

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>

DIPLOME UNIVERSITAIRE

HYPNOSE MEDICALE ET CLINIQUE

UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

Année 2014-2015

Clinique hypnotique dans le champ de la psychose

Stéphanie MAILLOT, psychologue clinicienne

Directeur de mémoire : **Antoine BIOY**, psychologue clinicien

REMERCIEMENTS

A toute l'équipe pédagogique du D.U. d'hypnose médicale et clinique.

A nos collègues étudiants du D.U. avec qui nous avons partagé nos premières fois.

A l'équipe du foyer, qui nous a fait confiance.

A Mlle S., monsieur M. et l'ensemble des résidents qui nous ont guidée dans nos premiers pas.

A mon ami cher, Franck ARNAUD parti trop vite et qui nous a accompagnée, dans nos pensées, tout au long de cette formation et de ce travail.

A Antoine BIOY qui nous a fait l'honneur d'accepter la direction de ce mémoire, avec sa bienveillance et sa disponibilité.

A Christine BRUN, directrice du pôle, pour avoir accepté et soutenu notre projet de formation.

A Marie-Claude BERTIL, cadre de proximité, pour sa confiance et son soutien.

A Olivier, pour sa précieuse contribution dans la relecture.

A mes amies Emilie, Magaly, Stéphanie, Ingrid et Evelyne pour leur patience et leur soutien attentif et affectueux.

A Laurent.

A ma famille.

Et à tous les autres....

TABLE DES MATIERES

I- Introduction.....	5
II- Revue théorique des travaux et Problématique	7
II-1- Les psychoses	7
II-1-1- Le délire et les hallucinations dans la psychose.....	7
II-1-1-1- Point de vue psychodynamique	7
II-1-1-2- Point de vue neuro-scientifique	9
a- Le modèle d'« aberrant salient »	9
b- Le modèle de Hoffman	10
c- Les modèles de Frith	10
d- Le modèle lyonnais	11
e- Le modèle de Parme	11
II-1-2- La schizophrénie	13
II-1-3- Le vécu du sujet psychotique	14
II-2- Psychose et hypnose	16
II-2-1- Hypnose du point de vue des neurosciences	16
II-2-2- Revue de la question de l'hypnose appliquée à la psychose.....	17
II-2-1-1- Naissance de la psychopathologie à la lumière de l'hypnose :	17
II-2-1-2- La dissociation hypnotique	20
II-2-3- La relation thérapeutique et hypnotique	22
II-2-3-1- De la relation hypnotique à l'hypnothérapie	22
II-2-3-2- La démarche psychothérapeutique	23
II-3- Problématique	25
III- Méthodologie de la recherche	27
III-1- Description de la population des patients	27
III-2- Présentation du cadre de la rencontre	28
III-3- Présentation des patients et de leurs demandes.....	30
III-3-1- Mademoiselle S.	30
III-3-2 Monsieur M.	35
IV- Présentation du déroulé des entretiens et exposé des observations	38
cliniques ; Résultats et données cliniques.....	38
IV-1- Mademoiselle S.	38
IV-2- Monsieur M.....	44
V- Discussion théorico-clinique.....	52

V-1- Rappel de la problématique.....	52
V-2- Confrontation des observations à la problématique	52
V- 3- Apport de cette étude.....	64
V-4- Ethique :	65
VI- Conclusion.....	67
Bibliographie	69

I- Introduction

Au travers de nos études, alors que nous avons abordé l'histoire de la psychanalyse, nous avons eu une première approche théorique de l'hypnose et de son application à l'hystérie. Dans notre naïveté, nous avons cru qu'en fin de cursus, nous allions apprendre à « hypnotiser » les patients dans une visée thérapeutique... Il n'en est rien! Nous avons ainsi feuilleté les livres de Jung, de Roustang, nous avons pensé qu'un jour nous aurons l'occasion de nous y frotter.

Au détours de notre parcours professionnel en psychiatrie, nous avons rencontré un ami cher, mordu de psychanalyse jungienne, qui n'a jamais cessé de nous pousser à aller voir au delà des mots, et de nous plonger dans le mystère de l'inconscient et la richesse des concepts de synchronisation, d'archétypes, d'anima... et de l'hypnose. Nous étions alors portée par un mouvement idéalisé d'un outil qui sans doute viendra libérer ou tout simplement authentifier une créativité existante et en attente, d'une pratique débutante.

Pleine de doute, engagée et extrêmement prudente, notre pratique s'est construite parallèlement à notre engagement dans l'école de la cause freudienne, laissant petit à petit place à un style thérapeutique, où nous avons appris à faire avec l'autre. La rigueur ainsi obtenue, nous a permis de consolider notre compréhension et notre savoir autour de la psychopathologie, et de la technique thérapeutique en tant que telle, même si elle est à chaque fois à reconstruire lorsqu'une rencontre s'inaugure. Nous nous demandions alors : comment être, et non plus faire, avec le fou, avec celui qui vient nous voir non pas pour parler tranquillement ou dépressivement, mais pour nous insulter, nous terroriser, nous choquer, voir nous frapper? Comment être face à tant de pulsion, tant de bouleversement, tant de désordre, quand nos tripes se serrent et que la nausée nous envahit ? Comment faire quand nous avons l'intuition de quelque chose, qui, lorsque nous nous mettons à mentaliser et à théoriser, cela ne ressemble en rien, à ce que nous avons appris, entendu ou lu jusqu'à présent ?

C'est alors que nous avons développé, dans le foyer où nous travaillons, une pratique singulière, où nous avons questionné la neutralité propre au cadre du thérapeute, tant au niveau du discours que des mimiques, neutralité d'ailleurs souvent confondue avec la froideur décrite du psychologue. Nous avons questionné l'influence que nous pouvons avoir sur l'autre, dans le choix des renvois ou des chemins que nous empruntons, dans la dépendance du lien en place, dans la communication corporelle que nous instaurions à notre insu. La thérapie est un voyage à deux, et non un tour opérateur au pire, ou un gentil accompagnateur qui voyage avec l'autre vers des contrées lointaines, préalablement choisies dont le coût est proportionnel au désir d'aller voir ailleurs si nous y sommes !

Nous avons été également confronté aux demandes des patients que nous recevons en libéral, dans le cadre de notre activité complémentaire, à savoir, les aider à aller mieux, et à se responsabiliser par rapport leurs difficultés sans qu'il y ait besoin de maintenir un lien de dépendance au psychologue. C'est par ailleurs ce que nous souhaitons : proposer à l'autre des techniques simples et concrètes pour trouver réconfort, légèreté et confiance, chez soi et en soi.

Une fois que nous avons saisi cela, de là où nous en sommes dans notre parcours, très modeste, nous avons eu envie d'aller vers d'autres méthodes, d'aller faire un pas de côté. Un pas de plus, malgré les critiques saisissantes de quelques uns de notre entourage, poussée par une intuition et une petite voix presque inaudible à l'intérieur de soi et également pour honorer cet ami cher qui nous a toujours encouragé. Nous avons fait notre demande d'entrer en formation, et nous nous sommes laissée guider par les différentes rencontres, interventions et lectures.

Nous ne voulions pas au départ appliquer la technique hypnotique aux sujets qui souffrent de psychose, cependant, c'est là où nous sommes le plus à l'aise, car nous les connaissons bien et nous savons comment les remettre sur pied. Nous avons également confiance en l'équipe, en sa bienveillance et sa contenance. Informée de notre démarche, c'est elle d'une certaine façon qui nous a encouragé à nous lancer, les yeux pleins de curiosité et d'enthousiasme: hypnose et psychose, après tout ça rime bien ensemble ?

C'est alors que nous avons formulé notre problématique de l'usage de l'hypnose dans le cadre de psychothérapie de sujets qui souffrent de schizophrénie. Avant d'exposer nos cas cliniques, nous allons faire une revue théorique de la psychose et de l'hypnose appliquée à la thérapeutique.

II- Revue théorique des travaux et Problématique

II-1- Les psychoses

II-1-1- Le délire et les hallucinations dans la psychose

II-1-1-1- Point de vue psychodynamique

Le terme de psychose vient du mot grec *ψυχή*, *psyché*, « esprit, âme », et *-ωσις*, *-osis*, « anomalie » et rend compte d'une maladie mentale grave, où la personnalité entière est touchée, modifiant ainsi les relations de la personne avec l'environnement. Selon Freud (1924) alors que « la névrose serait le résultat d'un conflit entre le moi et son ça, la psychose, elle, l'issue analogue d'un trouble équivalent dans les relations entre le moi et le monde extérieur. » Il y a perte de la réalité avec régression de la libido sur le moi et le délire constitué est une tentative de guérison du moi.

Pour Lacan (1955-1956), le mécanisme constitutif de la psychose est la forclusion du Nom-du-Père ». En d'autres termes, la fonction symbolique du Nom-du-Père, qui régule les relations aux autres, et qui donne une orientation au désir comme tiers symbolique de la Loi, fait défaut.

Dans la psychose, il manque la médiatisation de ce tiers, l'autre se trouve être soi-même, et il fait l'objet de mouvement agressif ou érotique où le seul choix possible est « lui ou moi ».

Le rapport du sujet avec le monde extérieur est troublé, au point où il se construit une réalité inaccessible et différente pour celui qui est à ses côtés, une réalité.

Les mécanismes en jeu qui rendent compte cette réalité sont : l'hallucination et le délire.

- l'hallucination, selon Esquirol (1838) c'est lorsqu'un homme « a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens. » C'est une production et construction de l'esprit, une expérience sensorielle singulière bien réelle pour celui qui la vit. Elle permet ainsi une rupture avec la réalité, évitant le moi de s'y confronter. Il existe deux types d'hallucinations :

- les hallucinations psychosensorielles, c'est à dire que la perception est présente alors qu'aucun organe sensoriel n'est stimulé. Elles comprennent :

- l'hallucination acoustico-verbale, où la personne entend des voix qui proviennent de l'extérieur.
 - l'hallucination visuelle où la personne voit des personnages, des formes, qui n'existent que pour elle. Son entourage ne les voit pas.
 - l'hallucination cénesthésique, qui se présente sous forme de sensations physiques, comme des phénomènes qui touchent l'intérieur comme l'extérieur du corps. Elles concernent la sensibilité proprioceptive et intéroceptive. Par exemple, la personne a l'impression que des fourmis marchent sous la peau, qu'une partie de son corps se transforme, ou encore elle a la bouche amère, la gorge irritée et grignotée par des insectes...
 - Les hallucinations psychiques : où des voix sont perçues sous forme de pensées entendues, de voix intérieures qui conversent, qui volent les idées....
- le délire qui est une construction imaginaire et inébranlable de fausses idées et croyances, pour laquelle le sujet est convaincu. Selon Freud, c'est une tentative de guérison et de reconstruction du monde extérieur, par restitution de la libido aux objets. Le délire est entendu alors comme un symptôme, venant ainsi exprimer un conflit inconscient.

Ces deux mécanismes éloignent le sujet de la réalité, et donnent ces impressions d'étrangeté, de bizarrerie, de malaise, que nous ressentons lorsque nous sommes à leur contact. Le sujet s'enferme ainsi dans une néoréalité saturée d'angoisses. C'est effectivement très angoissant d'être concerné, seul, par des événements, non contrôlables, et non perceptibles par l'autre.

Des perturbations s'observent également au niveau de la communication, d'autant plus quand le langage se singularise dans un jargon incompréhensible.

La distance ainsi maintenue, renforce la réticence de la personne, l'inquiétante étrangeté ; elle s'enferme dans son monde et ses silences, pouvant aller jusqu'à la rupture avec les autres.

La psychose est une maladie grave qui affecte la personnalité entière et qui entraîne, selon chacun, des déficiences diverses, avec une altération des capacités de jugement et de discernement, concomitant à l'effet pathogène des troubles hallucinatoires et délirants. Autrement dit, la personne convaincue de la réalité qu'elle vit, ne peut que dénier la réalité que nous lui ramenons, le sensible et l'intelligible, étant dissociés. Parmi une forme grave des psychoses, nous retrouvons la schizophrénie qui vient signer un mode d'être particulier au monde.

II-1-1-2- Point de vue neuro-scientifique

Conjointement à l'approche psychodynamique, à partir des années 1980/1990, les recherches en neuropsychologie et en imageries cérébrales se sont multipliées, considérant ainsi les perturbations cognitives comme des perturbations centrales de la maladie schizophrénique. Les déficits cognitifs en jeu et spécifiques à chaque sujet, affectent quasiment tous les domaines cognitifs à savoir : la mémoire, les fonctions exécutives, les habiletés motrices uni- et bilatérales, l'attention visuelles et auditive, l'orientation spatiale et le langage (Thomas, Bubrovzky, Jardri, 2009).

Par rapport au vécu du patient, et la compréhension de ses délires et hallucinations, quatre modèles vont être présentés succinctement dans la suite :

- Le modèle d'« aberrant salient »
- Le modèle de Hoffman,
- Les modèles de Frith,
- Le modèle lyonnais,
- Le modèle de Parme.

a- Le modèle d'« aberrant salient »

Ce modèle propose une approche neurobiologique qui permet de comprendre la perception du malade et son ressenti subjectif, par le concept « d'aberrant salience » introduit par Kappur (cité par Gourion, 2010). « La salience est un terme anglo-saxon qui signifie « saillance » ou « relief », c'est-à-dire le sens attribué à un événement. Autrement dit, ce modèle « correspond à une sorte de coefficient de signification émotionnelle que le psychisme attribue face à un signal présent dans le champ sensoriel » et permet de faire le pont entre phénoménologie clinique, anomalies neurobiologiques et modèle dopaminergique de la maladie (Gourion, 2010). Au niveau neurobiologique, le circuit dopaminergique méso-limbique sous tend les phénomènes émotionnels, à savoir qu'il régule les émotions propres à un événement donné. « En cas d'anomalies de ce système de saillance dopaminergique, des événements anodins peuvent devenir inquiétants. Les comportements semblent immotivés ou bizarres à l'observateur extérieur. Des troubles du jugement ou des idées délirantes peuvent apparaître. En effet, lors de libération phasique, massive et incontrôlée de dopamine, tout prend sens et devient symbole. Le patient se sent au centre d'une vaste mise en scène » (Gourion, 2010).

