de technique mais plutôt d'intention et de posture du thérapeute. On pourrait dire que l'hypnose conversationnelle (volontaire ou involontaire) est centrale dans le processus de changement en psychothérapie. La communication hypnotique permet d'ailleurs d'apprendre à mieux communiquer avec l'enfant (en lui donnant une place de sujet) et sa famille. Pour François Roustang l'hypnose «est» communication.

De même que pour l'hypnose conversationnelle, pour l'hypnothérapie, le processus hypnotique est un processus dynamique, de changement, «une métamorphose» comme le définit Roselyne Ravaux-Germain, psychologue clinicienne libérale, pour laquelle la transe facilite la recherche des ressources insoupçonnées et l'accès aux émotions.

En conclusion, comme le suggère I. Célestin-Lhopiteau (2013), « cela nous ramène à une vision de l'enfant abordé et écouté dans son entièreté et ses particularités, ses talents et ses souffrances, à une perspective fondamentale consistant à prendre soin d'un enfant en tant que personne reliée à tous les êtres et à toute chose autour d'elle ».

La pratique de l'hypnose serait donc pour elle « un art de la communication, un art de l'attention, de l'attention à l'être, un art du goût de la liberté de l'autre, pour amener un enfant dans sa dignité, l'amener à traverser l'incertitude, à prendre le risque de vivre, le risque de sa liberté ».

2 Problématique de la recherche :

Au regard de la littérature dans le domaine de l'hypnothérapie, nous formulons certaines hypothèses que nous tenterons de considérer au regard de situations cliniques rencontrées dans un service de pédopsychiatrie :

- a) L'hypnose serait spécifique chez les enfants, les enfants étant plus hypnotisables que les adultes et ils auront plus facilement accès à l'imaginaire, aux contes, aux métaphores...
- b) L'hypnose serait un art de vivre chez l'enfant permettant une meilleure relation à soi et à son entourage, mieux connecté à ses ressources.
- c) L'hypnose conversationnelle serait un mode de communication privilégié avec les enfants et leurs familles.
- d) L'hypnothérapie et l'hypnose conversationnelle auraient une place pertinente et multiple en pédopsychiatrie.

II. Méthodologie de la recherche :

A. Description de la population :

La population rencontrée par la psychologue est celle d'un pôle de pédopsychiatrie de Bourgogne dans différents CMP-CATTP-HDJ (Centre médico-psychologique - Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel - Hôpital de jour). Selon les unités, la proposition d'hypnothérapie ou hypnose conversationnelle a pu concerner :

- 1. des parents d'adolescents en HDJ (pathologies émergentes à l'adolescence) dans le cadre d'un soutien à la parentalité.**
- 2. des thérapies mère-enfant en CMP.**
- 3. des thérapies individuelles d'enfants ou pré-adolescents en CMP.**
- 4. un groupe à médiation thérapeutique d'enfants d'âge primaire en CATTP.**
- 5. des thérapies familiales (d'inspiration systémique) dans le cadre des consultations familiales.**
- 6. une collègue lors d'une rencontre ponctuelle autour de son projet professionnel.**
- 7. le thérapeute (supervision et autohypnose).**
- 8. l'institution dans différents services.**

B. Présentation des outils thérapeutiques en fonction des patients :

Nous n'avons pas souhaité, comme cela a pu nous être proposé, nous inscrire dans une offre d'hypnothérapie identifiée uniquement comme telle. Notre vision de l'hypnothérapie rejoint d'avantage celle de la place du dessin dans les thérapies, à savoir, une proposition thérapeutique qui pourra se faire au cours de la thérapie comme n'importe quelle approche thérapeutique judicieuse. Elle ne saurait être, pour nous, une solution unique et calibrée, prédéfinie pour telle ou telle problématique. Elle vient se fondre à notre pratique, nos considérations théoriques et notre dispositif thérapeutique.

De ce fait, les patients pour lesquels nous avons intégré une possibilité de travail par l'hypnose étaient déjà inscrits dans une thérapie avec la psychologue. En outre, ils bénéficient d'autres soins au sein du service pour la plupart.

Au fil de notre parcours de formation, de nos lectures et de l'évolution de notre pratique, nous avons souhaité l'intégrer avec plusieurs patients sous différentes formes dont nous vous présenterons une illustration clinique :

1. La métaphore avec des parents d'adolescents :

Mr L. et la métaphore de l'arbre

Me T. et la métaphore du train

Cf éléments déjà cités sur la métaphore.

2. « La technique des 3 dessins » avec des enfants et leurs mères : Maé et Gaby

Plus concrètement qu'explicité au paragraphe 1.2.5 sur la méthode hypnotique avec les enfants, cette technique consiste à demander à l'enfant de choisir une peur ou un problème auquel il fait face (les yeux fermés ou bien ouverts). Puis la séance d'hypnose démarre, l'enfant est invité à laisser venir une image de sa peur ou de son problème à son esprit, à remarquer sa couleur, sa forme, ses dimensions. (Des crayons de couleur, des feutres et 3 feuilles de papier sont mis à la disposition de l'enfant). Lorsque l'enfant a cette image, on lui propose d'ouvrir les yeux et de la dessiner sur la page 1. L'enfant peut fermer les yeux à nouveau, la séance d'hypnose se poursuit. Il est alors invité à laisser venir une image de comment c'est quand ça va mieux. On lui propose d'ouvrir les yeux et sur la page 2 de dessiner cette image, dessiner de quoi ce dessin-là (le problème, la peur) a l'air quand « tout va mieux ». L'enfant peut fermer les yeux à nouveau, l'hypnopraticien poursuit la séance d'hypnose. On lui propose pour terminer de dessiner une image de ce qui va transformer le dessin 1 en dessin 2, en demandant à l'enfant de trouver un souvenir d'un moment où tout va mieux, et de laisser son corps se remettre dans cette position où tout va bien. L'enfant va ouvrir les yeux et dessiner cette image ou ces images sur la page 3.

3. L'hypnose avec des pré-adolescents :

Andy, 11 ans : l'hypnose « sauvage »

Aline, 12 ans : l'hypnose et l'hypnose conversationnelle plus formelles.

4. Le psychocorporel dans un groupe d'enfants d'âge primaire lors d'une médiation thérapeutique : Conte' imagine.

Nous animons un groupe thérapeutique à médiation par le conte et l'imaginaire avec la psychomotricienne du service pour trois enfants d'âge primaire. Ce groupe est basé sur la dynamique de groupe, sur l'écoute d'un conte et sa mise en représentation par le dessin, le mime (médiation à approche corporelle) ou l'imaginaire.

5. L'hypnose conversationnelle lors d'une thérapie familiale (d'inspiration systémique) :

La famille K.

La famille Phi.

6. Le « Rossi intérieur » comme accompagnement institutionnel ponctuel d'une collègue : Sophie.

Nous avons nommé arbitrairement le « Rossi intérieur » le fait de faire ressentir intérieurement à la personne deux situations, deux désirs ambivalents par des sensations propres à une zone corporelle et de les faire se transformer, se rapprocher voir se rejoindre éventuellement dans le but de concilier ses deux états.

7. La supervision et l'autohypnose du thérapeute : comment se séparer à la fin d'une thérapie avec un enfant.

La supervision s'entend dans le sens d'aborder une situation clinique par le biais du ressenti du professionnel sous hypnose, qui devient en quelque sorte le patient du superviseur. Il pourra tirer profit de ce travail avec l'autohypnose.

(Cependant, la supervision par l'hypnose n'est qu'une possibilité et elle n'est pas exclusive, toute autre forme ou nature de supervision du thérapeute est possible.)

8. L'écoute du langage métaphorique des soignants dans la vision institutionnelle.

Cela consiste de façon plus ou moins volontaire, voire consciente, pour l'hypnothérapeute d'écouter avec son « 3^{ème} œil » les mouvements, images, ressentis à l'œuvre dans l'accompagnement clinique et institutionnel des soignants auprès des patients.

III. Résultats et données cliniques

Pour chacune des situations cliniques présentées nous exposerons un résumé de l'anamnèse, le contexte thérapeutique, le déroulé des entretiens et nos observations cliniques.

1. Les métaphores hypnotiques dans les soutiens à la parentalité des parents d'adolescents d'un HDJ :

Mr L. :

Mr L. est le père d'un adolescent suivi pour des troubles du comportement anciens et importants. La famille de Mr L. a connu de nombreuses ruptures sur plusieurs générations qui tendent à se répéter pour Mr L. comme pour son fils : deuils, divorces, conflits, placement dans la famille... On peut relever des conduites addictives chroniques chez le père de Mr L. et une phase d'alcoolisation aigüe pour Mr L. ayant nécessité un sevrage lorsqu'il était un jeune homme au décès de sa mère. Nous rencontrons Mr L. peu de temps après qu'il ait récupéré la garde de son fils avec lequel il n'avait plus de contacts depuis plusieurs années, sa mère l'ayant déposé chez lui un jour où elle n'en pouvait plus de son comportement. Sa position parentale était alors peu assurée et idéalisée. Mr L. venait de changer de département et d'emploi pour s'adapter aux nécessités de soin de son fils. Face à une vie sentimentale instable et des orientations sexuelles non assumées, Mr L. compensait par un investissement fort de ses amis et de sa passion (faune et flore).

Au fil du temps, en écho aux troubles abandonniques et comportementaux de son fils, Mr L. a présenté un épisode dépressif entraînant un désintérêt pour son travail. Mr L. s'est rapproché de son père, très dépendant à l'alcool (ce qu'il ne supportait pas) et très dépendant dans son autonomie, afin de s'en occuper et de se rapprocher également du nouveau collègue de son fils. L'apparence physique de Mr L. s'est dégradée, traduisant son état interne. Il s'avouait perdu dans ses choix personnels, tiraillé entre ces « devoirs familiaux » et une relation amoureuse à distance. Il oscillait entre une position dépressive

dans un conflit de loyauté auprès des personnes qui dépendaient de lui et une position enjouée voire immature d'une relation amoureuse incertaine et très éloignée géographiquement.

Mr L. est familier d'approches psychocorporelles et il avait déjà eu recours à un hypnothérapeute quelques années auparavant, ventant le bien-être que cela lui avait procuré. C'est dans ce contexte que nous avons proposé des séances d'hypnose à Mr L. que nous recevions depuis plusieurs mois.