Ainsi, l'approche cognitive et émotionnelle du délire à thématique persécutive met en exergue (Gourion, 2010) :

- Une tendance au biais de sélection d'information avec conclusion hâtive et anticipation exagérée du danger par le mécanisme nommé « jumping to conclusion »,
- Des troubles de la théorie de l'esprit, qui est la capacité à se représenter l'état mental de l'autre,
- Une faible estime de soi associée à une inflation de l'ego,
- Un locus externe prédominant et différents styles de coping défaillant.

b- Le modèle de Hoffman

Les hallucinations acoustico-verbales sont expliquées comme une émancipation du discours intérieur, proche de l'expérience d'entendre notre propre voix au magnétophone. Comme elle est entendue du dehors elle apparaît modifiée, parce que dissociée de sa propre planification, de son intention initiale. En quelque sorte, le patient ne reconnaît pas son discours intérieur, puisqu'il est attribué à une source extérieure. Les voix sont ici un trouble de la pensée et non un trouble de la perception (Cermolacce, 2009).

c- Les modèles de Frith

Ces modèles considèrent les hallucinations acoustico-verbales comme altération du contrôle centrale de l'action et s'applique aux patients présentant des « symptômes de premier rang. »

Un premier modèle en 1992 s'appuie sur les travaux en neurologie, de la main étrangère (expérience développée par Feinberg en 1978), où Frith assimile l'acte linguistique ou de pensée à un acte moteur, tous deux considérés comme équivalents dans l'articulation des processus cérébraux : « ici, le contrôle de l'action dépend d'une étape cruciale de comparaison entre une représentation de l'intention initiale de l'action (ou copie d'efférence) et le retour (ou réafférence) sensoriel. Chez le patient schizophrène (...) Frith avance l'hypothèse d'une altération de ce comparateur, c'est-à-dire d'un décalage à posteriori entre copie d'efférence motrice et réafférence sensoriel » (Cermolacce, 2009).

Un deuxième modèle introduit la notion d'agentivité définie comme la capacité à avoir conscience d'être initiateur de l'action. Chez le patient, cette conscience est altérée alors que le sens de la pos-

session de l'action est préservé. En d'autres termes, le patient schizophrène reconnaît bien son propre bras qui réalise une action, mais peut vivre l'expérience de ne pas être à l'origine de l'intention qui conduit au mouvement » (Cermolacce, 2009).

d- Le modèle lyonnais

L'équipe constituée autour de Jeannerod à Lyon propose une alternative à l'approche linguistique, et s'inscrit dans la continuité des travaux de Frith (Georgieff et al. 2000). Le modèle proposé s'appuie également sur la notion de conscience de l'action et des troubles de l'agentivité chez les patients souffrant d'hallucinations schizophréniques.

Lors de l'imagination, de l'observation ou de l'exécution d'une action, nous sommes en présence d'une activation fonctionnelle partiellement commune de plusieurs réseaux neuronaux (notamment l'aire motrice supplémentaire, le gyrus supramarginal, et les cortex pariétaux supérieurs, et préfrontaux dorso-latéraux). Ce premier niveau de description est appelé « représentations partagées », correspondant ainsi à la présence de réseaux neuronaux fonctionnels communs.

A ce stade, la personne n'est pas encore consciente d'être le sujet de l'action (pas d'attribution d'agent de l'action) : l'équipe lyonnaise parle d'« intentions neutres » (« naked intentions »).

C'est lors de la deuxième étape cognitive qu'un agent est attribué à l'action ; attribution qui est effectuée grâce à l'intégration sensori-motrice de l'action, et repose sur un processus cognitif, appelé « who system ».

Selon Jeannerod (2004) et son équipe, c'est cette deuxième étape qui est perturbée chez le patient. Nous assistons à un déficit de l'anticipation des conséquences motrices de leurs actions, notamment dans leur intégration temporelle fine. Ce défaut d'anticipation induit alors une attribution erronée de l'initiateur de l'action. (Cermolacce, 2009).

e- Le modèle de Parme

L'équipe de Parme, Rizzolatti, Gallese et leurs collaborateurs, s'appuie sur le modèle des « neurones miroirs » et met en évidence la présence d'une activation de neurones classiquement décrits comme purement moteurs, lors de l'observation d'une action. Ces neurones sont donc impliqués à la fois dans l'exécution que dans l'observation d'une action intentionnelle, cohérente, dirigée vers un but. Ces neurones décrits sous l'appellation de neurones miroir (NM) correspondent à l'aire prémotrice F5, ainsi qu'au cortex pariétal postérieur. (Cermolacce, 2009).

Les recherches ont permis d'élargir la notion de NM, on distingue :

- Les NM « Communicatifs », c'est-à-dire spécifiquement impliqués pour des mouvements faciaux, notamment buccaux.
- Les NM « Audiovisuels », c'est-à-dire impliqués lors d'observation visuelle d'une action, mais aussi à l'écoute du son produit par cette même action.
- Les NM impliqués dans le domaine émotionnel, avec activation de réseaux corticaux lorsque les sujets éprouvent un sentiment de dégoût et qu'ils sont en train d'observer des attitudes faciales de dégoût.

« Pour Gallese, ces activations neuronales reposeraient sur des processus fonctionnels représentationnels, automatiques et tacites. Et la base neurophysiologique de ces processus dépendrait de systèmes sensorimoteurs intégrés préréflexifs. En jeu au cours d'un acte intentionnel moteur, d'une émotion ou d'une perception, ils permettraient de ressentir par simulation corporelle ce que ressentirait autrui » (Cermolacce, 2009).

Les sujets schizophrènes présenteraient un dysfonctionnement de ces NM, en restant alors à des réflexes stéréotypés mal adaptés aux situations et événements auxquels ils doivent faire face. Les symptômes négatifs correspondraient à un défaut de résonance émotionnelle aux émotions manifestées sur le visage d'autrui, déterminé par un manque dans le système des neurones miroirs préfrontaux.

En conclusion, ces modèles permettent d'avoir une autre lecture des difficultés que rencontre le patient dans l'appréhension et la perception de ses délires et hallucinations. Ils permettent par ailleurs de mieux cibler les interventions, et les réponses médicamenteuses.

II-1-2- La schizophrénie

Le terme de schizophrénie schizein = fendre et phrên = esprit, littéralement esprit fendu, a été amené par le psychiatre zurichois Bleuler en 1911. Elle est décrite comme une démence précoce qui survient à l'adolescence, se caractérisant par une perte de l'unité psychique. En autres termes, il y a une absence de lien, de coordination, de communication entre pensées et émotions, entre corps et esprit.

Le phénomène qui caractérise cela est la dissociation ou scission - la spaltung- comme une perte de la capacité à filtrer les informations internes et externes et d'intégrer les données de la vie psychique en un tout cohérent. L'harmonie et la cohésion intérieures sont perdues, les productions psychiques sont isolées les unes des autres et sont indépendantes du contexte de leur apparition qui se donne à voir par le caractère d'ambivalence, de bizarrerie, d'impénétrabilité et de détachement du réel du sujet. Autrement dit, la vie psychique est découpée, isolant entre eux différents domaines de la pensée, de l'affectivité et du comportement.

Nous distinguons :

- la dissociation de la pensée : les fonctions cognitives, lorsqu'il n'y pas de déficiences intellectuelles avérées, sont préservées mais inaccessibles et inopérantes du fait de la prédominance des phénomènes dissociatifs et pathogènes, qui isolent les fonctions entre elles et attaquent les liens. Les capacités d'attention et de mémorisation sont affectées, variables et sélectives selon les sujets. La pensée de la personne qui souffre de schizophrénie n'a pas de logique apparente. Elle passe pour décousue, inaccessible, farfelue, incompréhensible, tout en étant ralentie, accélérée ou arrêtée. Le cours et le contenu de pensée, sont à caractériser; chaque sujet ayant un rapport particulier au langage : « dans la schizophrénie, selon Freud, la différenciation entre les représentations de mots et représentation de choses est mise à mal en raison de la façon dont le schizophrène traite les mots comme des choses. Se pose alors ici la question d'un échec de la fonction d'abstraction et de l'étroitesse voire de l'impossibilité d'accès à la polysémie du langage. Lorsque les mots peuvent être pris pour de choses, ils sont alors susceptibles de devenir magiques ou terrifiants. Un tel « traitement est pour Freud constitutif des formations délirantes dans la schizophrénie » (Chabert, 2010). La pensée par image est assez fréquente, avec une tonalité affective et pulsionnelle propre au sujet qui l'exprime.

- la dissociation des affects : la vie affective est elle aussi désorganisée avec une incohérence, un détachement et une étrangeté des sentiments et des émotions. Du fait du manque de cohésion et de mentalisation des affects, le sujet est emporté dans des phénomènes impulsifs de colères tristes, rires immotivés ou des attitudes archaïques violentes. Sur un plan psychiatrique « l'affectivité des schizophrènes est placée sous le signe de la discordance qui est à l'affect ce que la dissociation est à la pensée. Toutefois, l'intime intrication de ces deux formes d'altérations est évidente de sorte que l'une ne s'exprime pas sans l'autre. Et indique les caractères généraux de la discordance comme étant l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité et le détachement » (Chabert, 2010).
- La dissociation psychomotrice, où s'observe une discordance entre les mimiques et l'expression verbales d'une émotion. Le sujet présente des conduites contradictoires, des incohérences vestimentaires, des comportements négativistes et répétitifs. Le négativisme peut se marquer par une inertie comme la clinophilie et la claustration, par des refus divers au niveau alimentaire, hygiéniste, et des attitudes de résistances et d'opposition.

Ainsi sous l'effet de la dissociation, l'intelligence, l'affectivité, la pensée, la vie relationnelle, l'appréhension du réel, le dynamisme vital, l'appréhension corporelle sont touchés.

Cela amène le vécu d'une crainte terrible de perdre l'intégrité psychique et physique.

II-1-3- Le vécu du sujet psychotique

En effet, au niveau psychique, comme la pensée se désorganise sous l'effet de la dissociation, avec des hallucinations et/ou délires et parfois, des automatismes mentaux où la pensée est volée, dérobée, soustraite, soumise à des phénomènes d'écho de la pensée, de brouhahas parasites.... le sujet perçoit bien l'étrangeté et l'inconfort de son être.

Suivant la nature des perceptions et leurs contenus, un vécu persécutif et intrusif, avec la perte de contrôle des affects, des choses du dedans et du dehors, peut se déployer même si le sujet a conscience, dans des moments de lucidité, qu'il hallucine, ou délire.

Au niveau corporel, des craintes sont ressenties à l'endroit du corps. Celui-ci est perçu comme étranger, bizarre, et différent. Le vécu est celui d'une confusion et d'un morcellement corporel, avec

des limites imprécises, déformées, fragiles voire inexistantes. Le sujet qui souffre de schizophrénie, à l'impression d'être incorporée par l'autre. Il différencie mal le soi du non soi, les bonnes des mauvaises parties de soi, le bon du mauvais objet, la réalité interne de l'externe. Il a du mal à se comprendre et ne peut se fier à lui même, tout comme il a du mal à comprendre l'autre et ne peut se fier à lui. Et, paradoxalement, il a besoin de l'autre pour exister, pour lui faire éprouver ce qu'il ne peut éprouver, pour le faire porter les mouvements projectifs et identificatoires nécessaires à son évolution.

Ces bases théoriques ainsi posées, permettent de comprendre que dans la psychose, il existe des expériences imaginaires et perceptives particulières, modifiant ainsi la conscience de la réalité du sujet. Le cerveau se crée une réalité qui n'existe que pour le patient qui la vit de manière immédiate et qui s'impose à lui. Dans ce contexte singulier d'une réalité différente et non partagée, comment l'hypnose, définie comme une modification de l'état de conscience peut-elle s'appliquer chez quelqu'un dont l'état de conscience est déjà modifié, par des processus pathogènes.

II-2- Psychose et hypnose

II-2-1- Hypnose du point de vue des neurosciences

Les études en neuro-science ont démontré que tout le monde est « hypnotisable » à des degrés divers. Chacun y est sensible et cela évolue tout au long de la vie, et se module en fonction de divers facteurs comme l'entraînement à la relaxation, à l'auto-hypnose ou en fonction des variables psychosociales. Il apparaît cependant que pour les personnes qui présentent des troubles attentionnels et/ou exécutifs, l'hypnose serait applicable plus particulièrement chez ceux dont le profil de fonctionnement cognitif est hypofrontal : « plus un sujet est impulsif, moins ses capacités d'inhibition sont importantes et plus sa sensibilité à la suggestion est importante. En d'autres termes, l'hypnose serait applicable à minima chez des patients présentant des atteintes exécutives et/ou attentionnelles légères ou modérées. Dans le cas d'atteintes plus lourdes, comme chez certains patients atteints de pathologies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer, démences fronto-temporales, etc.), les difficultés de ces patients à focaliser durablement leur attention ainsi que les troubles comportementaux et communicationnels qui caractérisent l'évolution de la démence peuvent rendre l'utilisation de l'hypnose plus difficile » (Coutté, Bioy, 2014).

A l'écoute des suggestions verbales, le cerveau de celui qui entre dans le processus hypnotique, réagit de manière spécifique. Des modifications de l'intensité de l'activité neuronale sont ainsi observées produisant des effets, que mettent en exergue les moyens radiologiques.

Les zones du cerveau concernées sont :

- Le cortex somatosensoriel.
- Le cortex cingulaire antérieur, connu pour son implication dans les processus douloureux, lorsque son activité métabolique augmente.
- Les lobes préfrontaux.
- Le cervelet.
- Les aires corticales occipitales/cortex visuels.

Selon Becchio (2014), à la phase d'activation complète, le phénomène neurologique de la synesthésie est au centre de l'action hypnotique : « ce mode de fonctionnement particulier du cerveau lui

permet d'augmenter ses compétences pour la résolution des problèmes en créant de nouveaux liens actifs reliant ses différentes parties. Ainsi, le Pr Amir Raz, neurologue canadien, a démontré que l'activation du processus hypnotique favorisait la prise de bonne décision. L'équipe de neurologie du CHU de Liège a constaté que l'hypnose augmentait les capacités de remémoration d'événements récents ou anciens, cela en relation avec l'amélioration de la connectivité cérébrale interneuronale. »

Suivant les zones concernées, durant l'hypnose, le cerveau est soumis à une augmentation ou une diminution du flux sanguin, qui touche les circuits neuronaux responsables de la détente et de l'absorption de l'attention (Bioy, 2014). Pour la relaxation, s'observe une baisse de l'activité des neurones cholinergiques, de ceux situés dans le tronc cérébral et qui sont impliqués également dans le processus d'éveil Halsband, 2006, Rainville et al., 2002, cités par Berghmans, Traquions (2009).

La neurophysiologie a permis de mettre en lumière que lorsque le sujet est en train d'imaginer de faire quelque chose, le cerveau réagit comme si c'est la réalité, comme si la personne fait et ressent, comme si le stimulus était effectivement là « la psyché berne le cerveau » (Bioy, 2014).

II-2-2- Revue de la question de l'hypnose appliquée à la psychose

II-2-1-1- Naissance de la psychopathologie à la lumière de l'hypnose :

Aux origines de la psychopathologie, les maladies étaient considérées comme des phénomènes inexplicables ; la maladie mentale étant une de ces manifestations anormales.

Pour comprendre la genèse de ses maladies, des causes extérieures empiriques ou des influences malveillantes d'un être humain ou surnaturel sont avancées. Cette pensée magique et irrationnelle face à la maladie se retrouve chez les personnes confrontées à des phénomènes qu'elles ne peuvent expérimenter (Beauchesne, 1986) et comprendre.

Le sens est basé sur des croyances culturelles, et « pour faire face aux forces mystérieuses de ce monde animiste, les hommes tentent de se les concilier ou de les maîtriser par des pratiques magiques ou religieuses utilisant des moyens psychologiques tels que la suggestion, la confession, la supplication, l'intimidation, la corruption, ou des pratiques rituelles et magiques. »

Ces pratiques sont confiées à un homme à qui on attribue le pouvoir d'une relation avec les esprits, sorcier, guérisseur ou prêtre (Beauchesne, 1986).

Dans le monde occidental, depuis Hippocrate jusqu'au XIX^{ème} siècle, la conception médico-philosophique permet de comprendre les phénomènes morbides par le repérage et l'observation de façon systématique, à partir d'une conception philosophique du monde. La maladie mentale entre alors soit dans le cadre général des maladies, soit dans celui de la magie ou de la religion. Par la suite, les travaux issus de l'Antiquité Grecque avec Hippocrate, introduisent la raison, qui exclut toute magie, toutes forces divines et surnaturelles.

Se façonne alors une clinique du regard qui « considère ce qui est saisissable par l'intermédiaire de la vue et du toucher et de l'ouïe et du nez et de la langue et de la pensée, ce que l'on peut parvenir à discerner par tous les moyens qui sont à notre disposition » (Beauchesne, 1986). Les maladies sont ainsi classées et ordonnées.

Franz Mesmer (1734-1815), qui développe sa pratique sur le déclenchement de crises d'agitations thérapeutiques, est présenté comme l'ancêtre de l'hypnose (Bioy, Michaux 2007). Il crée alors le magnétisme animal, en supposant « qu'il existe un fluide dans les corps animaux, dont les propriétés peuvent être comparées aux propriétés électriques de l'aimant. Après avoir utilisé l'imposition d'un aimant sur les malades, Mesmer prétend guérir par simple attouchement, du fait croyait-il, de propriétés magnétiques de chaque corps » (Beauchesne, 1986). Il montre ainsi le rôle curatif des crises qui permettent de décharger les tensions ainsi que les propriétés anesthésiques de l'hypnose.

Puysegur, disciple de Mesmer, quant à lui, insiste, sur la possibilité de communiquer verbalement avec la personne pendant les crises qualifiées encore de « magnétiques », lors des suggestions hypnotiques : ce sont là les premiers usages de l'hypnose, dans les soins.

A. Liebault (1823-1904) prend la suite en envisageant l'importance des facteurs psychologiques dans l'hypnose par l'utilisation de la suggestion verbale dans un but thérapeutique. Pour lui, « l'hypnose ne diffère du sommeil que dans la façon dont elle est obtenue : suggestion, concentration sur l'idée du sommeil, relation avec l'hypnotiseur » (Beauchesne, 1986).

Dès les débuts de la psychiatrie, au XIX^{ème} siècle, le courant dérivé de Mesmer, est repris. L'hypnose, trouve place dans le champ des névroses. Freud, élève de Charcot en 1885, a par ailleurs débuté sa carrière en ayant recours à l'hypnose, pour étudier l'hystérie ; puis se consacre entièrement au transfert. Ses travaux s'orientent alors sur la relation transférentielle dans la thérapie analytique.

Dans le dictionnaire de la psychanalyse, de Chemama R. et Vandermersch B. (1995), le transfert est défini comme « lien s'instaurant de façon automatique et actuelle du patient à l'analyste, réactuali-

sant des signifiants qui ont supporté ses demandes d'amour dans l'enfance, et témoignant de ce que l'organisation subjective du sujet est commandée par un objet, appelé par J. Lacan *objet a*. »

Le transfert psychotique se définit par « la forme prise par le lien instauré dans la cure du patient psychotique à l'analyste. (..) »

Au XX^{ème} siècle, Erickson, fait de l'hypnose un outil thérapeutique de base. Sa pensée et pratique différent de ses prédécesseurs ; l'hypnose n'est pas que l'exécution de suggestions « mais aussi la découverte de potentialités enfouies dans l'inconscient. Il s'en sert pour mieux permettre aux patients de mieux utiliser leur apprentissage en laissant libre cours à leur créativité » (Samak, 2014). Cela suppose une réceptivité des personnes concernées, afin que l'hypnose puisse communiquer des idées et des compréhensions, motivant le patient dans le sens du changement souhaité.

Dans *Traité d'hypnothérapie* (Bioy, Michaux, 2007) « l'hypnose, quelle que soit la manière de la nommer, est du point de vue de la relation, un transfert. Dans toutes les techniques faisant appel à la dissociation et à la régression structurale, qu'il s'agisse de développement personnel ou de psychothérapie, voire de tradithérapie, il existe « un champ transférentiel » une dyade où objet et sujet se fondent. C'est à l'intérieur de cet alliance thérapeutique, en dehors de limites du réel, en dehors de l'espace temps conventionnel que se joue alors une restructuration psychologique. »

L'hypnose trouve son champs d'application dans plusieurs domaines, comme la douleur, l'anesthésie, les angoisses phobiques, le psycho-trauma, les troubles addictifs ... à partir du moment où le sujet est réceptif. Chez les personnes qui souffrent de psychose, pour qui la dissociation est un symptôme clinique central, « il est normal que la question des liens entre hypnose et ces troubles (psychotiques) se pose. Si ces patients ne sont globalement pas plus facilement hypnotisables que la population générale, pour autant la capacité d'hypnotisation est plutôt facteur de bon pronostic (Murray-Jobsis, 2001). A l'inverse, plus les troubles de la pensée sont importants, et moins l'hypnotisabilité est importante. Les études montrent également de façon claire que l'hypnose ne fait pas décompenser les troubles psychopathologiques dissociatifs déjà présents en plein ou en pointillé. »

Bonvin (2005) insiste également qu'il n'y a pas de contre indications à utiliser l'hypnose auprès des personnes qui souffrent de psychose, bien que la crainte reste encore présente aujourd'hui. Les psychiatres comme Miller, Moll, Forel ou Bernheim (cité par Bonvin) ont douté de la pertinence de l'usage de l'hypnose dans ce domaine de la clinique. Leurs travaux ont été prolongés par le courant nord américain de l'hypnose expérimentale. Ils ont cherché à déterminer le potentiel d'hypnotisabi

lité des personnes souffrant de psychose, à savoir si ce potentiel vient indiquer l'indication, à proprement parlée, de l'hypnose ou vient-il indiquer la gravité de la psychose elle-même ? D'autres voient dans l'hypnotisabilité « une fonction de régression adaptative à l'œuvre dans la psychose et servant de levier à l'hypnoanalyse » (Bonvin, 2005).

C'est avec Abrahms, en 1967, cité par Bonvin (2005), que la pertinence de l'usage de l'hypnose dans le traitement des personnes souffrant de psychose a pu être démontrée ; pertinence que l'auteur (Bonvin) a pu vérifier après plusieurs années d'expérience clinique concluante avec les personnes souffrant de psychose.

Sa démarche s'inscrit dans une « démarche thérapeutique d'orientation communautaire, intégrative/plurimodale et pluridisciplinaire visant l'apaisement de la souffrance, la prévention de rechutes et la réhabilitation sociale. (...) L'hypnose permet de développer un espace potentiel permettant l'expression d'une créativité thérapeutique qui trouve sa pertinence, tant chez le patient qui souffre de psychose que chez les soignants qui les accompagnent. »

Ainsi, l'hypnose n'est pas en soi une contre-indication dans la mesure où le clinicien possède une expérience auprès de ces patients, et en hypnose. Par contre, lorsque le trouble délirant est actif au point où les capacités relationnelles ne sont pas suffisantes, l'hypnose ne peut être proposée.

II-2-1-2- La dissociation hypnotique

La dissociation est un concept qui trouve ses débuts avec les travaux sur l'hystérie et l'hypnose, de Charcot, Janet et Freud. Charcot fait usage de l'hypnose pour explorer les traumatismes anciens des patients, non accessibles dans le champ de la conscience.

Pour Janet la dissociation mentale « serait le résultat de la misère psychologique, qui est un processus pathologique, probablement une pauvreté ou un déficit génétique de l'énergie mentale de base, permettant aux personnes saines de combiner les différentes fonctions mentales (sensations, mémoires, volontés) dans une structure psychologique stable, unifiée, sous contrôle conscient du moi. (...) la dissociation comme un déficit d'intégration d'un Moi trop faible, ou fragilisé suite à des traumatismes. Pour Freud, il s'agit d'un mécanisme de défense associé à la dissociation que l'on rencontre dans l'hystérie, ayant pour fonction d'aider le Moi fort de se protéger des expériences traumatiques (Lazignac et al. 2005).

L'évolution des travaux que rend compte Lazignac et *al.*, autour des troubles dissociatifs, met en garde l'utilisation de ce concept pour des phénomènes non dissociatifs, comme la mise en jeu de l'imaginaire. Des phénomènes comme le sentiment d'étrangeté, de rêve éveillé, la mise en jeu de l'imaginaire, ou un sens altéré du temps, représentent des altérations de la conscience comme étant des symptômes dissociatifs uniquement s'ils sont reliés à une expérience traumatique, mais pas s'ils s'accompagnent d'autres troubles mentaux. »

Ainsi comment faire la part des états altérés de conscience avec les symptômes dissociatifs, en sachant que l'hypnose travaille sur les états de conscience modifiés ? Comment aborder la dissociation propre à la schizophrénie dans ce contexte ?

L'article « approche thérapeutique des troubles dissociatifs » nous permet de faire un pas de plus :

« les psychothérapies psycho-dynamiques et l'hypnose sont citées comme étant les approches thérapeutiques les plus utilisées, alors que souvent il s'agit d'approches éclectiques avec un point de départ psycho-dynamique. Les approches psycho-dynamiques visent l'intégration de différentes personnalités, suite à un changement structural de personnalité, alors que le but de l'hypnose est souvent de calmer, contenir et renforcer le moi du patient, pour ensuite lui permettre d'affronter et de métaboliser ses mémoires traumatiques. La prise en compte des mécanismes de défense projectifs et dissociatifs des patients permet d'éviter, d'accepter la place transférentielle de « persécuteur, victime ou sauveur », à laquelle le thérapeute risque d'être mis. »

Au regard de ces éléments, l'hypnose appliquée aux personnes qui souffrent de psychose est possible lorsque la relation entre thérapeute/patient est de qualité et de confiance. L'ambiance relationnelle proposée, sa justesse, et sa contenance, contribue à ce que la souffrance soit accueillie, reconnue et entendue.

II-2-3- La relation thérapeutique et hypnotique

II-2-3-1- De la relation hypnotique à l'hypnothérapie

L'hypnose selon A. Bioy (2014) « n'est pas seulement un état de conscience modifiée, mais également de façon concomitante une forme de relation à l'autre (...) c'est bien de la dynamique relationnelle que l'hypnose tire sa dimension thérapeutique, par un travail autour des perceptions que cette relation permet. » Le thérapeute, règle ainsi sa posture en fonction de la personne qu'il a en face : il s'adapte à l'autre et à son monde interne. Il n'impose pas ses représentations, ses points de vue ni ses perceptions. Il accompagne le sujet dans la découverte de ses possibilités et de ses ressources, révélées, et mises au jour durant le lâcher-prise physique et mental qu'amène l'hypnose. Ce mode de présence fait que le patient est perçu tel qu'il est, au moment où il l'est, sans chercher à comprendre, à signifier ce qui se joue ou pas chez lui. C'est une expérience partagée de perceptions de ressentis singuliers et/ou communs.

L'état hypnotique ou transe hypnotique dans lequel est plongé le sujet est un état naturel de veille où la conscience est modifiée (Bioy, 2014). Quatre étapes sont nécessaires pour entrer en état d'hypnose -induction- (Bioy et *al.*, 2010) :

- La prise de contact : c'est un temps d'accordage, de synchronisation et de communication, avec le patient, sur ce qui va être fait, dit. C'est un temps pour sécuriser la relation.
- L'installation : on demande au patient de s'installer confortablement pour induire l'état de conscience modifiée.
- L'accompagnement, c'est la phase de travail, où le praticien maintient l'état de conscience modifié par des suggestions, des ratifications, des métaphores...
- le retour à l'état de conscience ordinaire : le patient est invité à revenir dans « l'ici et maintenant », et un débriefing sur son vécu est effectué.

Lorsque l'hypnose est à visée thérapeutique, on parle alors d'hypnothérapie. Durant la phase d'accompagnement, plusieurs techniques hypnotiques sont utilisées, tels que la dissociation, le rééquilibrage, les métaphores, les réifications.... Selon F. Roustang (1994) « ce n'est pas la montée en régime de l'imagination qui engendre l'hypnose, mais bien plutôt l'état hypnotique, la veille para

doxale, qui permet à l'imagination de se déployer pour transformer nos relations avec les êtres et les choses. On fait bien le lien qui existe entre hypnose et imagination, mais on n'a pas saisi que l'imagination n'était qu'un autre nom ou une autre manifestation de ce pouvoir inné d'ordonner notre monde. » C'est lors de l'induction hypnotique, que la perception ordinaire s'arrête, et se fixe par exemple sur un objet de l'environnement, qui suspend « les déterminations auxquelles nous sommes habitués concernant les choses et les êtres. Indétermination qui produit un moment de confusion. » C'est à partir de là que de nouvelles possibilités et que l'hallucination se produit, dont le but est « d'accéder à la potentialité en tant que telle, par delà la confusion et l'imagination » (Roustang, 1994).

II-2-3-2- La démarche psychothérapeutique

La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, ou tout autre problème qui amène une souffrance ou une détresse psychologique, que le sujet ne peut traiter seul. Elle a pour but de favoriser le changement du sujet, au niveau personnel et social. Elle consiste à résoudre les conflits intérieurs révélés par un symptôme, qui se répète, gêne, et fait souffrir le sujet qui vient s'en plaindre.

Elle se pratique dans un cadre précis et défini par le psychothérapeute, et s'appuie sur la parole, et la relation thérapeutique. Ainsi, la mise en mot du problème, des ressentis, du vécu, de l'histoire, ... adressée au psychothérapeute permet que se réactualisent les conflits inter et intra-psychiques, par le biais du transfert. Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique utilisent ainsi « le transfert, et cherchent à le mettre au clair, sans augmenter l'angoisse ni les défenses du malade, et tendent à éviter au patient de retomber sans cesse dans le cadre étroit de la relation d'échec à autrui, à lui permettre de découvrir peu à peu des solutions intra et inter-personnelles meilleures, plus adultes et plus indépendantes » (Bergeret, 1972).