Après une première séance consacrée à la construction du lieu sûr, nous avons très naturellement proposé des métaphores autour de la nature sous hypnose (inductions sensorielles). Par exemple, celle d'un arbre, fort et enraciné, tel un chêne centenaire, paré à affronter toutes les saisons, parfois abîmé ou fragilisé par les éléments, parfois régénéré par les ressources de la nature, riche de l'énergie de la forêt autour de lui... C'est à l'issue de cette séance que Mr L. a fait référence à un souvenir marquant de ses 5 ans qu'il s'était employé à enfouir mais pour lequel il pensait qu'il était temps de le considérer enfin. Il ne nous a pas précisé le contenu ni le caractère de ce souvenir.

Dans les entretiens suivants et d'autres séances d'hypnose, Mr L. s'est présenté beaucoup plus posé et apprêté. Il considérait ses limites face aux difficultés de son père et aux troubles de son fils. Pour autant, il ne souhaitait plus les désinvestir mais consentait à accepter la situation telle qu'elle était : ni sauveur, ni déserteur. Son fils est finalement retourné vivre chez sa mère mais il se considère à présent comme un parent à part entière et trouve du plaisir dans leur relation même à distance. Il souhaite en obtenir la garde mais sait que cela ne tiendra sur la durée qu'avec la mise en place d'un internat spécialisé dans le même temps. Mr L. continue de s'occuper de son père ponctuellement et supporte mieux sa dépendance alcoolique. Il n'a pas donné suite à sa relation amoureuse éloignée. Mr L. construit un projet professionnel plus engagé dans le soin.

Mme T. :

Mme T. est la mère d'une grande adolescente qui présente une phobie scolaire et sociale majeure. La jeune fille ne sort du domicile essentiellement et paradoxalement que pour aller rencontrer des jeunes hommes inconnus parfois dans d'autres villes. Elles vivent toutes deux dans la maison familiale du couple d'origine. Mme T. est divorcée de

son ex-mari, le père de sa fille et de son fils aîné qu'elle ne voit plus depuis plusieurs années. Mme T. décrit son ex-mari comme une personnalité perverse-narcissique. Mme T. a fait des choix éducatifs pour ses enfants en lien avec le fonctionnement psychologique de son mari et reconnaît les conséquences que cela a pu avoir sur ses enfants et leurs relations.

Tout d'abord, Mme T. se présente sur la défensive, dans une réactivité sensitive et rigide. Elle porte une tenue de cuir très masculine. Peu à peu, elle a pu prendre confiance dans la relation thérapeutique et exprimer ses souffrances et l'emprise de son mari. La tyrannie psychologique a parfois pu frôler avec des passages à l'acte violents ou des mises en danger. Mme T. avait préparé son départ du foyer avec ses enfants et du jour au lendemain elle a fui sa situation conjugale. Son fils a fait le choix de vivre chez son père, elle ne l'a plus revu. Elle sait qu'il fait une carrière de fonctionnaire à l'étranger et tout récemment il s'est manifesté dans son entourage proche. Sa fille entretient quelques conversations téléphoniques ponctuellement avec lui. Le couple est encore en lieu de façon indirecte pour le travail ou pour régler des questions matérielles.

L'état émotionnel de Mme T. était fluctuant, fragile et douloureux. La situation scolaire de sa fille, la mise en danger auprès d'hommes rencontrés sur internet, le désinvestissement des soins et son mal-être (scarifications, repli sur soi...) plongeait Mme T. dans un sentiment d'impuissance intolérable. Leurs relations se dégradèrent au point de tourner à l'affrontement physique. Elle ne supportait plus des situations anodines du quotidien (lors de ses déplacements par exemple) qu'elle tentait de contrôler en vain et cela s'en ressentait dans ses relations, notamment au travail.

Mme T. étant férue de sports mécaniques, nous lui avons proposé un jour où elle se présentait comme particulièrement anxieuse et agitée, d'avoir recours à des séances d'hypnothérapie. Après des inductions sensorielles, nous avons pu proposer des métaphores sous hypnose notamment cette première fois sur le thème du train. Un train que nous nous sommes employés à décrire (matériau en cuir, robuste, confortable, vrombissant, fumant...), un train qui peut accélérer avec force ou prendre une allure apaisée, un train qui ressent des secousses ou glisse en parfait équilibre, un train qui permet de voir loin le paysage et les chemins à suivre, un train qui malgré les détours et les erreurs d'aiguillage retrouvait toujours sa voie, un train qui pouvait se débarrasser du

superflu et se charger de toutes les belles et les bonnes choses qu'il croisait sur sa route, senteurs, couleurs... et qui arrivait à sa destination à son rythme, riche et renforcé de toutes ces expériences. Mme T. a pu verbaliser le bien-être apporté par ce voyage hypnotique et l'importance de prendre soin d'elle.

Mme T. exprime son état interne à présent en analogie à sa façon de supporter ou non le trafic routier, de se déplacer ou de se balader... Et c'est sur ce mode que nous avons continué le travail avec elle, en avançant elle laisse sur le bas-côté de la route la perversité de son mari, elle avance vers d'autres projets....Elle a adopté un look plus classique et féminin. Et avec l'aide d'un thérapeute familial également elle a convenu avec sa fille (majeure) qu'elle la considèrerait comme une co-locataire avec laquelle elle partage l'espace et les bons moments. Elle n'est pas sereine sur l'avenir de sa fille mais la laisse en prendre la responsabilité. Mme T. se mobilise sur le plan judiciaire pour régler les questions matérielles avec son ex-mari (elle va faire valoir ses droits de propriété) et a écrit une lettre à son fils (pour son anniversaire de l'ancienne majorité) sans rancœur où elle se souvient de moments complices et se raconte dans sa vie actuelle. Elle s'étonne de nos recadrages positifs sur sa force de caractère et la façon dont elle prend en main sa vie. Son ancienne thérapeute qui l'a suivie une dizaine d'années avant de prendre sa retraite s'est étonnée, en prenant de ses nouvelles, six mois plus tard, de la trouver aussi combattante.

2. La méthode des 3 dessins lors de thérapies mère-enfant :

Maé et sa mère : cf. annexes 1 et 3 (consentement non publiable)

Maé et sa mère sont rencontrés dans le cadre d'une thérapie mère-enfant, à raison d'un entretien mensuel. Maé est âgé de 7 ans, il vit avec sa mère. Ses parents ont vécu ensemble avant sa naissance mais leur histoire sentimentale a toujours été chaotique. Maé ne voit plus son père mais sa mère a encore quelques contacts avec sa famille paternelle qui vit dans le sud. Maé présente des troubles de l'attention avec hyperactivité ainsi qu'une dysgraphie. Sa scolarité et sa socialisation s'en trouvent entachées. L'état émotionnel de sa mère varie au gré de ses relations amoureuses, d'avantage à la

recherche d'un père pour Maé que d'un homme dans sa vie. Maé a un bon niveau d'expression verbale, c'est un enfant vif et attachant qui use son entourage.

Il existe un bon investissement de la famille dans les différents soins à présent. Mais lors d'un entretien, Maé tourne autour du pot à propos d'une blessure à la tête que sa mère a découvert peu de temps avant, cachée sous ses cheveux. Il dit ne pas vouloir en parler et demande une feuille à dessin. Nous recueillons l'accord de Maé et de sa mère pour pouvoir travailler ensemble autrement sur l'imagination et le dessin, et commençons l'entrée en hypnose avec la méthode des trois dessins. Il commence à dessiner un char. Il finira par nous confier un peu honteux qu'il s'est tapé volontairement la tête sur le sol lors d'une dispute et frustration avec des camarades à l'école. Et de poursuivre que ça prend là, au front, quand il est fortement contrarié, « comme un lance-roquette, chaud et dur ». Sur nos sollicitations, il précise les couleurs chaudes qu'il prend dans notre pot à crayon : le rouge, l'orange et quand c'est moins fort le jaune. Il décrit la dureté du matériau, du métal, extrêmement rigide et brut au toucher. Tout en parlant, il poursuit le dessin de son char d'assaut noir et vert tirant des missiles jaunes. Nous visualisons ensemble que les choses peuvent s'arranger, se calmer, devenir moins chaudes et moins dur peut-être, que le métal se transforme en quelque chose de beaucoup plus doux et agréable, qu'il peut entendre d'autres sons plus plaisants. Je lui propose d'imaginer, raconter et dessiner quand tout ira/va bien pour lui, qu'il ne sera/n'est plus dans cet état. Maé me dit que ce sera moins chaud là, au niveau du front, que ce sera d'autres couleurs. Il dessine un arbre, un pommier, parle du vert de la nature et de ces sons comme les chants des oiseaux. Puis il dessine : « un griffon avec des ailes parce que c'est plus léger et doux avec ses plumes, ça vole, c'est gros, c'est marron clair et c'est dans la nature ». Sa mère ne comprend pas son dessin puisqu'elle pense à un bichon, un chien et ne connaît pas ce qu'est un griffon, ce que nous reprendrons avec elle.

N.B. : Le griffon ou grype est une créature légendaire présente dans plusieurs cultures anciennes (mésopotamienne, grecque et romaine). Il est imaginé et représenté avec le corps d'un aigle (tête, ailes, serres) greffé sur l'arrière d'un lion (abdomen, pattes et queue) et muni d'oreilles de cheval. Il est souvent associé aux divinités et héros locaux ou encore en train de tirer des chars, de porter des personnages sur son dos, de

participer à des scènes de chasse, combattre héros, guerriers ou ennemis, s'attaquer à des animaux sauvages communs ou fantastiques.

Nous invitons Maé à pouvoir trouver une façon de passer du premier dessin au second, de modifier les couleurs, les sons, les formes, les matières, la température... Comme un thermomètre que l'on pourrait refroidir ou programmer. Maé pense à une télécommande qui pourrait refroidir la température, baisser le son, changer les couleurs plus claires... Il considère qu'il faudrait passer de « 100 à 60 » puis de « 1000 (parce que c'est plus fort) à 600 ». Il se met à dessiner sur la troisième feuille que nous lui donnons les valeurs 1000 et 600. Il fait le calcul que pour que tout soit bien calme pour lui, il faut baisser de « 400 » avec la télécommande.

Nous proposons une suggestion post-hypnotique proposant qu'il a à sa disposition cette télécommande et qu'il sait à présent de combien il faut baisser pour que les choses deviennent plus fraîches, plus calmes, tranquilles et agréables pour lui. Nous lui demandons de représenter la taille de la télécommande dans sa main. Il fait semblant de prendre une grosse télécommande sur laquelle il dit taper « - 400 ». Il précise spontanément qu'il se sent bien à présent, que tout est doux, clair et frais pour lui, doux comme des plumes, comme une peluche, marron clair comme une peluche qui se trouve dans notre bureau parterre derrière Maé (ours en peluche marron de 50 cm). Il se lève, la prend et décide de la baptiser « Chocolat ». Il la blottit contre lui. Nous lui proposons de bien sentir Chocolat dans ses bras, douce, légère, marron, réconfortante... Il pourra ressentir Chocolat « à chaque fois qu'il en aura besoin maintenant qu'il sait ! ». Maé apparaît ravi.

Gaby et sa mère : cf annexes 2 et 4 (consentement non publiable)

Gaby est un enfant de 10 ans, en difficulté scolaire, comportementale et relationnelle. Les soignants et thérapeutes de différents services (un CMPP et le CMP) que ce soit en individuel ou en groupe s'accordent sur le fait que Gaby est un enfant qui n'investit rien dans la relation aux adultes comme aux enfants. Il semble décourager toute personne qui voudrait s'occuper de lui, y compris ces enseignants. La famille a du mal à se mobiliser, ils se montrent un peu fuyants dans les soins.

Gaby et sa mère sont reçus sporadiquement en thérapie mère-enfant depuis un an et demi, au rythme du travail et des oublis maternels. Sa mère semble en confiance et a pu aborder sa propre histoire et le passé de soins psychiques pour elle à l'adolescence suite à des troubles alimentaires et des conduites de trichotillomanie. Son deuxième frère a également été suivi adolescent. Le cadet a déjà été hospitalisé en psychiatrie pour tentative de suicide. Elle se décrit fusionnelle avec sa propre mère et en conflit avec son père. Le père de Gaby est issu de la première union de sa mère et a été placé en famille d'accueil au divorce de ses parents. La grand-mère paternelle a refait sa vie avec un homme très autoritaire voire violent, elle a récupéré ses enfants et a eu encore trois autres enfants avec cet homme. L'aîné décrit comme caractériel a été adopté finalement par une autre famille.

Gaby se montrera très attentif et intéressé par le récit de vie de ses parents. Mais cet enfant qui est souvent qualifié en terme de « dépression essentielle », présente une attitude avachie, détachée et peu engageante. Nous avons même convenu d'un quota maximum de réponses « je sais pas... » par séance avec Gaby et sa mère avec quelques tentatives d'humour. Cependant, Gaby respecte consciencieusement le cadre de nos séances et peut arriver très apprêté à nos séances. Sa mère apparaît plus coquette à présent également, elle met en place ce qui est travaillé en thérapie avec succès sur le plan éducatif et affectif. Ils semblent se rapprocher.

Lors d'une séance « je sais pas ! », nous avons proposé avec un peu d'insistance de ressentir ce qui pouvait se passer en lui lorsqu'il se comportait agressivement. La veille, Gaby avait fait un doigt d'honneur à son enseignant qui l'avait puni à tort semble-t-il pour une fois. Gaby a résisté à cette idée de ressentir en lui ce qui se passait. Sa mère repère extérieurement que la colère paraît se mobiliser dans ses doigts et ses mains, pouvant aussi lever la main sur les adultes sans les taper pour autant. Elle a pu faire le lien avec sa propre colère qui vient lui faire cogner le cœur avec force, en tension comme une ligne électrique à haute tension. Fort de cela Gaby a pu formuler que ses mains et doigts étaient durs comme du bois dans ces situations.

Puis nous avons proposé de passer par le dessin pour nous montrer comment ils étaient durs comme du bois. Gaby a dû être rassuré sur la qualité du dessin qui nous importait peu et être encouragé. Après plusieurs gribouillages et découragements, il a pu

se dessiner avec des mains « en croix ». Ensuite, nous l'avons invité à dessiner comment sont les choses quand tout est calme, détendu, mou pour lui et ses mains. Il s'est dessiné souriant, la silhouette plus allongée. Nous lui avons demandé alors de dessiner comment faire pour passer de l'un à l'autre état/dessin. Gaby a alors rajouté cinq griffes au personnage de son premier dessin comme Wolverine affirme-t-il avec plus de griffes.

(N.B. : Wolverine est un personnage de fiction appartenant à l'univers de Marvel Comics. C'est un super héros, membre des X-Men et des New Avengers. Il se fait appeler Logan car il a oublié son passé. Wolverine signifie « glouton », un carnassier d'Amérique du Nord. Il se démarque des héros par sa violence et son caractère irascible. Il est un humain mutant avec des sens hyper-développés et trois énormes griffes entre les doigts.)

Enfin, Gaby dessine avec satisfaction son enseignant Mr B. avec des pancartes « interdit aux méchants » dit-il (plutôt illisible objectivement). Il semble très satisfait d'avoir trouvé comment gérer ses colères et frustrations. Et d'enchaîner sur sa sœur puinée qui vient l'embêter dans sa chambre quand il lit tranquillement des bande-dessinées de « Game Over ». Elle lui a lancé ses pompons de majorette dans la figure pendant qu'il lisait et lui a fait de même en la blessant.

(N.B. : Dans Game Over il y a un petit héros particulièrement maladroit, une princesse stupide, hystérique et également gaffeuse, et puis des Borks, laids et cruels qui veulent l'empêcher de la délivrer)

Nous imaginons alors ce que pourrait faire Game Over pour ne pas être embêté. Gaby pense qu'il faudrait que la bonne fée l'aide face à la petite sorcière (ce qui fait beaucoup sourire sa mère) qui jette sa baguette magique et des sorts. Il ne sait pas ce que pourrait dire Game Over à la bonne fée, mais il pense qu'il faudrait l'écrire dans une bulle. Nous lui proposons d'écrire dans une bulle sur le tableau effaçable derrière lui. Il s'exécute :

éde moi la bone fee !

Puis satisfait il demande à aller aux toilettes et revient jouer. Sa mère en son absence nous confie avec étonnement comme elle est contente de voir son fils si

exceptionnellement bavard et expressif. Nous convenons ensemble d'inviter son papa (prévu auparavant) et sa sœur lors de la prochaine séance ce qui semble emballer Gaby.

3. L'hypnose dans les thérapies individuelles d'enfants et de pré-adolescents : Cas d'Andy (« l'hypnose sauvage ») et d'Aline (l'hypnose formelle).

Andy :

Andy est âgé de 11 ans, hypotonique (et non hypnotique !) et en surpoids, il est scolarisé en CLIS. Il commence à rentrer dans la lecture et attend une place en IME. Il pratique du BMX en club. Il vit dans une maison d'enfants à caractère social du fait des difficultés maternelles à éduquer son fils, de ces troubles des apprentissages et des problèmes de comportement. Sa mère se présente en souffrance et évoque une phobie sociale (sur une structure plutôt psychotique) qui la contraint à un fort isolement malgré les soins dont elle bénéficie socialement et en CMP. Andy revoit son père régulièrement depuis plus d'une année mais leur relation a été ponctuée de plusieurs ruptures (en emploi protégé).

Nous n'avons pu rencontrer sa mère qu'une seule fois rapidement pour mettre en place la thérapie. Elle ne demande aucun autre lien. Nous avons le projet de rencontrer son père depuis le début de la thérapie il y a un an et demi mais Andy ne se disait pas encore prêt. L'enfant avait formulé une demande de thérapie suite à une crise en psychomotricité qui avait nécessité de le mettre en salle d'apaisement. Nous étions intervenus pour aider notre collègue et avons discuté avec Andy. Il nous avait alors confié son inquiétude de voir son père disparaître à nouveau de sa sphère familiale.

Un jour, suite à des contrariétés liées à sa scolarité et sa socialisation, Andy s'est trouvé dans l'impossibilité et l'indisponibilité à se rendre en thérapie dans notre bureau comme tous les lundis. Il s'était lui-même réfugié dans la salle d'apaisement où il se montrait à la fois affalé par terre et à la fois agité, éparpillé sur les tapis et sur le gros coussin. Nous avons accompagné ses mouvements d'une histoire « comme sur un bateau bousculé par les flots déchaînés, poussé par le vent, mouillé par les embruns marins odorants, immaculé par la lumière du soleil, etc... » Andy réagissait à nos propos et petit

à petit c'est lui qui accompagnait notre récit. Le bateau a alors rencontré « des animaux marins bienveillants qui lui ont montré le chemin d'océans plus tranquilles, le soleil s'est un peu voilé, le vent s'est calmé... jusqu'à parvenir sur la terre ferme, sur une île paradisiaque, colorée, tempérée, qui sentait les fruits et possédait un sable fin et doux... ».

La séance s'est réalisée spontanément dans la salle d'apaisement sans pouvoir fermer la porte du couloir et tandis que le groupe d'enfants de l'HDJ arrivait pour le repas, Andy a attendu la fin du récit pour aller déjeuner très calmement. Certains collègues étaient au courant de la séance proposée et d'autres ne l'étaient pas. Il semblerait qu'Andy se soit montré calme et disponible, il a demandé à s'asseoir à côté d'une collègue pour pouvoir discuter avec elle, recherchant une proximité autrement que par la provocation.

La semaine suivante, Andy a souhaité aller dans cette salle, avec le gros coussin et raconter « encore des histoires ». Nous avons ensuite emmené le gros coussin dans notre bureau la fois suivante et finalement nous avons investi dans des coussins en fourrures, peluches et plaids doux que nous avons emménagés dans notre bureau. Andy s'installe à chaque fois, par terre, confortablement calé et couvert. Il demande : « on y va ? ». Lors d'une séance, il s'est montré réticent, évoquant sa flemme générale tout en s'installant dans une position confortable. Nous lui avons « naïvement » parlé de notre ami « Alex » qui était champion de BMX ; comment il s'entraînait, se préparait, prenait soin de son matériel et de son physique ; avec quelle endurance, énergie, ténacité il pédalait ; de toutes les sensations de vibrations, de vitesse, de chaleur et d'équilibre qu'il pouvait ressentir, etc... Nous nous sommes bien gardés de préciser que cet ami était imaginaire et avons noté le prénom donné.