La qualité de la relation est déterminante dans la psychothérapie, et elle ne va pas de soi, surtout lorsqu'il s'agit d'accueillir des personnes qui souffrent de psychose.

En effet, le psychothérapeute est dans une position où il doit être capable de s'adapter à l'imprévu, de ressentir ce que le sujet psychotique traduit dans son corps, de ressentir les sensations de malaise et d'inconfort, tout en gardant la posture d'observation et une distance psychique suffisante.

C'est une position où le psychologue sera dépourvu de toute intention, autre que celui de l'objectif visé. Le praticien est dépourvu de tout savoir préétabli, car selon les patients, cela peut être ressenti

comme persécuteur, intrusif et empêche le travail de mise en mot, de circulation et de libération de la parole, si ce n'est que renforcer l'angoisse.

Lorsque les patients offrent en pâture toute une symptomatologie destructrice ou nous assomment de demandes variées, c'est un cadre contenant, un mode de présence authentique et chaleureux, une position docile et prudente, une singularité assumée et vivante, dont ils ont besoin ; autant de facteurs qui favorisent la confiance et l'expression d'un dire, d'une émotion.

En tant que psychologue, dans l'approche des hallucinations, il ne s'agit pas d'élaborer autour du pourquoi ça crie, ça parle, ça chante, ça insulte, ça perturbe. C'est là tout simplement, et ça reste là. Il arrive que parfois, les patients ne cherchent pas à s'en débarrasser, ça vient en quelque sorte combler ce quelque chose qui manque pour pouvoir vivre avec les autres, ou cacher quelque chose d'encore plus déstructurant et destructeur. Ça fait souffrir ou ça fait vivre, ça rapproche comme ça éloigne de l'autre ; quoiqu'il en soit, c'est là, et l'adresse qui est faite au psychologue, la tonalité du discours et la force du regard, déterminent le travail/le lien -thérapeutique- qui se met en place.

Le travail psychothérapeutique ne consiste pas à chercher le sens apporté par le délire ou l'hallucination, car le risque est celui de renforcer la métaphore délirante et ainsi de perturber encore plus la relation au monde et à soi, plutôt que d'apaiser ou de pacifier le sujet dans ses relations aux autres. *Le sujet supposé savoir* de J. Lacan, n'a pas de place auprès de ces sujets, car ils détectent et réagissent presque immédiatement, dès que le praticien déballe ce qu'il sait.

Il s'agit de comprendre ce que le symptôme hallucinatoire et/ou délirant vient dire du conflit psychique, et la manière dont le sujet est inscrit dans la maladie et dans sa vie ; le but est « de ramener le patient à ce qui pour lui se joue avec tous les autres » (Grivois, 2007) en s'appuyant sur ses ressources et ses capacités créatrices. Il s'agit également de travailler sur l'estime de soi, en renforçant le moi dans ses rapports aux autres et à soi, en valorisant chaque effort, chaque changement, chaque qualité...

La technique hypnotique, permet ainsi au psychothérapeute, d'accéder plus facilement à une compréhension intuitive et sensorielle du sujet, facilitant ainsi l'accès à ses ressources internes, pour une co-construction dynamique. Le mode de présence et de relation proposé par le psychologue est une condition préalable au travail psychothérapeutique d'autant plus qu'il se ré-actualise suivant le cheminement et l'évolution du patient.

II-3- Problématique

Psychologue clinicienne, nous travaillons dans un foyer qui accueille et héberge des adultes qui souffrent de pathologies psychiatriques et organiques. Un accompagnement médical, psychiatrique, socio-éducatif et psychologique leur est proposé au quotidien.

Nous effectuons, dans le cadre de suivis psychologiques, des psychothérapies d'inspiration psychanalytique, tout en intégrant divers supports et techniques, découverts au fur et à mesure de notre pratique, nos formations, nos lectures et nos rencontres.

Le foyer n'est ni un lieu de passage, ni un lieu d'accueil en urgence, ni un lieu de consultation, c'est un lieu de vie, qui se veut d'être accueillant où chacun vit et construit sa vie, grâce à l'étayage institutionnel. Les personnes qui vivent dans ce lieu, s'appellent « résidents ».

Travailler quotidiennement auprès de ces sujets qui souffrent de psychose et plus particulièrement de schizophrénie, confronte la psychologue à leurs plaintes, et éprouvés douloureux, adressés ou pas. C'est pourquoi une réflexion de la part de la psychologue sur son cadre, sur ses positionnements et sur la dynamique relationnelle a été menée au préalable. A savoir : comment offrir, à chacun, un lieu, un espace, un temps pour vivre, pour éprouver, pour dire les expériences traversées et vécues, dans le corps et dans l'esprit?

La rencontre est ainsi une rencontre particulière d'une offre de parole.

Or, la tendance du résident, est, une fois la curiosité des premiers instants de la rencontre dépassée, de rejeter l'offre. L'entrée en relation, peut ainsi prendre des mois voire des années. Une fois que la relation, est en place, permanente, sécurisante et contenante, la psychothérapie proprement dite peut commencer, et user de ses techniques, selon l'objectif visé.

Cette relation préalable de qualité, qualifiée par un certain nombre de représentations et de perceptions, est nécessaire pour que le processus hypnotique puisse s'installer.

Le sujet vit alors une nouvelle expérience relationnelle que nous proposons de qualifier/identifier au travers de situations cliniques choisies pour les besoins de la recherche.

Notre mémoire consiste à étudier cette expérience procurée par l'hypnose, à la repérer et à l'inscrire dans le dispositif thérapeutique préexistant.

Nous posons l'hypothèse que l'hypnose, dans sa visée thérapeutique :

- en plus d'apporter de la relaxation, amène le patient à trouver un soulagement et une compréhension plus fine de ce qui lui arrive ;
- permet éventuellement que le patient change son regard sur lui et ses émotions en les traversant autrement et de faire preuve « d'empathie » vis-à-vis de lui même ;
- est un support auquel le patient peut se référer, par le biais de l'auto-hypnose.

En effet, le vécu du sujet qui souffre de schizophrénie, est tel qu'il cherche à rejeter tout ce qui lui semble être à l'origine de cette souffrance (les hallucinations visuelles, les perceptions erronées, le morcellement corporel, les mots des autres...) plutôt que de les confronter et de les intégrer, au niveau psychique, en s'appuyant sur ses ressources intellectuelles, relationnelles, et corporelles.

Le rejet est effectivement, le premier réflexe du patient, dans une tentative de mettre à distance quelque chose qui l'anéantit.

Le constat que nous pouvons faire c'est qu'il ne peut seul, sans un étayage relationnel, avoir accès à ses ressources pour les mobiliser et l'aider à faire avec à sa souffrance. La relation et l'espace transférentiel proposés permet à ce que soient dépassées les fixations pathogènes et que se développe un sentiment d'eux mêmes plus sain.

En effet, chez le sujet qui souffre de schizophrénie, il y a un tiraillement entre leur identité propre, et leur être -malade-. Autrement dit, l'identité n'est pas perturbée en tant que tel, c'est dans le rapport aux autres, dans les relations qui s'instaurent et le lien social en place que l'identité propre bute. Pour le sujet, c'est la question du miroir, de l'identification projective qui se pose : comment se retrouver parmi des autres -semblables-, alors qu'ils n'ont pas en eux les coordonnées existentielles permettant de faire/connaitre l'expérience du monde chaotique du sujet, dont les repères psychiques sont invraisemblables.

Pour résumer :

Notre question est de savoir dans quelle mesure l'hypnose comme méthode complémentaire, peut s'envisager comme un processus dynamique et thérapeutique, et également comme un support auquel le sujet qui souffre de schizophrénie peut se référer sans que le thérapeute soit présent, physiquement (autohypnose).

III- Méthodologie de la recherche

III-1- Description de la population des patients

Au foyer, les personnes accueillies souffrent de pathologies psychiatriques associées, et nécessitent des accompagnements éducatifs et médico-psychologiques au quotidien.

L'équipe interdisciplinaire qui travaille auprès du résidant, envisage, non pas à lui faire prendre conscience de ses limites et déficiences, mais plutôt ses ressources disponibles et ses possibilités. Il est recherché une forme de dépassement du handicap, d'engagement dans une vie satisfaisante et dotée de sens. Le projet thérapeutique du foyer permet au résident de préserver une vie de qualité dans ses relations, son appréhension du monde environnant et la perception de son handicap.

Les deux patients choisis pour les besoins de l'étude sont :

Mademoiselle S., 29 ans, qui vit au foyer depuis quelques années. Elle est en psychothérapie avec nous depuis 2008. Elle souffre de troubles neuro-psychomoteurs et cognitifs séquelles d'une méningite néo-natale et d'une épilepsie traitée et stabilisée en 2013. La pathologie psychiatrique diagnostiquée est celle d'une schizophrénie paranoïde, traitée par des neuroleptiques quotidiens, ainsi que des injections tous les mois. Nous la rencontrons une fois par semaine, depuis 2008, et parfois plus selon son état.

Monsieur M., 58 ans, qui souffre de schizophrénie paranoïde et vit au foyer depuis plus de 10 ans, traitée par plusieurs neuroleptiques, quotidiens et retard. Le suivi psychologique a débuté en 2008 et s'est terminé en janvier 2015, suite au relai effectué au stagiaire psychologue. A la fin du stage de celui-ci, début aout 2015, nous avons repris le suivi.

III-2- Présentation du cadre de la rencontre

Pour permettre la rencontre et faciliter l'expression, les entretiens se déroulent selon un cadre précis, en lien avec le projet de soin et psychologique de l'établissement.

Ce cadre s'inspire de la psychanalyse appliquée, formation de base de la psychologue, et garantit le repérage spatio-temporel, la continuité, la confidentialité, le droit de dire par des associations libres, et d'exprimer les émotions et ressentis.

Pour les résidents du foyer, les premiers entretiens, ont permis à ce que ce cadre soit posé, parlé, discuté pour des éventuels réajustements et réaménagements. La question de la confidentialité des paroles et des écrits a été systématiquement abordée par les résidents.

Une fois le cadre intériorisé, le travail psychothérapeutique a pu commencer.

Le cadre de la psychologue, pensé en amont, garantit une continuité, une contenance et une présence rassurante, et se décline suivant les modalités suivantes :

- Les entretiens ont lieu une fois par semaine, entre 5' et 30', rarement au delà, dans le bureau de la psychologue.
- La pièce où se déroule les entretiens propose deux espaces clairement repérables et identifiés par les résidents. La disposition du mobilier prend en considération les difficultés relationnelles et la dimension interprétative et perceptive de chacun, créant ainsi un espace bureau et un espace salon, avec deux fauteuils confortables et mobiles. Ces deux espaces ont été pensés afin que le résident puisse choisir, en fonction de son état d'agitation et d'anxiété, la place qui lui convient. L'idée est que chacun puisse doser la relation et le regard/la présence de la psychologue, plutôt que de refuser la situation d'entretien et de mise en mots.
- Le rapport contractuel, est celui que pose le projet personnalisé, qui se construit à partir des demandes et besoins du résident. Il arrive que le résident vienne spontanément sans que cela fasse l'objet d'une formalisation dans son projet personnalisé. Les rendez-vous sont donc programmés et lorsque le résident refuse de venir car il le décide, son créneau est maintenu. Ainsi dans le temps qui lui était consacré, nous ne rencontrons aucun autre résident, ni le suivant. Il est informé que ça reste vacant, et disponible pour lui, et que durant son absence, nous travaillons

autrement, pour lui. Assez souvent, ils restent à proximité, faisant des vas et vient, comme pour veiller si sa place, son créneau est gardé.

- les interventions se font sur le mode verbal et écrit. En effet, pour certains, la verbalisation s'accompagne d'écrits sur « le mur d'expression » (un pan de notre mur), sur l'ordinateur, l'i-phone, le cahier etc.... tel un écran où se projette leurs représentations (de la maladie, de leur histoire, de leur vie et du sens donné), où sont gravés et tracés les mots/maux forts et les directions que nous nous sommes donnés dans le cadre du suivi psychothérapeutique, que seuls nous sommes en mesure de comprendre. L'écoute proposée est une écoute analytique appliquée.
- il est garanti de la confidentialité des propos recueillis. Ils sont formalisés dans un dossier papier et/ou informatique, avec leur autorisation. Seuls les éléments recueillis autour des objectifs et axes de travail communs aux équipes, ceux notamment posés dans le projet personnalisé, sont partagés dans le plan de soin informatisé. Les autres axes soulevés, et les paroles ou vécus de résidents sont consignés dans un dossier papier, rangé dans un placard à clé, à la disposition de la psychologue et du résident.
- la psychologue observe les règles d'abstinence et de neutralité, dans le respect des règles institutionnelles et du code de déontologie des psychologues.
- la porte durant les entretiens reste fermée. Elle indique aux résidents la nature des échanges et la dimension privée et intime des élaborations. Pour les entretiens non programmés, parfois, elle reste ouverte : les résidents « nous tiennent compagnie » ou conversent avec légèreté sur des sujets divers.

Un autre cadre d'entretien leur est proposé quand ils sont en proie à des angoisses saisissantes, ou au contraire lorsqu'ils sont dans une oisiveté institutionnelle, et que le besoin de se poser, se rassurer, s'apaiser, se reposer, s'isoler se fait ressentir. Suivant l'intensité du mal être, un créneau rapide leur est proposé.

Enfin, lorsque la porte est ouverte, chacun peut venir s'asseoir en notre présence, sans qu'il y ait pour autant de travail actif de pensée et de parole. Souvent, il s'y passe des choses très intéressantes, d'un après-coup de nos entretiens programmés.

III-3- Présentation des patients et de leurs demandes

III-3-1- Mademoiselle S.

Sa demande : notre arrivée au foyer a fait événement pour elle, car elle peut se vanter auprès des autres résidents qu'elle nous connaît déjà, ce qui la met d'emblée dans une position privilégiée par rapport aux autres. En effet, nous l'avons rencontrée pour un court suivi en CMP, un an auparavant. En grande souffrance, elle craignait d'agresser l'autre et de se faire mal, plus particulièrement la nuit. Elle dit ne pas dormir, que ses nuits sont agitées par des phases de réveil suffoquant, où elle a l'impression que sa voisine de chambre va se mettre à l'étrangler, ou bien, au contraire, qu'elle va agresser sa voisine, ou elle-même. C'est ce phénomène qui la pousse à venir en parler, d'abord en CMP, puis au foyer.

Analyse de la demande : Cette plainte telle qu'elle ramène est qualifiée de cauchemar, au début de la psychothérapie. Petit à petit, le travail a permis qu'il soit identifié comme étant, des hallucinations acoustico-verbales et visuelles qui surviennent lorsqu'elle se sent en insécurité dans sa relation à l'Autre, ou lorsque sa famille fait défaut. Elle dit qu'elle n'entendait pas de voix à l'époque, que c'est venu après l'agression, qu'elles ont causées son épilepsie. Et lorsqu'elle entend ces voix, ça la met en crise de nerf, et elle voit ses agresseurs devant elle, comme s'ils étaient là.