Andy s'est inquiété de la place qui serait donnée à son père s'il intégrait l'IME, nous l'avons alors rencontré avec son père. Il s'est comporté de manière adaptée, dans un partage affectif, tout-à-fait rassemblé dans sa corporalité. Finalement, Andy a pu convaincre sa mère d'aller passer un samedi sur deux chez lui.

Une autre fois, tandis qu'il se montrait très agité, dans l'opposition et débordant du cadre de la séance, refusant de se lever et d'aller déjeuner, Andy a pu se cacher sous le nounours et les coussins que nous avons nommés doux, mous, protecteurs, réconfortants,

apaisants, qui pouvaient accueillir les secrets, les choses difficiles à surmonter, les problèmes des enfants dans leur fourrure douce, dans leurs bras grands ouverts... Andy s'est laissé reconforter puis a pu aborder son problème, sa tristesse d'avoir perdu « une grand-mère » (événement ancien semble-t-il), sa solitude face à cette tristesse non repérée par ses proches et son inquiétude à présent de mourir à son tour. Il s'est peu à peu calmé au rythme de nos paroles douces « la vie c'est la vie, la mort peut faire partie de la vie, ta vie est devant toi, ton chemin de vie se dessine tranquillement, devant toi comme un sentier sur lequel tu peux cheminer à ton rythme mais sûrement... ». Après avoir serré l'ours « Chocolat » (ainsi baptisé par Maé et nous-même à présent), il l'a confortablement installé sur l'oreiller et sous la couverture. Il s'est ensuite levé, très calmement, il a souhaité emmener un objet de notre bureau (ballon de foot playmobile) pour le temps du repas qu'il nous a restitué en partant pour l'école.

Aline :

Aline est une adolescente de 12 ans, formée et réglée, scolarisée dans une classe spécialisée pour les troubles des apprentissages. Elle est orientée en IME mais nous n'adhérons pas à ce projet du fait des potentialités qu'Aline présente en thérapie individuelle. Elle vit dans une maison à caractère social (au départ avec sa sœur aînée également) depuis qu'elle est petite du fait des carences éducatives et des difficultés psychologiques de leur mère. Nous avons rencontré son père une seule fois pour mettre en place la thérapie, il accueillait alors ses filles chez ses parents en attendant de faire construire leur maison avec sa nouvelle compagne, emménagée depuis. A l'époque, la mère d'Aline n'exerçait plus son droit de garde ni de visites. Elle était en rééducation pour des séquelles physiques et neurologiques suite à une défenestration chez elle en présence de son mari, de l'assistante sociale et de ses filles. Aline se souvient de cet événement traumatique lorsqu'elle avait 8 ans et pense avoir assisté en partie à cette scène sans être convaincue qu'il ne s'agisse pas d'un souvenir reconstitué.

Aline vit toujours actuellement à la maison d'enfants, elle va généralement chez son père les week-ends et parfois chez sa mère les samedis lorsqu'elle reste à l'internat. L'accueil chez son père est complexifié par la présence de l'un des fils de sa belle-mère qui présente des troubles du comportement hétéro-agressifs. Aline peut se faire malmener

par ses pairs qui repèrent sa fragilité et sa sensibilité. Elle a eu des conduites de scarification et a des troubles du sommeil et de l'endormissement. Elle souffre de cette situation complexe dans laquelle elle ne trouve pas de « tranquillité » dit-elle.

Lors d'un entretien, elle a pu se présenter très anxieuse, préoccupée par ses relations aux autres et largement logorrhéique. Nous lui avons alors conseillé de prendre un peu de temps pour elle, de tranquillité et de confort. Aline a très vite fermé les yeux lors de l'induction hypnotique autour des sensations qu'elle pouvait ressentir ici, dans ce fauteuil confortable, dans la clarté de notre bureau, entourée de tous les sons proches ou lointains auxquels elle pouvait porter attention, bercée par le vent qui soufflait dehors, comme une feuille légère qui s'envole par-delà les immeubles... Au fil des métaphores comme celle du tapis volant et des suggestions hypnotiques, Aline a continué à gigoter des extrémités puis elle s'est détendue physiquement, ralentie physiologiquement, tête penchée vers l'avant jusqu'à faire des mouvements réguliers de succion avec sa bouche. (Elle nous a confirmé ensuite avoir sucé son pouce tardivement, se surprenant parfois encore dans son sommeil à le prendre.) Elle est alors repartie très calme et détendue, souriante, dans le silence.

Lors d'une autre séance, nous avons pu trouver où et comment se situait sa « sécurité interne ». Il s'agissait d'un carré, rouge, duveteux, tout chaud, de la taille d'une petite boîte à chaussure, plutôt léger, d'une odeur gourmande et qu'Aline ressentait sur son cœur. Elle s'était montrée réceptive à cette construction imaginaire comme si elle la voyait, la portait, la ressentait réellement, tout en n'étant pas dupe, semble-t-il, du niveau méta sur lequel nous jouions.

Une autre fois, Aline a évoqué ses cauchemars autour de la défenestration de sa mère. A l'occasion de la fête des mères, celle-ci a souhaité s'excuser de son geste suicidaire dont elle ne se souvient plus du fait d'un syndrome frontal. Aline se revoit souvent dans l'escalier de sa maison au moment de la tentative de suicide de sa mère. Elle souhaite savoir à qui en incombe la responsabilité et en veut à sa sœur qui posait des problèmes de comportement déjà à l'époque mais elle en veut encore d'avantage à l'assistante sociale qui était présente dans la chambre avec sa mère.

Nous lui avons alors proposé de revenir sur ce moment et Aline a accepté se laissant entrer en hypnose rapidement bien installée dans son fauteuil. Nous l'avons fait

s'approcher de la maison, se promener dans les pièces à vivre de cette maison familiale qu'elle avait bien connue puis retrouver tous les éléments réconfortants et familiers de sa chambre de petite fille (doudous, lit, oreiller, jouets, odeurs, lumière, couleurs...). Puis nous l'avons faite se voir positionnée dans cet escalier, assise sur ce sol, percevant les voix d'adultes et l'agitation des adultes. Et peu à peu, comme avec une télécommande, de baisser le son et flouter l'image, de laisser les adultes s'occuper des affaires d'adultes et de se concentrer sur ce qui est bon pour elle, pour cette petite fille, ses jouets, sa peau, ses livres, son lit, confortable et tranquille... Et plus tard, elle pourrait encore retrouver le confort de son lit, la douceur de sa peau et de ses cheveux ou baisser le son sur cette télécommande comme elle sait le faire à présent...

Aline a beaucoup massé sa nuque pendant les suggestions, puis s'est posée, immobilisée, détendue. Elle n'a rien dit de particulier, et a seulement répondu que sa nuque allait bien lorsqu'on lui a posé la question de savoir comment elle allait. Elle est repartie calme, redressée, la tête droite, le cou ressorti comme soulagée d'un poids qu'elle semblait avoir sur les épaules. Elle fêtera bientôt ses 13 ans et se sent prête à arrêter la psychothérapie, qu'elle n'exclue pas de reprendre ailleurs plus tard.

4. Le psychocorporel dans un groupe thérapeutique avec deux enfants d'âge primaire : médiation Conte' imagine

Le plus jeune des enfants du groupe Conte' imagine aime à pousser les autres à la faute, à faire mal sans que cela ne puisse se voir. Pour autant, il peut se montrer aussi inhibé, mal-à-l'aise et secret. Il a un bon niveau cognitif, comprend bien les histoires et les jeux. Il semble surprotégé par une mère omnipotente et anxieuse qui lui trouve toutes les excuses possibles pour lui éviter toute souffrance ou frustration, ce dont il joue dans sa relation aux autres. L'attitude maternelle semble prendre racine dans la violence qu'imposait le grand-père d'une part et dans les complications médicales de son enfant à la naissance d'autre part.

Le plus âgé est un enfant agité, anxieux, en difficulté scolaire, sociale et cognitive. Nous relevons des préoccupations somatiques et sexuelles. Il est placé dans une maison d'enfants à la demande de sa mère qui ne peut plus faire face à son comportement. Le

milieu familial apparaît carencé sur le plan social, affectif et éducatif. Il a une sœur jumelle qui vit encore à domicile et leur père les a reconnus à la naissance depuis le lieu de son incarcération pour atteinte aux personnes mais il ne le voit pas.

Le dernier enfant n'a pas poursuivi les soins sur décision de sa mère. Son propos était extrêmement morbide et inquiétant. Cet enfant se déprimait et pouvait se montrer très persécuté au point que son rapport au monde en était parfois distordu.

Les enfants de ce groupe ont des troubles comportementaux qui peuvent parfois parasiter leur socialisation. L'excitabilité et la sensibilité dont ils font preuve est souvent contagieuse, allant jusqu'au débordement voire à agresser ou se sentir agressé par les autres, nécessitant d'interrompre le groupe pour reposer les limites.

Entre autre activités, nous avons proposé aux enfants de faire « comme si » en ayant recours au corps, au mouvement, au souffle... Les enfants de ce groupe sont très demandeurs des mimes et ils sont très vite rentrés dans l'expression corporelle imaginaire signifiante de leur problématique (angoisses de séparation, atteintes corporelles ou idées morbides). Le dessin surtout groupé a pu en mettre certains dans une position défensive. De même, les difficultés cognitives et attentionnelles ont pu gêner l'attention et la compréhension des contes pour le plus âgé. Ainsi, le fait d'être focalisé par la mobilisation du corps et occupé par la vision créative du jeu de faire semblant leur a permis de moins chercher la relation par la provocation. Nous étions, tous ensemble, dans la même activité, ludique et fantasmatique.

Sans savoir ce qui peut être imputé à la dimension de ce groupe ou des autres intervenants et soins pour ces enfants, nous relèverons que l'un d'eux a pu révéler avoir subi des abus sexuels par un enfant de la maison d'enfants où il vit et que l'autre, le plus secret, a pu nous montrer une facette plus attachante, sans provocation et nous faire part de la procédure de divorce de ces parents et enfin que le dernier a demandé à parler seul à l'une des conteuses pour évoquer le conflit de loyauté dans lequel il était pris entre ces parents séparés.

5. La communication hypnotique et/ou l'hypnose conversationnelle lors d'une thérapie familiale (d'inspiration systémique) : la famille K. et la famille Phi.