Ces hallucinations, dans sa tête, prennent la forme de personnages tels que son père et ses frères, ceux-là même qui ont abusé d'elle sexuellement, lorsqu'elle était adolescente. Elle les entend l'insulter : « ils me traitent comme un chien, et, me disent de m'étrangler ». Elle vit en permanence dans la peur que ça se reproduise, et qu'ils viennent la chercher. Le souvenir et le vécu qu'elle amène s'actualisent dans le temps de la psychothérapie sous forme de réminiscence et reviviscence.

Autrement dit :

- Son corps dans sa forme, porte les traces de l'agression, comme les cicatrices de sa fesse qu'elle montre. Sa surface est trouée, discontinue, volumineuse (elle est en surpoids). Les parties le composant se dissocient par une coupure entre le haut et le bas, révélant ainsi une image du corps trouée, découpée et difforme.
- Son corps dans son contenu, condense des hallucinations, des pulsions destructrices, des mouvements ambivalents d'amour et de haine, des sensations de dégouts et d'étrangeté, des malaises allant jusqu'à la chute, des douleurs plus ou moins circonscrites. Ces chutes selon le corps médical sont causées par son épilepsie.

Ceci refait surface, dans son quotidien, à chaque fois que quelqu'un lui manque de respect, l'insulte ou bien lorsqu'elle croit être insultée (interprétation et hallucination) ou être victime de gestes intrusifs qualifiés de sexuels. C'est une résidante, qui, n'accepte pas d'être touchée, les soins d'hygiène sont autant que possible évités. Cela arrive aussi quand l'institution est trop exigeante par ses demandes de soin et de participation aux activités, alors que, ce qu'elle veut, c'est d'aller en famille, d'aller vivre avec sa famille.

Mlle S. est très angoissée quand elle se re-trouve objet de jouissance de l'Autre, instrumentalisée ou sous l'injonction de. L'insécurité qui se traduit est similaire au vécu traumatique, dans la position d'avoir été abusée, d'avoir été à la merci de l'autre, d'avoir été objet de plaisir et de désir de l'autre. Au foyer, elle se dérobe face aux demandes insistantes de l'autre, elle s'oppose fermement, au point de négliger ses soins corporels, et de fuir toute activité même celles qu'elle a demandées.

Lorsque l'Autre est trop insistant, pour s'en défaire, elle produit du délire, de l'hallucination, tant au niveau de sa pensée que de son corps (morcellement et chute). Elle est donc méfiante, interprétative, persécutée ; elle scrute chacune de nos réactions, gestes et mimiques face à ses provocations ou révélations. Dans ses constructions délirantes, elle peut aller très loin, en accusant un professionnel d'attouchement pour ensuite formuler clairement, avec force et conviction, son souhait de porter plainte. Elle demande réparation et attend en regardant l'agitation que cela produit au niveau institutionnel.

Ceci étant dit, sa pensée est envahie par les images qu'elle a gardées en mémoire, images qui la transportent dans une temporalité où dedans et dehors, passé et présent se mélangent. Hier devient aujourd'hui, sans qu'il y ait de lendemain possible, son accablement la ramène à sa condition de sujet emprisonné, figé dans les méandres de son mental.

En effet, elle reste mitigée quant à son avenir et devenir, elle veut qu'on « la laisse tranquille ». « on » ce sont les voix, le drame, son passé.

Durant deux ans de thérapie : les premiers mois ont fait l'objet d'un travail autour des identifications projectives intrusives, réactualisés dans le cadre du transfert. Elle a cherché à mettre en faillite le lien et le cadre, en nous rendant responsable de son mal être, en nous qualifiant de « mauvaise psychologue », en croyant nous mettre en colère et en quittant le bureau en furie (passage à l'acte). Nous avons accueilli, contenu, et transformé ses mouvements, en quelque chose d'acceptable et d'assimilable pour elle. Il s'agissait par ailleurs de lui assurer de la permanence de notre être, de notre identité, de notre fonction. Elle a mis en jeu par le biais du transfert, ici les relations à la mère, elle dira plus tard « c'est comme si tu es ma mère. »

Une fois le cadre assuré, elle déploie l'expérience traumatique non intégrée, car, pour Mlle S., sa vie a basculé à ce moment là. A cette époque, elle était accueillie en institution médico-pédagogique à temps partiel, et, elle avait confié le viol à l'équipe éducative qui a fait les signalements auprès des instances compétentes. La famille s'est alors éclatée.

Mlle S. verbalise qu'elle est doublement victime. A savoir qu'elle a été maltraitée et également isolée/punie de tous, condamnée à être enfermée dans un foyer, sans avenir. Elle assiste à une perte brutale de son identité : elle ne peut être la fille de son père incestueux, ni de sa mère complice.

Le travail psychothérapeutique qui suit a consisté à l'aider « à intégrer » cette partie de sa vie, notamment celle de la lignée des hommes, pour pouvoir s'investir dans celle qui se présente à elle au foyer. Or, Mlle S souhaite renouer avec sa mère et ses sœurs, la lignée des femmes, et, renouer avec elles la ramenait systématiquement à la violence subie. En effet, elle reproche à sa mère de ne pas l'avoir protégée, d'avoir quelque part été complice du « crime » du père et des frères. Elle a des comptes à régler dit-elle ! Elle situe bien l'injonction paradoxale dans laquelle elle se trouve. Comment aimer et détester à la fois quelqu'un ? Car, pour Mlle S. c'est soit l'un, soit l'autre.

L'oubli lui semble alors pas si facile, car elle est rattrapée par ses pensées et ses images. C'est alors que nous avons pu travailler le lien avec le parrain, et c'est à partir de ses visites que nous avons pu aborder ensemble les sentiments ambivalents qu'elle éprouvait pour sa mère et pour son père. Nous les avons classés et ordonnés.

Elle a pu alors investir sa famille, même si elle était toujours sous la menace d'un effondrement, même si son avenir reste figé, à ses yeux.

Nos interventions se sont construites, au regard des (en)jeux relationnels, à partir du transfert entre la résidente et nous-même, suivant les moments de la thérapie. Ainsi, comme l'amène C. Chaperot et J. Couture (2007) dans « *travail analytique, transfert, et maniement du transfert dans la cure des personnes diagnostiquées « psychose » ou « schizophrénie »* », nous nous sommes appuyée sur le discours de la résidente en ayant en tête le découpage du transfert en trois dimensions :

- le « transfert imaginaire » : « qui correspond au transfert d'images, de personnages de la prime enfance sur le personnage de l'analyste, l'analysant répétant ainsi un type relationnel issu de la réalité et du fantasme ». Chez les personnes qui souffrent de psychose, ce ne sont pas les personnages et les images affectivement investies qui sont projetés sur l'analyste, mais leurs fonctions. Pour Mlle S., par exemple, nous avons eu à occuper la fonction de la mère « tu es comme une mère » tout en éprouvant ce qu'elle ne peut éprouver, pour transformer les mouvements d'agressivités et d'agressions dédiées.

- le « transfert symbolique », qui fait appel à une construction de savoir qui est supposé à l'analyste. « Je peux te poser une question ? » dit-elle souvent quand elle en appelle à notre savoir sur notre champ d'expertise, sur la vie, l'existence en général, ou tout simplement pour recueillir des informations sur notre vie personnelle.
- le « transfert réel » qui correspond à ce mouvement vers une butée du sens, vers l'arrêt du discours, que Freud nomme le « roc de la castration ». L'introduction de l'humour (elle y est sensible) a aidé à décaler « une jument ! Ah bon ? et pourquoi pas un cochon ? Un cochon c'est plus gros qu'une jument après tout ! » ou, de jeux autour des signifiants et signifiés « grosse patate ? ah bon ? lesquelles ? patate douce, patate chouchou ?... »

Tantôt docile, tantôt inflexible dans nos positions et interventions, notre cadre ainsi posé a permis une sécurisation et une mise en confiance, facilitant ainsi tout le travail de limitation de jouissance qu'effectue « l'analyste dans une fonction régulatrice de la vie pulsionnelle, de la jouissance, en se trouvant mis en place d'indicateur de la limite ». Cette fonction fait référence à la posture « Nom du Père », comme celle « d'autorité rationnelle » (terme de Fromm-Reichmann, 1999).

C'est alors qu'à l'issue d'une période d'agitation extrême avec répétition de l'histoire de son viol, et reformulation à tout le monde de son désir de porter plainte, nous lui avons renvoyé avec autorité bienveillante « Mlle S. vous allez une bonne fois pour toute mettre dans une boîte cette partie de votre histoire qui ne cesse de venir, par brides, dans votre quotidien. Elle vous freine et vous empêche de réaliser ce que vous demandez chaque jour. Vous avez été violée, c'est inadmissible. Vous avez porté plainte, ça été classé sans suite, et vous n'êtes pas d'accord. Vous avez le droit de ne pas être d'accord, mais c'est comme ça. Maintenant, que vous êtes au foyer, vous pouvez vivre encore comme si vous avez 16 ans, ou commencer à vivre vos 20 ans. »

Ce premier travail effectué a permis de mettre sous scellée « une bonne fois pour toute » cette partie de son histoire : le père perdu et misérable, le viol, la plainte auprès des instances judiciaires, le classement sans suite, et surtout le fait qu'elle n'est pas obligée, comme le véhicule la société, d'aimer son père biologique. Elle convient « c'est lui le fou, pas elle ».

A partir de ce moment de la thérapie, elle ne fait plus allusion à son histoire passée de manière aussi violente, à chaque nouveau professionnel ; lorsque les angoisses nocturnes ou les questions propres au viol apparaissent, systématiquement nous en parlons dans le cadre des entretiens. Les quatre ans qui suivent, permettent que nous l'accompagnions dans son projet de rapprochement familial, avec sa mère. Nous pouvons aborder ses douleurs corporelles, ses perceptions, et petit à petit, elle prend soin de son corps et de l'image qu'elle renvoie : elle fait un régime. Elle chemine, se détermine dans ses choix. Elle prend plaisir à parler, fait de l'humour.

En novembre 2014 et juin 2015, en quelques mois, sa tatie et le compagnon de sa mère décèdent, elle est très affectée. Elle se rend compte que sa mère peut aussi mourir subitement, qu'on lui cache des choses (ce fut le cas pour la maladie du « pti père »). Elle souhaite se rapprocher d'elle et profiter de chaque instant. Or, elle le sait, son « pti père » étant décédé, sa mère ne l'accueillera plus chez elle. Elle formule sa demande de quitter le foyer, pour se rapprocher voire vivre chez sa mère.

Les réponses négatives qui lui sont données, ne lui conviennent pas et elle orchestre elle-même son départ, en accusant un professionnel d'attouchement tout en formulant son impossibilité à pouvoir rester auprès de son agresseur. Une famille d'accueil lui est proposée, un passage à l'acte violent y mettra fin, la veille de son accueil définitif (synchronicité). Elle revient donc chez nous.

Mlle S., est en proie à des mouvements émotionnels difficiles à apaiser. Elle se sent à la fois victime et coupable, dans un rôle passif et actif, avec des sentiments dépressifs et exaltés. Elle est révoltée et résignée, elle fait « grève » : elle ne fait rien, excepté continuer son régime. En grande souffrance, elle a peur de s'en prendre à elle (elle se frappe, se mord) et elle demande des hospitalisations ainsi qu'un soulagement immédiat. Un suivi psychiatrique régulier est proposé, avec l'instauration d'un si besoin.

Les entretiens se font alors plus fréquents, « sa tête bloque » dit-elle. Nous effectuons alors nos premiers pas avec elle, d'abord autour de visualisation, vue que sa pensée est essentiellement imagée, ensuite autour de centration sur sa respiration tout en fermant les yeux ; cela sous forme de jeu, pour sonder sa capacité à se laisser porter par ma voix. Par la suite, nous avons fait des séances complètes pour traiter :

- le vécu d'angoisse fulgurante qui bloque sa tête, avec peur d'être dans le passage à l'acte ;
- la survenue des images de son passé, en lien avec la maltraitance paternelle.

III-3-2 Monsieur M.

Monsieur M. est en permanence harcelé par des voix, à l'intérieur de sa tête. Sa demande est une demande de soulagement de sa souffrance face « aux voix », qui l'invalident dans ses pensées et dans son quotidien. Monsieur M. va très mal.

Il trouve dans le bureau de la psychologue un refuge calme où il est en « paix ». C'est un espace lui permettant de s'isoler du groupe, du quotidien, du bruit des autres résidents et surtout de faire cesser pour un moment les voix « heureusement que tu m'as dit de venir, car j'aurais pétié un plomb avec les voix. De parler ça fait du bien, maintenant je ne les entends plus ». L'effet sédatif et anxiolytique est immédiat quand il vient, ce qui permet d'aborder sans peine le phénomène hallucinatoire.

Durant les entretiens, c'est lui qui aborde directement les méfaits et le symptôme de sa maladie : il souffre de schizophrénie et elle résulte d'une enfance malheureuse. Toujours selon lui, la maladie ne s'exprime que par des hallucinations auditives, qui vont et viennent et qui sont responsables de sa fatigue.

C'est un résident qui conserve un contact avec la réalité, malgré des délires de grandeur, mystique, avec étalage de fausses croyances (par exemple, Dieu prend 40 jours pour savoir qui va au paradis) et de récits scientifiques et fantastiques farfelus, sanglants et horribles. Il occupe parfois une position mégalomane : il a le don de guérir, de lire dans les pensées, de comprendre Dieu... Plus le délire se construit, plus les voix disparaissent, et c'est l'agitation corporelle qui prend place (mouvements brusques et désordonnés, agitation psycho-motrice...). Des délires, il ne s'en plaint pas puisqu'il a la conviction de leur réalité et d'une vérité inébranlable.

Le discours reste cependant compréhensible, malgré quelques passages du coq à l'âne. Le néologisme est une formule qu'il utilise beaucoup, comme « séruter » qui se définit comme avoir le don de lire sur les visages, « échophrénie » : le son répercuté dans l'esprit. Les mots ne sont pas arrêtés dans une signification commune et partagée (celle du dictionnaire) ; il est difficile de lui renvoyer quelque chose notamment quand il s'agit des signifiants « père », « schizophrénie » (qui est devenu échophrénie et ensuite maladie du cœur), « télépathie ».

Avec lui, nous ne nous arrêtons pas au sens des mots, ou de ce qu'il dit. Nous ne cherchons pas à lui faire signifier plus qu'il ne fait, les choses, les situations, les figures de style... car, il en produit davantage, jusqu'à ce qu'un délire apparaisse s'étoffant et s'enrichissant de ce qui a été dit. Nous ne cherchons pas non plus à supprimer l'hallucination, car, quand elle n'est pas là, il manque du manque de voix. Et, paradoxalement, lorsqu'il n'entend plus les voix, il a peur qu'elle revienne.