La famille K. :

La famille K. est rencontrée dans le cadre de la consultation familiale du pôle en co-thérapie (d'inspiration systémique) pour des violences dans la fratrie. Elle est constituée des parents, d'un garçon de 5 ans (enfant précoce à priori) et d'une petite fille de 3 ans. Les séances sont mensuelles depuis une année. Mme K. évoque fréquemment son énervement et son épuisement maternel dans des situations du quotidien. Elle a connu dans son histoire des violences conjugales entre ses parents et une ambiance délétère due aux alcoolisations massives de son père. Elle se défend contre ses angoisses par une structure de personnalité rigide et obsessionnelle.

Mme K. nous explique qu'elle est à bout, qu'elle bouillonne intérieurement et qu'elle craint ses passages à l'acte sur les enfants. Nous proposons l'image d'un volcan intérieur. Elle confirme que c'est en effet bouillant, chaud. Nous l'encourageons à poursuivre sur la couleur (rouge), la forme (volcan avec cratère) et les bouillonnements (en éruption). Nous lui demandons comment faire pour calmer ce volcan, elle propose de faire baisser la température. Nous imaginons un thermomètre de son état thymique. Le petit garçon propose alors de faire baisser la température du volcan en s'habillant seul et en débarrassant son petit déjeuner les matins d'école. Il regrette de ne pas pouvoir faire écouter sa sœur qui traîne et n'écoute pas bien ses parents. Mr K. propose que Mme K. se lève moins tôt mais elle ne voit pas comment faire mieux en moins de temps. Elle compte s'octroyer du temps en partant en week-end pour sa passion. C'est autour de cet intérêt qu'elle se réfugie au sous-sol lorsque la température émotionnelle est trop élevée. L'enfant finira par exprimer sa crainte de voir ses parents divorcer s'ils n'arrivent pas à baisser la température.

Finalement et face au comportement de leurs enfants à l'école, la famille les a changé d'établissement scolaire entraînant une autre organisation des journées, laissant du temps pour Mme K. Elle se questionne sur la suite à donner à son couple, elle semble insatisfaite de la place que prend son mari dans les tâches ménagères et les règles éducatives qu'il défend, malgré ses tentatives et son engagement. Les relations entre enfants et avec leurs parents sont plus apaisées. Le comportement de l'aîné dans sa famille n'est plus problématique. La petite sœur est plus câline en séance mais dans le même temps elle questionne les places de chacun.

La famille Phi. :

La famille Phi. est reçue en co-thérapie familiale pour des conflits mère-fille et un mal-être de la jeune-fille (presque majeure). L'histoire du couple parental est complexe et conflictuelle. Le père est décédé récemment sans que la jeune-fille n'ait pu le connaître vraiment. Mme Phi. se présente comme anxieuse, obsessionnelle et possessive avec sa fille avec laquelle elle a longtemps vécu seule.

Lors d'une consultation, la jeune-fille n'arrivait pas à aborder sa relation à son père et à sa famille paternelle, prise dans des sanglots étouffants. Nous avons alors changé de ton, de timbre de voix et de posture pour nous rapprocher d'elle au point de former comme une bulle émotionnelle entre nous, suspendant pour un temps le reste autour de nous (chacune sur sa chaise). Notre collègue et sa mère eurent le bon esprit de ne pas intervenir. Nous avons pris du temps, au rythme de ces sanglots, pendant que le soleil se couchait (hasard du moment) ; l'une tournée vers l'autre, avec une voix douce et soporifique, décrivant les émotions qu'elle pouvait vivre physiquement et facilitant sa parole dans ce huis-clos sensoriel. Elle a pu élaborer qu'elle en voulait à sa mère. Prise dans un conflit de loyauté, elle s'était sacrifiée en refusant d'aller chez son père après des vacances qui s'étaient pourtant bien passé quand elle avait 12 ans. Elle y avait trouvé du plaisir à passer du temps avec sa sœur et connaître un peu son père mais, se rendant compte de la souffrance que son séjour chez son père avait provoqué pour sa mère, elle feignit de ne pas l'avoir apprécié, refusant de s'y rendre à nouveau.

Sa mère n'avait jamais soupçonné ce sacrifice de la part de sa fille. Elle comprenait en quoi le décès de son père, que sa fille avait pourtant rejeté, pouvait autant l'atteindre. Cette jeune-fille nous surprend encore dans nos échanges par son analyse et sa faculté à pouvoir aborder ce qui fait souffrance, toujours au grand étonnement de sa mère. Notre collègue nous fit remarquer dans l'après-coup notre attention toute particulière portée à la jeune-fille qui avait permis qu'elle s'exprime plus librement. Ce moment suspendu entre nous ne relevait pourtant pas d'une communication hypnotique ni d'une hypnose conversationnelle volontaire et calculée de notre part.

6. Le Rossi comme accompagnement institutionnel ponctuel d'une collègue : Sophie.

Sophie, comme d'autres collègues, nous a exprimé son intérêt et sa curiosité pour l'hypnothérapie. Nous l'avons écoutée autour de sa problématique professionnelle, à savoir sa difficulté à se projeter dans un projet professionnel logiquement issu d'une formation en cours et sa situation actuelle bien installée. Elle décrivait comme deux forces contraires qui la tiraillaient, prise dans un conflit de loyauté envers le service et son plaisir à investir de nouveaux horizons.

Après une induction hypnotique focalisant sur ses sens, nous lui avons suggéré de ressentir dans son corps sa difficulté actuelle dans le service, de bien percevoir la forme, le poids, la texture, la couleur de cette sensation. Puis d'expérimenter où et comment elle ressentait le plaisir de son projet : sa taille, son aspect... Et une fois, qu'elle distinguait tous les éléments de ces deux forces, nous l'avons invitée à percevoir comment l'une et l'autre pouvait être en mouvement, se modifier, s'attirer... Tranquillement, à leur rythme, de la façon dont elle le souhaitait... Jusqu'à peut-être se rapprocher, se ressembler, se confondre agréablement...

Nous n'avons pas sollicité Sophie à verbaliser sur son éventuel confort et les sensations vécues pendant la transe afin de respecter une certaine distance avec l'intimité de notre collègue.

Sophie est apparue souriante et détendue, elle a relevé la force de l'expérience hypnotique, les sensations surprenantes comme le poids ressenti sur un membre. Elle poursuit sa formation et ne se cache pas de son souhait de la mettre en application dans un autre environnement. Elle semble en marche vers ce changement.

7. Au profit du thérapeute par la supervision et l'autohypnose : comment se séparer à la fin d'une thérapie avec un enfant ?

Nous avons pu également expérimenter l'hypnose comme outil de supervision d'une situation clinique qui nous posait quelques difficultés en tant que professionnelle. Le fait d'imaginer un patient, de se le représenter dans sa silhouette, son allure, sa

démarche, de le convoquer mentalement nous est apparu comme une expérience inouïe. Nous avons vécu une transe profonde mais mouvementée, tellement dissociée que nous avons le sentiment que notre tête se trouvait à 3 mètres de nos avant-bras, avant de trouver un équilibre juste, sur un tapis volant ou le bord d'une fenêtre. Cette singularité permet de modifier le lien et l'attachement à l'autre en l'absence de la personne et de trouver une juste distance. En l'occurrence, il nous était compliqué d'imaginer la fin de la thérapie avec un enfant que nous avons accompagné longtemps. La problématique de séparation concernait à la fois l'enfant dans son histoire endeuillée et à la fois venait toucher l'une de nos sensibilités personnelles. Nous avons déjà réalisé un mémoire de recherche clinique sur la question du deuil chez l'enfant, un sujet qui nous touchait.

Cette image sensorielle, presque en ombre chinoise, nous permet encore de visualiser une séparation thérapeutique plus sereinement avec d'autres patients. Nous avons parfois recours à cette sorte d'introspection par impression physique au travers de l'autohypnose dans des situations similaires.

8. Dans la vision institutionnelle : l'écoute du langage métaphorique des soignants.

De manière générale, notre écoute et notre façon de nous adresser à nos collègues dans un échange clinique s'en trouvent sensiblement modifiées. Nous sommes davantage attentifs au canal sensoriel privilégié de notre interlocuteur, aux propos ou réactions qu'il relève chez nos jeunes patients, à l'éprouvé senti et ressenti à leur contact, à leur langage métaphorique ou à ce qu'il suscite métaphoriquement en nous...

Par exemple, un collègue évoquait son sentiment « d'avoir à faire à un mur » à propos de son rapport à un enfant que nous connaissons. Il nous questionnait sur l'intérêt de l'hypnose pour ce jeune patient. Nous l'avons sensibilisé à sa façon d'orienter son écoute sensorielle et métaphorique pour ce jeune, à partager ses images avec le jeune garçon, à jouer de cet imaginaire pour proposer de contourner le mur, le rendre moins épais... Il a regretté ne pas avoir eu cette conversation constructive plus tôt considérant une nouvelle vision clinique de notre part.

Il semblerait que nous faisons une plus grande place à la sensorialité et à la corporalité, enfin que nous sommes d'avantage sensibles à la manière dont les choses sont exprimées, sans pour autant négliger le contenu et le sens qu'il revêt.

IV. Discussion théorico-clinique

1. Rappel de la problématique :

Notre problématique portait sur l'intérêt de l'hypnothérapie dans notre pratique de psychologue au sein d'un service de psychiatrie infanto-juvénile sur le plan clinique et institutionnel. Nous nous questionnions sur les particularités, les modalités et les avantages de cette thérapie auprès des enfants et adolescents au regard d'une approche plus conventionnelle chez l'adulte. Nous rappelons les hypothèses que nous avons formulées :

- a) L'hypnose serait spécifique chez les enfants, les enfants étant plus hypnotisables que les adultes et ils auront plus facilement accès à l'imaginaire, aux contes, aux métaphores...
- a) L'hypnose serait un art de vivre chez l'enfant permettant une meilleure relation à soi et à son entourage, mieux connecté à ses ressources.
- b) L'hypnose conversationnelle serait un mode de communication privilégié avec les enfants et leurs familles.
- c) L'hypnothérapie et l'hypnose conversationnelle auraient une place pertinente et multiple en pédopsychiatrie.