Nous le laissons raconter sans rajouter, arrêtant ses flots de parole en le centrant sur des écrits. Notre intervention se situe également auprès des professionnels, notamment dans ce qui lui est proposé en terme d'activité.

Parallèlement à cela, monsieur M. évolue au quotidien en se tenant informé des actualités, avec un penchant pour les faits divers sanglants, et une aisance à parler, raconter ce qu'il sait, ou ce qu'il a appris. La mort est un sujet qu'il aborde régulièrement et de manière crue, avec des tentatives de relier avec son histoire personnelle. Il fait également preuve d'humour, avec une certaine aisance relationnelle, surtout lorsqu'il n'est pas accablé par les voix.

Quant à son vécu corporel, même s'il ne perçoit pas toujours son agitation durant les séances, est celui d'un morcellement « les voix soulèvent mon cœur... », d'un écrasement « comme un camion qui m'est passé dessus » que la psychologue peut également observer, car il prend des postures et des attitudes qui montrent à quel point certaines parties du corps se détachent du reste. Le pied qui balance, sans que ça le gêne, ou bien le bassin qui se tortille sur la chaise, « c'est pour me débarrasser des voix ». Par ailleurs, nous pouvons voir une fatigue, une souffrance qu'il exprime par des plaintes récurrentes de sensations de cœur qui s'emballent, par des crispations, des rictus et des rougeurs du visage, comme si le corps était lui-même traversé par l'hallucination psychique.

Le suivi psychologique lui a permis de trouver un équilibre interne avec la possibilité de réguler les « voix » en ayant recours à des stratégies, des objets extérieurs et des supports d'activité.

Ainsi, pour traiter ces hallucinations, Monsieur M. a mis en place plusieurs solutions transitoires, parfois caduques, du fait de ses capacités d'attention limitée et ses difficultés à inhiber certains stimuli :

- Une agitation motrice pour se débarrasser des voix : il court dans la cour, s'applique au jardin, passe avec hâte le balai, et participe à des activités thérapeutiques et éducatives où sa motricité et ses capacités intellectuelles sont mobilisées... tout cela pour qu'il mobilise ses potentiels intellectuels, moteurs autrement qu'au niveau psychique strict. Car, sinon, il embarque tout le monde autour de ses voix.
- Une utilisation d'objets comme des casques audio ou du coton pour se boucher les oreilles, et ne plus entendre les voix, un poste radio allumé en permanence...

Le caractère adapté de ses comportements, son aisance relationnelle et conversationnelle, ses capacités à prendre soin de lui au quotidien (actes d'hygiène primordiaux), sa facilité à comprendre les choses, masquent des difficultés profondes. En effet, il ne sait pas mobiliser ses ressources seul pour par exemple gérer son argent de poche, prendre soin de ses affaires personnelles (mp3, radio...) oc

cuper son temps libre. Il est dans une dépendance du lien à l'autre, voire parfois sous l'emprise de l'Autre, comme il peut l'être pour les voix.

Par ailleurs, lorsque la routine s'installe pour lui, dans un déroulé successif et prévisible des activités et des temps quotidiens (comme s'il est condamné à répéter inlassablement sous la contrainte institutionnelle), les plaintes de souffrance, les angoisses et l'errance se font plus insistants. Et, au contraire, lorsqu'il est confronté au vide, à la passivité institutionnelle, il s'égaré également.

C'est un résidant qui a du mal à faire des demandes le concernant, et, qui reste silencieux même quand il subit une injustice ou manque de quelque chose. Il intériorise, s'angoisse, et ne se confie pas aux autres concernés.

Nous le recevons en entretien classique de face à face avec l'utilisation du support informatique, du mur d'expression. Tantôt nous allons sur internet, pour chercher des définitions de mots, ou pour cerner ses constructions délirantes. Il s'agit en quelque sorte de lui proposer un écran où peut se projeter l'irreprésentable, de le reconnecter à la réalité. Souvent nos recherches finissent par l'amener sur un souvenir d'enfance agréable, ses classiques : Deep Purple, Rolling Stone...

Nos entretiens reprenant en aout 2015, nous lui proposons spontanément des séances d'hypnose, avec pour visée de l'aider à se distancer des voix.

IV- Présentation du déroulé des entretiens et exposé des observations cliniques ; Résultats et données cliniques

Les entretiens n'ont pas été enregistrés sauf la troisième séance de monsieur M. ; la restitution s'appuie donc sur les notes que nous avons écrites dans le dossier papier de la psychologue, après chaque séance.

Pour faciliter la lecture du déroulé qui suit, *les propos de la psychologue sont en italique.*

IV-1- Mademoiselle S.

Mlle S. arrive dans notre bureau, triste : elle se trouve nulle et moche. Elle est également énervée dit-elle. « *Ah bon? Qu'y a t-il?* » nous lui demandons. Elle est distraite, regarde dehors puis dedans, se penche, « pff ! ». Nous attendons silencieusement. « Pff ! Je sais pas ! Je suis mal, c'est tout ! ». Son corps s'affaisse, comme à chaque fois où elle ne va pas bien.

« *Souhaitez vous faire quelque chose de nouveau, comme un jeu ? Je l'ai appris à ma formation. Vous savez : je vous ai parlé de ma formation en hypnose ?* » « Oui dit -elle, allons ! »

« *Est ce que vous êtes prête ?* » « Oui ».

1ère séance d'hypnose : « *Alors commencez par bien vous asseoir, par bien vous installer.* » Elle penche d'un côté, c'est sa posture habituelle, mais nous lui demandons de se réinstaller pour l'ancrer dans l'exercice. Nous faisons rapidement un VAKOG¹ mais en insistant sur le canal sensoriel visuel. « *Vous pouvez voir dans mon bureau, la disposition particulière du mobilier, chaque meuble à sa place et à une place. Voilà. Et lorsque vous regardez le mur, vous pouvez voir les tableaux et des sins de vos camarades, puis la couleur blanche du mur, qui est soit brillante grâce au rayon du soleil projeté, soit blanc cassé.*»

« Cassé ? dit-elle. C'est comment le blanc cassé? » Nous lui montrons en dirigeant notre regard vers le pan du mur concerné. Elle nous suit « ah d'accord ».

¹ le VAKOG, pour visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, et gustatif, est une technique d'ajustement qui permet au thérapeute de repérer le canal sensoriel privilégié de la personne pour faciliter la communication hypnotique et l'entrée en transe.

Nous reprenons : « *alors que vous êtes assise et installée dans votre fauteuil, assise sur le confortable fauteuil noir du bureau de la psychologue... alors que vous avez regardé le mur avec ses couleurs blanches et variées, vous allez entendre de temps en temps des résidants ou des professionnels passer derrière.* » Elle se retourne pour regarder.

« *Et comme vous êtes toujours assise confortablement, je vais vous demander, si vous le souhaitez, de vous concentrer et de vous laisser bercer par le son de ma voix, voilà, comme ça lentement.* » Nous respirons fort, elle nous suit et elle a les yeux fermés, la tête penchée.

« *Vous allez écouter attentivement tout en vous laissant bercer par le son de ma voix. Vous êtes détendue, calme, reposée. Tranquillement, vous écoutez ma voix qui vous berce. Et lorsque vous êtes prête, vous allez laisser venir des images, des formes, des objets et en choisir un. Vous êtes bien, tranquille, et vous choisissez une image que vous aimez et qui vous fait du bien. Une image qui vous plaît, une image qui vous fait du bien. Une chouette image. Et lorsque vous l'avez trouvée, dites le moi ou faites moi signe.* »

« C'est bon dit-elle ! C'est une rose. » Elle sourit.

« *Si vous devez changer quelque chose à cette rose vous faites quoi ?* »

« Bin, je sais pas, je sais pas, je sens la fleur. »

« *Et comment c'est ?* »

« Ca sent bon ».

Elle ouvre les yeux, rigole : « Est ce que je peux te poser une question ? Est ce que les hommes peuvent aller voir d'autres femmes ? »

Nous lui demandons plus de précisions : elle nous apprend que son ami intime l'a quittée pour aller vers une autre partenaire. Nous ramenons le fait que ça arrive que les hommes quittent les femmes, et que les femmes peuvent aussi rompre. Elle est soulagée. « C'est bon ! » dit elle. Elle nous informe ensuite que sa mère lui a proposé de l'emmener en Métropole voir son oncle (l'époux de sa tatie défunte). Cet élément amené est délirant, nous ne contredisons pas, ponctuons et marquons la fin de la séance.

2ème séance d'hypnose : avant celle-ci, quelques séances ont eu lieu, sans que nous ayons employé l'hypnose. Elle a amené son quotidien, les soins, tout en confiant ses difficultés à vivre dans

l'instant présent et d'envisager un avenir. Il apparaît qu'elle ne sait pas comment être en relation avec l'autre, ensemble nous ébauchons des manières d'être, sous forme de jeux.

Elle se présente donc « je ne me supporte plus (...) je n'en peux plus, je suis mal (...) je ne peux plus rester ici ! Je t'en supplie hospitalise moi ou donne-moi mon si besoin ! »

Nous lui proposons de voir si son besoin se justifie, elle est d'accord pour verbaliser autour de son mal être. Elle dit avoir mal partout : plus particulièrement au dos et aux jambes. Sa tête ne bloque pas, il n'y a pas de voix hallucinées envahissantes ni d'images pénibles, par contre elle est angoissée, comme quelque chose dans sa poitrine qui fait mal. Nous lui proposons alors que nous abaissions ensemble son angoisse, dans le cadre d'une séance d'hypnose. Elle accepte. Nous l'invitons à s'installer confortablement dans le fauteuil, à bien se caler. Nous décrivons la pièce, le mobilier, les couleurs, les nuances de lumières, puis les bruits, les sons de l'environnement, ceux du dehors d'abord puis ceux du dedans. Nous insistons après chaque phrase, mot, le confort dans lequel elle est. Nous lui proposons de fermer les yeux et d'écouter attentivement notre voix. Elle les ferme. Nous lui proposons, alors qu'elle est bien installée, et à l'aise dans le fauteuil, d'être attentive aux images qui viennent à elle, d'en choisir une qui lui est agréable et qui lui procure encore plus de bien être. De bonnes sensations pour elle et nous rajoutons « *pour son corps* ». Nous lui proposons d'apprécier cet instant, en la centrant sur les éprouvés corporels. Nous insistons alors sur ses bienfaits. Comme elle commence à s'agiter, comme pour sortir de l'état de transe, il nous vient à l'idée, de lui prendre la main. Bien sûre nous lui demandons si nous pouvons prendre sa main pour qu'elle se concentre, en déplaçant les bonnes sensations et les éprouver, en la place de notre main qui s'est posée sur la sienne. Nous verbalisons autour de ce qu'elle peut ressentir : la chaleur de notre main posée. Nous lui demandons si elle le sent. Elle répond « oui. » Nous insistons sur les sensations d'une main chaude comme le soleil sur la peau, douce comme un tissu de velours, légère comme une plume etc.... Nous ratifions autant que possible et insistons sur le bien que ça fait. Elle dit oui à chaque fois. Nous lui proposons de se laisser envahir progressivement par cette sensation qui lui fait du bien, d'abord le bras, puis le buste, le ventre, le dos, la tête, les jambes etc... « *Comme c'est rassurant et comme ça fait du bien...* » Une fois tout le corps terminé, après avoir insisté sur le dos et les jambes, elle ouvre les yeux, et sourit. Nous continuons malgré tout, pour l'accompagner dans son retour dans l'ici et maintenant d'un état ordinaire, en faisant le VAKOG du début mais à l'envers. Elle ne nous écoute pas semble t-il....

Durant la séance elle a répondu succinctement par oui ou par non à nos demandes. Nous ne pouvons pas voir son visage car il est baissé (sa position de repos, de détente est une position où son axe corporel est dévié à droite, et le buste avec la tête penchée en avant.). Sa respiration est lente.

Nous lui demandons « comment ça été pour vous? » « Bien! dit-elle, je n'ai plus mal au dos, ça va bien. » Elle fait ensuite le lien entre son amaigrissement et ses douleurs corporelles, du temps nécessaire pour que son corps s'habitue à cette nouvelle image. Elle insiste sur son souhait de continuer son régime, d'acheter de nouveaux vêtements, colorés, et de son âge.

A la fin de la séance elle n'a plus besoin de son traitement, elle est calme. La séance dure 40 minutes. Nous avons eu à utiliser cette technique à deux reprises lorsqu'elle était en proie à des angoisses, évitant ainsi le recours au traitement si besoin. A chacune des séances nous l'encourageons et la félicitons sur sa force et ses capacités à agir sur ses angoisses.

3ème séance d'hypnose : « ma tête bloque! Je deviens folle » dit-elle. Elle est agitée, angoissée, sur le point de pleurer. Elle fait à nouveau des cauchemars et son père est revenu : il envahit sa tête, sous forme de pensées imagées qu'elle qualifie de souvenirs et non d'hallucinations. Ces images, ces pensées bloquent sa tête. Elle ne présente pas d'hallucinations auditives comme auparavant. Nous verbalisons le fait que tout cela était pourtant dans une boîte ! Nous essayons de comprendre les raisons de ce retour. Ce qui diffère des autres fois, c'est que ça apparaît pour elle comme un souvenir désagréable à éradiquer, se loge dans la tête uniquement, et ne prend pas possession de son corps ni de ses pensées.

D'un ton assuré nous lui disons « *Aïe ! Ca vous met à l'épreuve pour voir si vous abandonnez votre combat peut être ?* » Elle répond « je veux oublier ! L'enfermer à nouveau dans ma tête. »

« *Ou en dehors de votre tête si vous voulez ?* » Elle est d'accord. Nous lui demandons si elle arrive à se rappeler de la boîte dans laquelle nous l'avions mis il y a quatre ans. Elle dit oui.

Nous lui proposons cette fois-ci de travailler ce souvenir désagréable avec l'hypnose. Ainsi elle pourra choisir ce qu'elle souhaite en faire. En effet, la dernière fois nous avons imaginé une boîte, ensemble.

Nous lui demandons de s'installer confortablement, de regarder autour d'elle..... afin de la mettre en transe hypnotique. Elle ferme les yeux, et une fois les yeux fermés, nous lui demandons de visualiser les images que nous allons aujourd'hui traiter. De regarder attentivement les souvenirs imagés qui sont venus faire irruption sans qu'ils soient invités.

Elle nous dit les avoir en tête. Nous l'invitons à gagner la partie de la tête où il y avait le tiroir, dans lequel nous avons mis la boîte. « Oui » dit elle. « *Maintenant, vous ouvrez ce tiroir qu'est ce que vous voyez ?* » « La boîte, elle est ouverte. » « *Comment est-elle ?* » Elle décrit la boîte.