2. Synthèse des données cliniques :

1. La métaphore avec des parents d'adolescents : Mr M. et Me C.

Mr M. :

Nous avons pu noter une différence importante au fil des quelques séances d'hypnose, de l'apparence physique de Mr M. et de la façon avec laquelle il pouvait ancrer ses relations depuis sa place familiale. Il apparaissait comme enraciné, devenu le Patriarche sur lequel s'appuyer. Pour autant, il semblait relativiser sa situation personnelle, aussi particulière soit-elle, acceptant l'autre dans sa différence (son père et

son fils) trouvant la juste distance. Du moins celle qui lui coutait le moins sur le plan psycho-affectif, à la fois père et fils, à la fois parent et homosexuel.

Mme C.

Aussi déroutante qu'attachante, Mme C. a pu faire l'expérience de l'éprouvé du changement et du mouvement (au travers de la métaphore du train notamment) en acceptant de faire confiance et de se défaire de la plainte avec son statut de victime. Elle semble en route vers ses objectifs et a pu exprimer un fort investissement de cette relation thérapeutique.

2. La méthode des 3 dessins dans une thérapie mère-enfant :

Maé et sa mère :

La vivacité d'esprit de ce jeune garçon et son rapport à l'action semble avoir trouvé échos dans la méthode ludique et dynamique des 3 dessins. Il s'y est projeté comme s'il vivait la situation, dans son corps ressenti et sensoriel, donnant forme à ces représentations avec une narration du changement toute symbolique (*le griffon tirant peut-être le char...*). Sa mère a pu être spectatrice de la façon dont il vivait son problème et dont il s'en détachait par ses moyens propres, ses ressources internes, son référentiel personnel. Nous noterons que la dysgraphie supposée de Maé n'a pas gêné la représentation par le dessin.

Gaby et sa mère :

Gaby a pu se laisser aller à partager son monde intérieur, ses références et identifications culturelles pour rentrer dans une discussion métaphorique sur ses ressentis et souhaits. On notera cependant que les ressources qu'il sollicite sont sans doute internes dans sa manière de considérer autrement l'enseignant remplaçant (ne plus le considérer comme méchant) mais on peut aussi craindre qu'il s'agisse d'une position ambivalente vis-à-vis de cet enseignant en lui refusant « l'accès » parce qu'il serait méchant. Par ailleurs, symboliquement la place donnée à la Bonne Fée pour venir contenir l'éducation et les conflits fraternels (entre Game Over et la petite sorcière, soit entre Gaby et sa sœur)

a permis à sa mère de comprendre les attentes de son fils et reconnaître qu'elle avait du mal à se faire écouter par sa fille tandis que Gaby respectait de mieux en mieux ses décisions parentales. Ceci est à comprendre sans doute aussi dans le système familial d'appartenance de cette maman (fusion mère-fille). Ainsi, Gaby a pu montrer une facette de lui plus active et concernée, à la grande joie et surprise de sa mère. Il nous donne aussi à comprendre son fonctionnement psychologique par le choix du personnage irascible puis par celui du petit héros maladroit.

3. L'hypnose avec des pré-adolescents :

Andy :

Du fait des difficultés cognitives, comportementales, psycho-affectives et d'expression verbale d'Andy, il est apparu nécessaire de partir de ces intérêts et de son état interne (agitation anxieuse) en adaptant avec souplesse l'induction et les suggestions hypnotiques de façon ludique et progressive, parfois de façon intuitive voire sauvage. L'introduction du mouvement vise à amener peu à peu de la stabilité. Andy nous donnait l'impression d'un navire à la dérive, ballotté entre les positions parentales. Nous nous sommes servi de cette image pour l'amener à trouver son territoire, sur la terre ferme, quelques soient les tempêtes autour de lui. De plus, nous ne savons pas à quel point notre ami Alex a pu l'inspirer. Par ailleurs, le matériel presque humanisé du bureau (au travers de l'ours Chocolat notamment) a permis à Andy d'évoquer pour la première fois un deuil qui avait pu être difficile pour lui et ses angoisses de mort.

Aline :

Il nous a semblé que Aline a pu retrouver le calme intérieur par la régression, peut-être jusqu'à une période de sa vie où elle était toute investie par sa mère qui l'avait allaitée et beaucoup choyée. Elle se séparait peu de sa fille à cette époque et semblait comblée par ce rapproché physique d'après les dires du père. Il s'agissait d'une période heureuse avant les difficultés de séparation, la dépression maternelle, le placement des enfants et la défenestration de la mère. La régression a pu être facilitée par l'éloignement spatio-temporel suggéré. Malgré les difficultés intellectuelles évaluées par ailleurs, Aline

s'est saisi d'un travail d'hypnose formelle et métaphorique. Elle ne l'a pas commenté pour autant. Enfin, rentrant facilement en état de transe, elle a montré des signes physiques d'une sorte de libération des tensions corporelles modifiant sa posture d'épaules rentrées en jeune-fille redressée, ne présentant plus d'agitation des extrémités ou de logorrhée.

4. Le psychocorporel dans un groupe d'enfants d'âge primaire lors d'une médiation thérapeutique : Conte' imagine.

Le fait d'engager le corps dans une création imaginaire commune a permis de mobiliser leur intérêt pour le mime, de canaliser leur attention, de dépasser les inhibitions par la co-création et de mettre en représentation des états émotionnels. Chacun choisissait des personnages ou des situations qui prenaient sens dans leur histoire ou leurs préoccupations. La complexité des contes a pu gêner un enfant dans ce groupe hétérogène sur le plan cognitif.

5. La communication hypnotique lors d'une thérapie familiale (d'inspiration systémique) : la famille K. et la famille Phi.

La famille K. :

Face à la rigidité maternelle, le fait de considérer sa souffrance sous une forme métaphorique a permis à l'enfant de s'en saisir car il est plus aisé de parler de la température du thermomètre que des troubles thymiques de sa mère. Quant à la mère, l'expression de son ressenti perceptif nous permet de nous rapprocher d'elle en sortant de la plainte et d'une hyper-intellectualisation. Dans la suite de nos entretiens, l'enfant a pu formuler sa crainte de voir ses parents se séparer, peut-être à juste titre. Bien qu'il s'agisse d'une thérapie familiale d'inspiration systémique, l'intégration de la conversation hypnotique notamment avec les enfants paraît pertinente mais limitée.

La famille Phi. :

La constitution de cette bulle émotionnelle a facilité l'expression d'un vécu douloureux voire débordant émotionnellement qui avait pu avoir pour fonction de protéger la position maternelle fragile. La jeune-fille a pu exprimer de façon indirecte sa

colère envers sa mère de s'être sacrifiée en restant avec elle, faisant une croix sur la famille paternelle. Toutefois, même si elle permet d'atteindre un objectif thérapeutique et de se rapprocher d'une personne, l'intégration de l'hypnose conversationnelle apparaît comme une parenthèse dans la thérapie familiale et suppose une bonne alliance avec la famille et le co-thérapeute. Cela modifie notre cadre et notre pratique dans une vision plus souple et intégrative.

6. Le Rossi comme accompagnement institutionnel ponctuel d'une collègue : Sophie.

Au-delà de l'expérience recherchée avec curiosité par la découverte de l'hypnose, le chemin initiatique de Sophie a peut-être consisté à faire ne plus s'opposer deux désirs professionnels mais de les intégrer et peut-être à y voir ce qui la rendait si ambivalente. Nous avons gardé pour nous une réflexion qui relève davantage d'une interprétation de notre part à propos de son ressenti physique et que nous ne souhaitons pas exposer dans ce mémoire du fait de notre lien professionnel avec Sophie.

7. Au profit du thérapeute par la supervision et l'autohypnose : comment se séparer à la fin d'une thérapie avec un enfant.

Travailler sur ces résonances inconscientes par l'hypnose nous a permis de faire une expérience forte et bénéfique. La question de l'arrêt d'une thérapie reste un moment important des thérapies et vient engager la question de la séparation. Nous sommes alors en mesure de nous représenter ce que vient mobiliser l'hypnose pour nos patients, à la fois du point de vue sensoriel et métaphorique. De plus, la dimension de supervision et d'autohypnose donne d'autres perspectives professionnelles et personnelles. Nous n'oublions pas également l'état hypnotique dans lequel peut se trouver le thérapeute lors de la transe de son patient, profitant alors des effets de l'hypnose presque par procuration.

8. Dans la vision institutionnelle : l'écoute du langage métaphorique des soignants.

Outre les effets thérapeutiques, l'utilisation adaptée des techniques hypnotiques entraîne une amélioration de la relation et de la communication de l'hypno-praticien avec

l'enfant dans la prise-en-charge thérapeutique, mais aussi dans le cadre des apprentissages et de l'éducation. L'écoute et l'attention hypnotique entraînent le thérapeute à considérer autrement son interlocuteur, qu'il soit patient ou professionnel, au plus près de la sensorialité et de la dimension métaphorique.

3. Confrontation des observations à la problématique :

Au travers de cette lecture transversale de l'hypnothérapie, nous avons pu considérer les potentialités que cet état offre dans l'amélioration des problèmes pour la personne, comme cela était relevé dans la littérature. Chacun a pu trouver sa solution dans ses ressources, parfois d'une façon surprenante et inattendue. L'inconscient du patient peut se manifester différemment pour chacun, dans ses apprentissages (sports mécaniques pour Me T.), ses souvenirs (Mr L. à 5 ans), ses ressources (bande-dessinées pour Gaby).

D'autre part, le thérapeute doit se dessaisir d'une position d'expert pour laisser la place au patient de vivre l'état hypnotique à sa façon, sans forcément savoir ce qui s'est joué dans l'expérience hypnotique. Ce qui a pu être un peu frustrant dans le cas d'Aline (peu de commentaires), de Mr L. (nature de son souvenir de 5 ans) et de Sophie pour des raisons différentes.

Mais l'hypnose ne se focalise pas sur les symptômes, elle vise l'amélioration des potentiels, la régulation des troubles, la transformation des pathologies... Et si cela est difficilement appréhendable et quantifiable, ce sont les ressources intérieures du patient qui vont être à l'œuvre dans le jeu relationnel qui se poursuit d'ailleurs encore actuellement, pour certains, sur ce mode ou autrement, toujours en s'adaptant sans cesse, dans une présence au patient. La force de l'instant avec la jeune-fille de la thérapie familiale n'était pas attendue ni recherchée mais possible grâce à cette présence à l'autre.