« Et la clé, où est elle ? » « Dans le tiroir. »

« D'accord; maintenant, regardez bien ces souvenirs, ces souvenirs imagés que vous ne voulez plus, qu'est ce que vous voulez en faire ? »

« Les remettre dans la boîte. » « Très bien, alors faites-le. Prenez soin de bien les ranger dans la boîtes, une à une. Vérifiez que vous n'avez rien oublié dans le tiroir, ou dans les quatre coins de votre tête. Nous savons toutes les deux à quel point ces images peuvent être malignes et cachotières ! » Elle rigole. « Vous les avez toute regardé ? » « Oui. » « Vous voulez dire quelque chose à propos de ces images ? » « Non, je veux les oublier ! » « D'accord. Alors maintenant que vous avez regardé une dernière fois et que vous avez dit ce que vous aviez à dire, que voulez vous faire avec la boîte ? » « La fermer à clé. » « Alors, prenez la clé, celle là, qui ferme la boîte et qui enferme ces images que vous voulez oublier. C'est bien. Ca y est ? Alors que vous avez refermé le couvercle etc... vous mettez la clé et vous la tournez. Combien de fois ? » « Deux fois. » Nous comptons ensemble.

Ensuite nous la félicitons et encourageons ses éprouvés « *Qu'est-ce que vous devez vous sentir légère ou pas ! Cela génère quelque chose en vous qui vous fait du bien ou pas ! Peu importe, cela est là tout simplement et ça vous aide à aller mieux.* »

Nous lui demandons ce qu'elle veut faire de la boîte. Elle dit vouloir la mettre dans une valise. Nous faisons la même opération que pour la boîte en la faisant décrire (sa forme, sa couleur), en la faisant préciser chaque geste etc.

« Ensuite que faites vous ? » « J'appelle un taxi » dit-elle. Nous lui demandons comment est le taxi et ce qu'elle fait de la valise. Pas à pas. « *Que fait le taxi ensuite ?* »

« Je vais à l'aéroport. » Nous décrivons le trajet, les villes traversées, en considérant toujours la valise. Elle arrive à l'aéroport. Elle nous dit qu'elle va prendre l'avion, qu'elle veut être seule dans l'avion, dans un avion vert. Nous verbalisons pas à pas autour de son trajet : le passage à la douane, l'entrée dans l'avion, le décollage,...

Nous lui demandons le trajet de l'avion. « Vers la route du littoral » dit-elle, puis, vers la mer direction Madagascar. Nous verbalisons en insistant sur le bleu de la mer, le bleu du ciel, la magnifique journée.... « *C'est une belle journée pour faire ce que vous avez à faire !* »

Nous verbalisons que sa valise est toujours à ses côtés et de l'importance de ce voyage pour elle, aujourd'hui et demain. Nous verbalisons le fait que plus l'avion avance plus elle se sent légère, plus la mer est bleue plus elle est près du but, plus elle avance plus elle se libère du poids du passé. En

suite nous lui demandons ce qu'elle compte faire, veut faire et peut faire. « Ouvrir la porte de l'avi_ on et jeter la valise ». Elle le fait et nous décrivons lentement l'éloignement de la valise jusqu'à être invisible quand elle se rapproche de l'eau. Et, quand la valise tombe, nous l'invitons à se détacher d'elle, et à regarder le bleu de la mer, qui reste bleue.

Ensuite nous lui demandons ce que nous faisons. Elle souhaite regarder le paysage du littoral et le bleu de l'océan. Nous l'invitons à apprécier cet instant, à se laisser aller à ses éprouvés.

Une fois fait, elle demande de rentrer : nous verbalisons le retour en faisant le chemin à l'envers, pas à pas. Nous n'avons pas le temps de revenir au bureau, une fois en ville, elle ouvre les yeux, apaisée et contente, « débarrassée ! » dit-elle. Nous acquiesçons.

IV-2- Monsieur M.

Afin d'être au plus près de notre pratique de l'hypnose avec Monsieur M., nous devons faire part d'un entretien qui a lieu en décembre 2014, juste avant que le relai soit fait au stagiaire.

1ère séance :

En décembre 2014, suite à une de nos absences, il nous demande ce que nous avons fait. Nous lui expliquons que nous étions en formation du D.U. d'hypnose. Il rigole : « oula! Tu vas m'hypnotiser et prendre possession de ma tête et de mes pensées ! » Nous lui renvoyons : « *Pensez-vous !* »

« Oui, peut-être ? Ce n'est pas vrai Me Maillot ? », dit-il en faisant non de la main. Nous lui proposons quand même de faire une séance, courte, à son rythme. Il accepte.

Alors que nous commençons à peine l'induction « *vous allez vous installer confortablement, dans votre fauteuil, voilà, comme ça. Et comme vous vous êtes confortablement installé, confortablement assis, je vais vous demander d'être attentif à l'ambiance de la pièce. D'abord ses couleurs...* » Il est concentré, nous écoute attentivement puis sursaute en même temps que nous entendons quelqu'un ouvrir la porte d'un bureau extérieur qui se trouve en face du notre. A peine avons-nous eu le temps d'intégrer ce bruit dans notre induction, il est saisi et dit : « hein ! Me Maillot ! Vous avez vu ? Ma main est partie sur la poignée de votre porte ? Est ce que vous l'avez vu ? Me Maillot! Ma main s'est détachée pour aller sur la porte ! »

Nous sommes nous-même surprise par la rapidité et l'imprévisibilité de son geste, mais nous le prenons avec légèreté, tout en sourire : « *Ah bon ! Votre main sur la porte ! Mince ! Comment j'ai pu rater ça ! Zut ! Je n'ai pas regardé ! (...) mais, maintenant, où est-elle !* » Il regarde sa main, se met à rire, puis ajoute « Elle est là. Mais c'est vrai ! Mais je t'assure, elle a bougé ! C'est à cause de ton hypnose ça ! Va apprendre encore dans ta formation et après on verra » « *Oui, d'accord monsieur M..?* » « Ca fait peur ton truc ! » dit-il.

Par la suite, il nous fait part de ses représentations autour de l'hypnose, en alliant le mot au geste : « vous savez, quand on fait de l'hypnose, je l'ai vu à la télé, on entre dans la tête des gens, et on leur dit de faire des choses, et après ils font. Ou bien, on les fait dormir. Non ! Non ! Moi je ne veux pas. Tout à l'heure là tu va entrer dans ma tête (il rigole). Non, je ne veux pas.»

« *ok, on ne fait pas. Cependant, On se connaît bien vous et moi ? On peut se faire confiance ? N'est-ce pas ?* » « Oui, c'est vrai. Tu m'aides à aller mieux et tu écoutes de la musique avec moi. »
Nous terminons la séance là-dessus.

Le stagiaire psychologue prend le relai. En Avril 2015, les résidents emménagent dans de nouveaux locaux, entourés d'établissement médicaux et médico-sociaux. Auparavant, le foyer était implanté dans un quartier d'une ville de l'île. Début août 2015, son état se dégrade et les hallucinations sont majorées, et envahissent toute la sphère psychique, affective et intellectuelle. Une hospitalisation est proposée, car il est à la limite du passage à l'acte violent sur ses pairs, et verbalise des idées suicidaires. C'est lors d'une visite que nous effectuons la deuxième séance d'hypnose. En effet, nous la lui proposons car nous sommes convaincue qu'il peut tirer profit, et nous savons que l'hôpital est un environnement « hyper-sécurisé » et protecteur pour lui, procurant ainsi une contenance supplémentaire par rapport au foyer. L'environnement nous semble alors approprié, et notre expérience est un petit peu plus confirmée que la première fois.

2ème séance : Durant la séance qui précède celle-ci, Monsieur M. amène comme quelque chose d'une prise de conscience, bien qu'il le disait auparavant, à propos des voix. Ces dernières, il est seul et vraiment le seul à les entendre. C'est comme si il se rend compte vraiment de l'énormité et de la singularité du phénomène.

Dans le service hospitalier, Monsieur M. a sa capuche sur la tête, des lunettes de soleil et un chapelet au cou (c'est un patient qui le lui a offert avant de quitter les lieux). Il ne les retire pas durant l'entretien. Nous abordons son hospitalisation, ses conditions et son vécu. Il nous remercie de l'avoir hospitalisé, car, il ne savait pas quoi faire. Nous lui renvoyons qu'il a bonne mine, et que l'hospitalisation est un soin qui lui est bénéfique. Il acquiesce et nous raconte son quotidien, puis ses voix. Elles sont toujours présentes, mais moins insistantes et parfois silencieuses. Il appréhende simplement le moment où elles vont revenir, et craint son retour au foyer.

Il essaie par la suite de trouver des explications de leurs survenues, nous questionne, pour les situer depuis l'emménagement dans les nouveaux locaux. Nous observons que Monsieur M. est agité sur sa chaise, sa respiration est rapide, il est attentif à ce que nous disons.

Contrairement au foyer, nous sommes face à face, et très proches. Nous lui proposons une séance d'hypnose, en prétextant la relaxation que cela induira. Il accepte.

Nous faisons une induction classique avec un VAKOG complet. Quand nous l'invitons à être attentif à chaque sens, il fait des commentaires du type « c'est gris clair, ça sent l'alcool... », et son agitation est toujours perceptible.

Nous continuons malgré tout, en le centrant sur la respiration, en insistant sur le calme, en lui suggérant le bercement de son corps par sa respiration, puis nous lui proposons de faire un ménage intérieur. A l'inspiration, il prend ce dont il a besoin pour être bien et à l'expiration il rejette ce qui est inutile et ce dont il ne veut plus ou pas.

Nous observons que la concentration est possible pour lui, et que son corps se calme et bouge dans son entièreté au rythme de la respiration. Nous observons, voire ressentons son état de calme, et une impression d'unité se dégage. Son visage est détendu.

Cette séance dure un peu plus de 5 minutes.

3ème séance : elle dure 10 minutes, elle a lieu juste après son hospitalisation, à son retour au foyer. Nous échangeons sur son hospitalisation, son retour et les retrouvailles avec sa partenaire.

Il nous demande ensuite de faire l'hypnose comme à l'hôpital. Nous acceptons et l'invitons à prendre place.

« Alors que vous êtes bien installé, confortablement, que, vous êtes bien assis. »

(Il rigole)

« Et, que vous, avez trouvé, la position, la plus confortable. »

(Il prend une respiration profonde)

« Pour vous, et pour, vous reposer, je, vous invite, à être, attentif, aux couleurs, de la pièce, de, la pièce, dans, laquelle nous sommes, c'est à dire, le bureau de la psychologue. »

« Hum, hum »

« Vous voyez, que, les murs, sont, blancs, parfois, un peu plus brillant, clair, et lumineux, parfois, au contraire, il y a, des, petites zones, d'ombre, voilà, comme cela, comme, le reflet, des, différents objets, parce qu'il y a, la, lumière du jour, qui rentre, par la fenêtre, ou, par les petits, trous, des, petits rideaux, installés, en attendant d'avoir de vrais rideaux (...)

Le temps de latence est plus long, nous hésitons, il rigole.

« Alors, que vous êtes attentifs, et, (il est en train de lire) que vous avez lu, et que, ce qui est écrit, sur mes différents, panneaux, voilà, que, vous avez pris, un petit peu conscience, et, connaissance, de ce mobilier, et, de ces choses, qui sont dans mon bureau. » (Il regarde à droite et à gauche puis sur le mur.)

Il prend une grande respiration, et nous faisons comme lui, pour nous synchroniser.

Notre rythme est plus lent, les arrêts entre les phrases voire les mots sont plus longs.

« Je vous invite, à être attentif, à l'ambiance de la pièce, à son atmosphère, à sa température, au contact de l'air sur votre peau (...) »

« Peut être que l'air est tiède, ou peut être que l'air est chaude, je n'en sais rien, c'est vous qui voyez. » (Il rigole).

« Et maintenant, que vous avez ressenti, l'air sur votre peau. »

Il marmonne comme pour dire oui, puis se met à rigoler.

« Je vous invite, à, être, attentif, aux différents bruits. »

Il commence à s'agiter.

« Tout en cherchant, encore, votre position, la plus confortable possible, je, vous invite, à écouter ma voix, le son de ma voix, la mélodie de ma voix. »

Il prend une grande inspiration.

« Vous pouvez, également, entendre, un léger soufflement, qui vient de l'extérieur. »

« Oui. »

« Les petits, bruits, de foule, les petits bruits, de voiture, qui, sont au loin, vous pouvez, aussi, entendre, de temps en temps, des résidants, parler. »

Il répète « parler. »

« En bruits de fond, ils prennent, leur gouter sur la résidence, ou bien, vous entendez, des résidents passer, courir, parler, crier, et, ce bruit, auquel vous êtes attentif, il est juste là, juste derrière, vous pouvez, aussi de temps en temps, entendre, derrière ma porte, les infirmiers. »

Nous entendons un IDE parler.

« Qui, vont, et, viennent, entre le bureau, et, la salle de soin, entre, le bureau, des infirmiers, et le bureau du médecin (...) alors, que vous êtes attentifs à ces différents bruits et, que, vous êtes attentif

également, au son de ma voix, je, vous invite, à vous centrer, sur vous, et, à être attentif, à, ce qui se passe en vous. »

Il ferme les yeux.

« Très très bien, et, à être attentifs, aux, différents bruits, que vous pouvez faire (il bouge), notamment quand vous bougez, sur votre chaise, et, que, vous posez la main, sur mon bureau (comme il pose sa main), et que, ça crée, un bruit de grincement, je vous invite, à être attentif, voilà, c'est bien, à, ce qui se passe, en vous, et, à être, à l'écoute, si vous voulez bien, de votre respiration. Voilà, c'est bien. Comme ça. »

Il prend une grande inspiration.

« Comme ça. Très bien. C'est une respiration tantôt rapide »

« C'est une respiration qui est alternée ? »

« C'est cela, c'est comme cela, une respiration, qui alterne, effectivement, l'inspiration, alterne, avec l'expiration. »

Nous respirons ensemble.

« Lorsque vous inspirez, vous faites rentrer de l'air par vos narines, et, lorsque vous expirez, l'air ressort, par ces mêmes narines. »

Il a une respiration soutenue et souffle par la bouche.

« Ou, l'air, ressort par la bouche, comme vous voulez. »

« Moi ce que j'aime c'est jamais par la bouche »

« Jamais par la bouche alors, c'est comme vous voulez, et comme vous êtes encore attentif à cette respiration. »

« Pour mieux me concentrer, je ne respire pas par la bouche. »

« Voila! Je vous invite, effectivement, à mieux vous concentrer. »

« Mais si j'ouvre la bouche, je peux mieux me concentrer ? »

« A vous d'essayer, par la bouche, comme vous voulez, faites ressortir, puis, entrer l'air, voilà, très bien. »

Il se met à respirer par la bouche, nous faisons avec lui, puis il reprend sa respiration normale.