Nous avons pu voir les particularités de la pratique en pédopsychiatrie avec des patients parfois très désorganisés comme avec Andy qui plonge dans la sidération psychique. Cela nécessite une souplesse de la part du thérapeute et de son cadre (réfléchi pour autant). La demande n'est pas formalisée de façon rationnelle, elle s'exprime par la souffrance. Ce qui ne manque pas de poser des difficultés éthiques à considérer notamment dans les cas de troubles psychologiques des jeunes et de leurs parents

(validation du plan de traitement par les parents). Nous ne sommes pas là dans une pratique libérale avec des patients et parents dans un registre plutôt névrotique.

Que ce soit avec la transe ou l'hypnose conversationnelle, il y a toujours un moment, nous a-t-il semblé, où le thérapeute se demande s'il peut se lancer, s'il peut « faire l'hypnothérapeute ». Puis, au fil de l'enrichissement de la pratique hypnotique, il nous paraît plus judicieux de se demander à quel moment nous ne sommes plus dans ce travail hypnotique. C'est ce que l'on a pu observer dans notre attention, écoute clinique mais aussi institutionnelle.

Toutefois, la recherche d'outils spécifiques, le développement d'une manière ou d'un référentiel propre au thérapeute et l'expérience de terrain semblent indispensables si l'on a la prétention d'intervenir par ce procédé thérapeutique pour toutes les nombreuses applications de l'hypnose que l'on a citées précédemment, en particulier pour les enfants. Ce qui n'est pas notre cas.

La proposition faite à Aline de pouvoir se remémorer la défenestration de sa mère plusieurs années auparavant et de faire baisser l'impact perceptif et émotionnel relevait d'une création du thérapeute dans le moment de cette relation thérapeutique, à partir de ce que la jeune patiente en exprimait sur de nombreuses séances. Nous ne sommes pas sûrs que l'on puisse théoriser cette transe bien qu'elle se soit inspirée des traitements en termes de traumatisme.

Par conséquent, sans reprendre tous les éléments théoriques exposés, nous pouvons considérer les données cliniques pour les différentes hypothèses sur trois versants : celui de l'enfant ou de l'adolescent (seul ou en groupe), celui du parent et de la famille et enfin celui institutionnel.

✓ Hypnothérapie avec l'enfant et l'adolescent :

Notre première hypothèse et notre deuxième hypothèse paraissent en partie validées dans la mesure où les enfants peuvent rentrer en hypnose dans des situations et de façons très variées, à condition de s'adapter au monde et aux intérêts de ceux-ci (BMX, bande-dessinées). Ce sont eux qui amènent un imaginaire riche et explicite au travers de leurs dessins, de leurs mimes ou des métaphores. Maé a pu par exemple trouver par lui-même les solutions à ses problèmes en se servant de la projection métaphorique par le dessin et

en la déplaçant sur le nounours Chololat, qui devenait presque humanisé. La colère qui avait qui s'était exprimée au travers de l'auto-agression avait une forme, une couleur, une température... Le corps métaphorisait l'émotion. Gaby a pu exprimer au travers des bandes-dessinées ce qu'il ne pouvait exprimer autrement. La place de l'imaginaire est prépondérante et source de mouvement et de créativité. Ils font sans cesse cette « surimpression » entre imaginaire et réalité.

De plus, les applications que nous avons faites de l'hypnose se sont adressées aux enfants en période de latence, surtout entre 8 et 12 ans, à l'âge où les capacités hypnotiques sont maximales. Les effets notamment thymiques et corporels nous sont apparus subjectivement notables mais nous ne pouvons les évaluer de façon définitive.

La structure de personnalité et le niveau développemental ont dû être prises en compte pour Andy et dans le groupe Conte'Imagine afin d'adapter les techniques et le cadre.

L'adolescent semble d'avantage bénéficier d'une attention particulière à ses émotions et sensations que ce soit pour l'induction hypnotique ou l'hypnose conversationnelle. Aline nous est apparue beaucoup plus détendue sur le plan corporel et la jeune-fille de la famille Phi. vivait son émotion intensément, pourtant ancienne, dans l'instant présent.

Mais concernant les métaphores, l'intérêt pour le patient est tout aussi pertinent pour les adultes qui entrent dans le récit métaphorique comme un enfant entre dans le jeu, à condition de choisir des représentations signifiantes pour le patient (Botanique pour Mr L. et les sports mécaniques pour Me T.). Le voyage est le même, nous ne mettons simplement pas la même chose dans les valises.

Les adultes que nous avons rencontré étaient dans une relation thérapeutique de bonne qualité et se sont montrés réceptifs aux inductions, ce qui ne présume pas de l'hypnosabilité de tous les adultes. Cependant, le côté créatif semble davantage à l'œuvre avec les enfants dans la mesure où ils demandent beaucoup d'adaptations au thérapeute.

Nous n'avons pas assez de recul pour appréhender les possibilités de l'autohypnose pour l'enfant dans la mesure où les enfants ne font pas d'eux même état de son recours, mais certains parents relèvent des changements durables de la gestion émotionnelle des enfants, sans que nous n'ayons pu identifier clairement une utilisation de l'autohypnose.

✓ Hypnothérapie avec les parents et la famille :

La troisième hypothèse peut être validée dans la mesure où l'hypnose conversationnelle a pu s'intégrer, parfois à notre insu, dans une séance de thérapie familiale (famille Phi.) et trouver un écho pour toute une famille (famille K.).

D'autre part, l'hypnose avec l'enfant en présence des parents ne nous paraît pas antagoniste dans le sens où le parent peut guider ce chemin, croiser les regards et constater les ressources propres de l'enfant.

Nous sommes alors dans une discussion à deux niveaux pour l'enfant et pour le parent. Certains nous font part parfois de l'image qu'ils donnent à leur propre émotion ou aident l'enfant en lui proposant comment ils ressentent tel ou tel état et situation. Le terme de « ressentir » est parfois trop abstrait pour l'enfant, ils préfèrent qu'on leur demande « c'est comment pour toi quand... ».

Les familles peuvent partager une même image, une co-construire dans une méta-discussion. Mais l'abord de la problématique par cet angle commun nous a questionné sur la mise à nu du symptôme et la fonction du symptôme pour la famille K., à savoir l'épuisement maternel revendiqué, qui pouvait peut-être cacher une problématique de couple.

✓ Hypnothérapie dans l'institution :

Enfin, notre dernière hypothèse est validée avec notre perception certes subjective mais non exclusive des différentes répercussions de notre démarche hypnotique dans l'institution que ce soit avec les patients, mais aussi les soignants et le thérapeute. Ce thérapeute qui n'a pas d'objectif de réussite, de mandat thérapeutique mais qui devient un passeur de potentialités et d'émotions pour la personne à partir de son univers, de son vécu, de son histoire propre en tant que sujet capable de mettre en œuvre ses choix ou solutions possibles, qu'il soit patient ou soignant.

4. Discussion éthique et critiques méthodologiques et apport de cette étude :

La principale critique de cette étude pourrait être méthodologique. Nous n'avons pas construit un mémoire de recherche à partir de nos hypothèses en validant une méthode d'évaluation standardisée de notre objet d'étude. Nous avons souhaité présenter

l'hypnothérapie dans notre pratique exhaustive telle que nous l'avions intégrée, expérimentée, comprise et apprise. Ainsi, nous n'avons pas étudié des situations cliniques approfondies sur plusieurs séances avec une évaluation quantifiée de l'effet thérapeutique.

De ce fait, nous ne nous sommes pas présentés aux patients directement comme hypnothérapeute-chercheur, ni même parfois comme hypnothérapeute, notamment auprès des parents puisque nous ne l'étions pas encore à l'époque. Cela explique sans doute pourquoi nous n'avons d'abord recours à l'hypnose que dans le cadre du soutien à la parentalité, en direct avec les parents, après notre première formation, que nous considérons alors comme partielle. Il a été parfois difficile de demander l'autorisation explicite du jeune et des parents à avoir recours à l'hypnose.

D'une part, certains parents ne veulent ou ne peuvent qu'être peu investis dans la thérapie. D'autre part, l'usage de l'hypnose correspond pour nous à un outil thérapeutique à la disposition du thérapeute, au même titre que le dessin ou le génogramme. Nous ne demandons pas l'autorisation à chaque fois que l'on introduit un objet thérapeutique nouveau dans notre référentiel au cours d'une thérapie.

Certaines familles ont refusé parfois l'usage de l'hypnose avec leur enfant du fait de leurs craintes et représentations, de leurs origines culturelles ou pour des considérations religieuses.

Dorénavant, notre posture a changé puisque nous pouvons nous présenter dès le premier contact avec la famille comme psychologue, thérapeute familial et hypnothérapeute, ce qui nous permet d'être plus serein (le confort du thérapeute compte pour beaucoup !) et d'en discuter par la même occasion.

Ce qui pourrait être questionné et que certains ont pu nous renvoyer dans nos échanges sur nos pratiques, c'est le risque de se disperser dans nos compétences, références théoriques ou dans notre exercice.

Nous avons construit une vision globale, intégrative, humaniste et peut-être parfois ericksonienne (dans le bon sens du terme, avec l'attachement aux processus hypnotiques en jeu), sans exclure d'autres approches de l'hypnose ou approches thérapeutiques. Nous nous retrouvons d'avantage dans une pensée hypnotique que dans une approche « protocolisée ». Néanmoins, du fait des différentes lectures et

présentations des formateurs, nous souhaiterions théoriser plus finement notre approche et peut-être combiner l'hypnose avec plusieurs approches thérapeutiques d'inspiration psychodynamique, systémique et transpersonnelle à l'intérieur d'une perspective humaniste. Vaste programme...

Nous espérons que le *spectre* de la pratique de l'hypnothérapie tel que nous avons tenté de le présenter fait entrevoir les possibilités de sa pertinence et de sa pluralité, peut-être même jusqu'au trouble du spectre autistique puisque nous avons même « osé » nous servir de l'hypnose conversationnelle avec un adolescent Asperger (à propos de sa colère), avec bénéfice semble-t-il. Nous avons omis, consciemment ou inconsciemment, d'inclure cette approche par l'hypnose conversationnelle. Peut-être était-ce par incertitude sur les limites que nous nous autorisions avec des patients souffrant de troubles envahissants du développement de type autistique en l'occurrence ou non autistique comme avec une autre petite fille que nous n'avons pas incluse dans l'étude malgré la pertinence de la technique des 3 dessins pour elle.

Par ailleurs, nous avons dû résister à des demandes spécifiques et exclusives de séances d'hypnose dans l'institution, ce qui a nécessité de clarifier et expliciter notre cadre, la demande des patients et des collègues. L'attente d'une solution magique plane autour de l'hypnose. Nous avons aussi résisté à la provocation d'une jeune fille de « réussir à l'hypnotiser pour voir à l'intérieur d'elle et prendre le contrôle de son cerveau... ».

Une autre critique à notre étude pourrait être d'avoir pêché par excès en voulant traiter de l'hypnothérapie sur beaucoup de niveaux différents dont un niveau conceptuel, ne pouvant paradoxalement proposer qu'une infime illustration des méthodes et applications, qu'une partie éludée du travail clinique avec un patient, risquant de ne considérer qu'une vulgarisation de l'hypnose.

Néanmoins, notre noble souhait était de refléter la richesse imaginaire et créative, le plaisir novice et l'intérêt non exclusif que l'hypnothérapie représente pour nous. Cette étude permettra peut-être à d'autres thérapeutes de la psyché de l'enfant d'envisager autrement l'hypnose...

Conclusion

1- Conclusion de l'étude :

L'hypnothérapie en pédopsychiatrie nécessite de s'adapter à l'état émotionnel du patient, à son âge, à son développement, à son registre sensoriel, à son niveau d'hypnosabilité et surtout en fonction de la relation que le thérapeute a pu établir avec lui.

L'hypnose modifie la relation au monde des personnes qui l'utilisent comme celle des personnes qui en bénéficient. Notre intervention est orientée vers la personne dans son intégralité, ses potentiels et ses ressources internes émotionnelles.

Il n'existe pas « une » hypnose mais mille façons de vivre l'hypnothérapie avec toute la flexibilité que cela suppose pour le thérapeute. Et peut-être plus qu'une approche thérapeutique, nous l'abordons d'avantage comme une « philosophie de vie », un mouvement de la vie à la manière de François Roustang. Nous tendons un œil et une oreille vers la médiation de pleine conscience...

Ainsi, tel que nous en avons la conviction, au-delà de la compétence des familles que défend Guy Ausloos, l'hypnose peut consister également à apprendre à avoir foi en ses patients, quel que soit le cadre de la rencontre, leur âge, leur profil cognitif, leur nombre ou leur pathologie.

En conclusion de quoi, nous penchons indéniablement vers une considération de l'hypnothérapie en pédopsychiatrie à la fois au service de l'enfant, de l'adolescent, de leur famille, du thérapeute ET de l'institution !

2- Perspectives et nouvelles hypothèses :

Dans les perspectives thérapeutiques avec les patients présentés dans notre étude, nous aimerions proposer à Mr M. l'Arbre de vie tel que Sophie Cohen nous l'a fait (justement lors de ce D.U.) *vivre*, afin de trouver la bonne distance dans les relations familiales et amicales.

A ce propos, nous aimerions créer comme outil thérapeutique hypnotique l'Arbre de vie pour enfants avec des personnages, peut-être des playmobiles qui représenteraient les liens que l'enfant lie avec les personnes de sa famille ou de son entourage, à la façon dont cela est évalué avec les tests d'attachement (CCH).

Comme nous le constatons à chaque nouvelle découverte d'une pratique thérapeutique, la place de la curiosité par la formation éveille de nouveaux intérêts. Et nous n'excluons pas une formation spécifique aux enfants bien que la rédaction de ce mémoire nous a permis de nous informer sur cette pratique singulière et de nous positionner dans notre pratique plus largement. Nous laissons la porte largement ouverte à la supervision (sous hypnose ou plus classiquement), au groupe d'intervision (association CHTB, promotion D.U. et/ou psychologues de l'institution hospitalière)...

Dans cette optique, nous nous questionnons sur les applications thérapeutiques et les spécificités de l'hypnose pédiatrique et périnatale pour le nourrisson et pour ses parents.

D'autre part, nous restons dubitatifs quant à la dissociation chez les enfants qui ont subi des traumatismes. Cela pourrait être une forme de protection pour les enfants qui ont subi des traumatismes, de la violence, de l'insécurité interne ou bien cet état serait-il juste une conséquence dommageable? Comment l'hypnose pourrait-elle œuvrer pour ces enfants entre transgénérationnel et construction psychique ? Parfois l'enfant peut changer sa vision du monde mais son environnement chaotique peut ne pas changer...

Cela pourrait constituer un autre sujet d'étude et ferait échos à l'un de nos mémoires d'études de psychologue sur la maltraitance chez l'enfant.

Enfin, nous allons par ailleurs bientôt bénéficier d'une formation au Photolangage et espérons pouvoir faire des liens avec l'hypnose.

Toutefois et malgré toutes nos considérations, « seule compte l'expérience hypnotique » du patient!

Bibliographie :

1. Ausloos G. (1995), La compétence des familles, temps, chaos, processus, Paris, Eres.
2. Bensidoun B., « La métaphore ! », *Empan* 2011/1 (n°81), P.43-48.
3. Bioy A., Michaux D. (2007), *Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications*, Paris, Dunod.
4. Bioy A., Wood Ch, Célestin-Lhopiteau I. (2010), *L'aide-mémoire d'hypnose*, Paris, Dunod.
5. Bioy A. (2013), *Découvrir l'hypnose*, Paris, 2^{ème} édition, InterEditions.
6. Brosseau G. (2012), *L'hypnose, une réinitialisation des 5 sens*, Paris, Inter-éditions.
7. Célestin-Lhopiteau I. (2005), *L'hypnose et l'enfant*, in *L'hypnose aujourd'hui*, Paris, Editions in press, 177-192.
8. Célestin-Lhopiteau I. (2013), *L'hypnose pour les enfants*, Paris, J. Lion.
9. Célestin-Lhopiteau I., « L'hypnose et l'enfant », *Le renouveau de l'hypnose, Santé mentale* n°103, 2015/12, p. 48-51.
10. Corydon Hammond Ph.D., sous la direction du Dr, (2004), *Métaphores et suggestions hypnotiques*, Bruxelles, coll. Le Germe, Satas.
11. Dumont N. « L'enfant et la magie en oncologie pédiatrique », *Pratiques psychologiques*, 2002, 3, 69-77.
12. Ferragut E., en coll. avec Bioy A., Brocq H., Dousse M., Sirven R., *Médiations corporelles dans la pratique des soins*, 2008, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
13. Franquart-Declercq Ch., Gineste M.-D., « L'enfant et la métaphore », in *L'année psychologique*, 2001, vol. 101, n°4, p. 723-752.
14. Guimier J.B., année universitaire 2014-2015, notes de cours du D.U. d'hypnothérapie.
15. Karle H. W.A. (1988), *Hypnosis and hypnotherapy: a patient guide*, Sterling Pub Co Inc.
16. Lankton S.R., Lankton C.H. (1983, 2010), *The answer within*, Crown House.

17. Melogno S., D'Ardia C., Mazzoncini B., Levi G., "La métaphore chez les enfants avec troubles envahissants du développement non spécifiés", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2011, n°59, p°41-47.
18. Mills J.C., Crowley R.J. (1995), *Métaphores thérapeutiques pour enfants*, Paris, Desclée de Brouwer.
19. Olness K., Kohen D.P. (2006), *Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant*, Bruxelles, Satas.
20. Poupard G., Martin V. G., Bilheran A. (2015), *Manuel pratique d'hypnothérapie : démarches, méthodes et techniques d'intervention*, Paris, Armand Colin. .
21. Sitbon H., « L'hypnose au service du changement et la démarche thérapeutique pour l'enfant », *Perspectives Psy*, 2005/5 (Vol. 44), p. 365-370.
22. Roustang F. (2003), *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Paris, les éditions de Minuit.
23. Roustang F. (2003), *Il suffit d'un geste*, Odile Jacob.
24. Roustang F. (2000). *La fin de la plainte*, Paris, Odile Jacob.
25. Thibault P., dossier « L'hypnose chez l'enfant », *L'infirmière magazine* n°330, 2013/10, p. 43-51.

Annexes :

Annexe 1 : 3 dessins de Maé

- ❖ 1^{er} dessin, le problème : p°65.
- ❖ 2^{ème} dessin, la solution : p°66.
- ❖ 3^{ème} dessin, le résultat : p°67
- ❖

Annexe 2 : 3 dessins de Gaby

- ❖ 1^{er} dessin, le problème : p° 68.
- ❖ 2^{ème} dessin, la solution : p°69
- ❖ 3^{ème} dessin, le résultat : p°70.



1000
-400
500

A handwritten diagram in green ink. It features a large right-facing curly bracket that spans from the number '1000' at the top to the number '500' at the bottom. Below the center of this bracket, the number '-400' is written. The numbers are written in a simple, slightly slanted font.





 MBOVINGCIE

 MECHAZ

 xdfed
@rele



Laetitia Tanguy

Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie

Université de Bourgogne

Année Universitaire 2014-2015

Encadrant : Antoine Bioy

L'hypnothérapie en pédopsychiatrie : au service de l'enfant, de sa famille et/ou de l'institution ?

Résumé :

Le but de notre étude est de montrer quelle place peut prendre l'hypnothérapie dans un service de pédopsychiatrie et quelles formes elle revêt pour l'enfant/adolescent, sa famille et pour l'institution.

Nous avons supposé que l'hypnothérapie est spécifique chez les enfants (plus hypnotisables, accès facile à l'imaginaire...) et que l'hypnose serait un art de vivre chez l'enfant permettant une meilleure relation à soi et à son entourage, mieux connecté à ses ressources. De la même façon, l'hypnose conversationnelle serait un mode de communication privilégié avec les enfants. Enfin, nous avons supposé que l'une et l'autre ont une place pertinente et multiple en pédopsychiatrie.

Nous vérifierons quelle est la spécificité de l'hypnose avec les enfants par rapport à celle avec les adultes, quelles possibilités et ressources elle offre à l'enfant et sa famille, quelles formes elle peut prendre en hypnothérapie avec notamment l'hypnose conversationnelle et son application au niveau clinique et institutionnel en pédopsychiatrie.

Les données cliniques relevées nous amèneront à considérer différentes notions comme les ressources propres du sujet, la flexibilité et la créativité du thérapeute, l'alliance thérapeutique et le cadre d'intervention du thérapeute ou hypnothérapeute.

Mots-clés : **Hypnothérapie – Enfant – Parent – Thérapeute-Pédopsychiatrie.**