« Et, comme, vous respirez, dans cette alternance d'inspiration et expiration, votre corps, se détend un peu plus, à chaque fois, que vous respirez, vous amenez, votre corps, à une respiration, qui, vous fait du bien, voila, et puis, votre respiration (il est très clame) se fait, de moins en moins, entendre, elle est très calme. (...) Et, alors que vous inspirez puis expirez (il rigole) vous rejetez, toutes, ses petites chose qui vous agitent, à l'intérieur de vous. »

« Je suis très calme. »

« Comme pour vous donner un peu plus de calme. »

« Bin oui, j'ai eu du calme. »

Il ouvre les yeux.

« J'ai ressenti comme si il y a quelque chose qui m'a enfout » Nous l'avons perçu aussi, son corps a lâché quelque chose...

« Voilà, quand vous respirez... »

« Qui me submerge ! » dit il avec le sourire.

« Et, vous continuez à être calme et vous pouvez, imaginer quelque chose de bon et d'apaisant qui vous submerge quand vous respirez. Vous prenez, dans l'air, tout ce dont vous avez besoin, pour faire, un, petit ménage intérieur, de ces choses, que vous ne voulez pas garder, en vous, et, que, vous rejetez, à l'expiration. »

Il reprend sa respiration calme et entre temps il a fermé à nouveau les yeux.

« Très très bien, imaginez, que, vous prenez, tout, vraiment tout , ce qu'il y a de bon, dans l'air qu'il y a autour de vous, pour faire, ce petit nettoyage intérieur, ce petit ménage, intérieur, voila très bien, comme cela même, et, ce, petit, ménage, intérieur, est possible, grâce à l'expiration, qui, rejette au dehors, tout ce que vous ne voulez pas, ce dont, vous n'avez pas besoin. »

Il acquiesce de la tête, ouvre les yeux, s'agite à nouveau sur sa chaise.

« Voilà, nous allons faire cela ensemble, monsieur M. lorsque vous inspirez vous prenez tout ce dont vous avez besoin pour faire votre ménage intérieur. »

« Et ça vous ne mettez pas ? » Il nous montre le diffuseur d'huiles essentielles, qui n'est pas en marche.

« Tout à l'heure. Pour l'odeur ? » Nous chuchotons

« Oui, j'aime l'odeur. »

Nous chuchotons : « *d'accord.* »

Il reprend sa respiration et se concentre à nouveau. Nous le laissons faire en silence et nous respirons en même temps que lui.

« *Voilà, c'est bien. Super.* » Nous sommes dérangés par un résidant qui entre sans frapper. Je verbalise cela.

« *Voilà, nous sommes dérangés, par la porte qui s'est ouverte, Mlle S. merci de nous laisser.* »

Monsieur M. ne bouge pas, reste dans sa position, il est souriant.

« *Reprenons là où nous en étions.* »

« Je me sens léger comme un oiseau. » « *Ah bon ?* » « *Oui, c'est formidable hein ?* »

« *Oui c'est formidable, c'est une formidable légèreté* »

« *D'une légèreté vraiment appréciée* »

« *Oui* »

« *Très appréciable, vraiment appréciable.* »

« *Alors, je vous invite à continuer à savourer ce moment, vous pouvez garder les yeux ouverts ou les fermer, pour apprécier encore cet instant là, voilà, c'est bien. Vous êtes léger. Comme vous êtes bien, imaginez maintenant un objet, un petit truc.* »

Il ouvre les yeux et regarde sur notre bureau.

« *Laissez venir un objet, une image, une forme, une couleur, une odeur...* »

Il a les yeux ouverts, encore et cette fois-ci prend un marque page « qu'est ce que c'est que ça? »

« *Un marque page.* »

« *D'accord.* »

Il se recentre.

« *Alors que vous appréciez encore cet instant, avez vous laissé venir une forme, une image....* »

« *Ah ! J'ai pas de forme.* »

« *Vous allez continuer à apprécier la légèreté, tout en respirant doucement.* »

« *Ah je fais plus moi, c'est suffisant !* »

« *D'accord. Maintenant que vous avez profité de cet instant formidable, vous savez maintenant que vous avez en vous les solutions pour être léger.* »

« *Oui* »

« *Maintenant, regardez bien autour de vous, pour vérifier que tout est là, regardez la pièce dans laquelle vous êtes.* »

« *Je suis dans le bureau de la psychologue.* »

« *Oui.* » Nous refaisons rapidement le VAKOG du début, pour bien le ramener dans l'ici et maintenant, car il est hyper détendu. Nous le voyons pour la première fois aussi détendu : sa voix est douce, le débit est très lent, il est un peu cotonneux, moins alerte.

« *Je sens que vous êtes plus léger.* » « *oui, je suis plus léger parce que c'est vous qui* »
« *M'hypnosez* »

« *Hypnosez ?* »

« *C'est vous qui se sert de l'hypnose c'est pas moi.* »

« *oui* »

« *C'est pour ça que c'est moi qui suis le plus léger.* »

« *Oui. Super si ça vous fait du bien.* »

« *Bin oui, surtout quand j'entends des voix.* »

On entend le sifflement du vent « *Eh bin ? C'est quoi ça ?* »

« *C'est le vent, on dirait* » « *Hein ? C'est un fantôme.* » Nous rigolons ensemble.

« *C'est peut être aussi le vent qui passe entre la tôle.* » Il rigole « *je croyais qu'il y avait des sorciers ici dans !* »

Nous échangeons autour de ses activités, puis, il nous explique qu'à cause des voix il ne peut aller vers les autres. Il dit qu'en quittant le bureau, elles vont revenir dehors et qu'il appréhende. Nous le re-connectons sur son vécu de la séance, de sa respiration qui est capable de faire le ménage intérieur dont il a besoin : « *Ah oui c'est vrai* » dit-il.

V- Discussion théorico-clinique

V-1- Rappel de la problématique

La problématique que ce mémoire propose d'étudier, est celle de l'usage de l'hypnose auprès de sujet qui souffre de schizophrénie, comme méthode complémentaire d'une psychothérapie classique. Il s'agit d'étudier en quoi elle est un processus dynamique et thérapeutique, et dans quelle mesure, de manière autonome, l'auto-hypnose peut venir le compléter.

V-2- Confrontation des observations à la problématique

Avant d'utiliser la technique de l'hypnose, avec Monsieur M. et Mlle S., nous avons été confrontée à de nombreuses interrogations quant à son indication pour les sujets qui souffrent de schizophrénie. En effet, peu de recherches et études ont été effectuées, ou lorsqu'elles existent, elles nous étaient indisponibles (livres et articles en anglais, dont je n'ai pas accès facilement, peu de temps pour les approfondir). Nous nous sommes alors appuyée sur ceux existants, et, plus particulièrement sur celui d'Eric Bonvin, ainsi que sur les interventions d'Isabelle Célestin et d'Antoine Bioy dans le cadre de notre D.U.. En effet, à leur écoute et au stade de notre cheminement, nous avons été sensible à la dimension créatrice et protéiforme à la fois de l'outil dans sa technique, que dans sa visée pour le patient qui en fait l'expérience. C'est pour lui et le praticien, une expérience inédite, nouvelle, et curieuse dans l'ici et maintenant d'un ressenti naturel et vivifiant.

Nous avons donc été séduite par l'espace de liberté qui s'ouvre au praticien, et au patient, et également rassurée.

A ce stade de notre réflexion, il importait pour nous, de l'intégrer à notre pratique, mais pas n'importe comment. En effet, Monsieur M. et Mlle S. souffrent tous les deux de schizophrénie, en proie à des phénomènes dissociatifs singuliers.

Chez Mlle S. tout comme chez monsieur M., nous observons qu'ils ont une perception morcelée du corps, non unitaire, mais cela ne s'exprime et ne se vit pas pareil.

Pour Mlle S. cela procède à un blocage de tête, d'une pensée avortée par des images, et d'un corps douloureux. Alors que pour Monsieur M. ce sont les voix-mots qui envahissent son esprit, isolant le corps dans des mouvements morcelés non perçus. Monsieur M. souffre de ces hallucinations psy_

chiques décrites par les patients : « il en est en effet, qui, comme ils le disent eux mêmes, n'éprouvent rien qui ressemble à une sensation auditive, il entendent la pensée. Le phénomène chez eux n'a rien de sensoriel. La voix qui leur parle est une voix secrète, intérieure, et tout à fait différente de celle qu'on perçoit par les oreilles » (Lanteri-Laura, 2000), et, aujourd'hui, il prend conscience qu'il est le seul à les entendre.

Les deux résidants ont aussi en commun le fait que les fonctions cognitives, ne peuvent être mobilisées sans la présence et le soutien de quelqu'un comme si l'intelligence était une entité à part.

Malgré le travail préalable sur la dynamique relationnelle, il était important que nous ré-assurions notre cadre relationnel. C'est pourquoi, nous avons amené l'hypnose, progressivement, par des inductions classiques où nous avons détaillé les objets de l'environnement par la voie des canaux sensoriels. Le résidant est ainsi invité à se centrer et à prendre conscience de lui-même, pour obtenir en quelque sorte son acceptation et sa coopération.

Avec Mlle S., nous avons amené la technique de l'hypnose par saupoudrage, en faisant les petits exercices appris durant nos sessions de formation, comme celui où on pose la main sur l'épaule, avec centration sur les perceptions en place de la main et des ressentis. Il était important pour nous de vérifier dans quelle mesure, elle pouvait rester, seule, en notre présence, les yeux fermés. Vérifier si elle nous faisait suffisamment, voire encore plus confiance pour ne s'accrocher qu'à notre voix ou qu'à notre présence, sans avoir à nous regarder. En effet, Mlle S. a longtemps refusé que nous lui touchions le corps et passe son temps à nous regarder pour trouver en nous ses réponses ou interpréter nos mimiques et réactions. Finalement, elle est à l'aise, et nous guide même dans nos manœuvres. Nous précisons qu'avec cette résidente, dès le départ de la psychothérapie, nous avons travaillé avec elle, le fait qu'elle peut et a le droit de refuser quelque chose qui ne lui convient pas, et qu'elle peut nous le dire, sans que nous nous fâchions (elle nous a souvent mise en situation de nous fâcher, puis de nous demander « Es-tu fâchée ? »

Quant à Monsieur M., durant la première séance, à peine commencée, il a vu sa main sur la poignée de la porte comme une dissociation fulgurante, qualifiée par F. Roustang de manifestations négatives dues à une concentration intense « une personne sous hypnose peut se voir dans la pièce à un autre endroit que là où elle est assise (...) la perception ne va pas sans attention. » De nos observations, nous n'avons pas eu l'impression qu'il était très concentré, il a ramené peut-être ou pas, sa

perception morcelée du corps... tout en y attachant ses représentations magiques de l'hypnose. Nous en avons rit, mais quoiqu'il en soit, cela vient faire consister encore plus ce monde interne insécure et intense de perceptions diffuses et violentes dans lequel il se trouve. Les résistances qu'il amène, à cause d'un défaut de régulation des perceptions qui entrent et qui sortent et d'une insécurité (l'environnement du foyer), nous les avons considérées, mais nous n'avons pas manqué de l'informer de nos absences pour continuer à nous former.

Tout cela contribue à la qualité relationnelle, dans sa contenance et sa sécurité, dans une recherche de zone de confort autant pour lui que pour nous.

Lorsqu'il est hospitalisé, le voyant avec sa capuche et ses lunettes, nous comprenons cela comme une manière pour lui de mettre une enveloppe supplémentaire, une enveloppe psychique de plus, lui permettant de matérialiser un espace psychique qui autorise l'activité de la pensée, en toute sécurité.

Il a ainsi deux enveloppes de plus : celui de l'hôpital et ses vêtements. Son discours se veut être rassurant « je me sens bien ici ! Les murs me protègent du dehors. » Il est content de notre visite et formule clairement qu'il a besoin d'aide pour « gérer ses voix. » Comme nous avons la garantie de la contenance apportée par l'hôpital psychiatrique, et par la confiance qu'il a en nous, nous lui proposons à nouveau l'hypnose qu'il accepte.

Les « micro séances » d'hypnose pour Monsieur M. ont eu pour objectif d'amener le corps au calme, en le centrant rapidement sur une sensation isolée des autres, celle de la respiration. Les différentes séances ont montré que lorsqu'il lui est fait le VAKOG complet (2ème séance), sa perception est furtive et mouvante, également freinée par une attention limitée et diffuse et par une intellectualisation de ce qu'il perçoit. Systématiquement, il sort de l'état de concentration, pour nous adresser ses idées et pensées descriptives et explicatives, pour faire part d'un début de métaphore délirante. Nous avons répondu à ses questions, acquiescé ses remarques tout en continuant à faire notre induction.

Avec l'utilisation d'une induction toute simple en lui proposant de s'installer, d'être à l'écoute de sa respiration avec un balayage intérieur de ce dont il n'a pas besoin, et de prendre ce dont il a besoin, il a expérimenté un état de bien être, de tranquillité et de confort. Nous lui avons suggéré un ressenti agréable et confortable, pour le connecter à ce qui peut être agréable pour lui. Notre langage était donc essentiellement accès là-dessus, accompagnant la respiration et ratifiant autant que possible.

Nous avons vu alors son tonus se modifier, ses traits s'adoucir, son corps s'apaiser : « Ce qui s'ouvre avec la respiration c'est l'accès à un phénomène universel et naturel (...) Le fait de respirer

place d'emblée le sujet dans la position d'élément d'un tout, relié aux autres éléments de l'univers et à la nature qui les contient. La respiration renvoie à une symbolique universelle : liberté, communication, échanges, sécurité, confiance. La vie même » (Lutz in Bioy et Michaux, 2007). Ainsi, ce mode d'entrée dans l'hypnose lui convient, même si ça dure quelques instants, il a pu se laisser aller à des sensations.

Lors de la troisième séance, pendant la phase d'installation dans l'état de conscience modifiée, nous avons porté nos interventions sur les canaux sensoriels visuel, kinesthésique, et auditif, pour davantage le situer dans ses éprouvés, et finalement monsieur M. n'a pas intellectualisé comme lors de la deuxième séance. Nous avons bien insisté sur les bruits du dehors, en y mettant plusieurs niveaux afin que monsieur M. puisse se saisir de cela ou pas pour mettre ses hallucinations, si elles étaient là, en bruit de fond. Nous avons cherché à intégrer tous les sons, mêmes ceux que nous n'entendions pas. Nous avons ensuite effectué une induction par centration sur la respiration en lui demandant d'être attentif à sa respiration, à son mouvement, au ménage intérieur effectué et des sensations de bien être que cela procure. Nous observons que son visage s'apaise et que les différents segments de son corps se calment, pour ensuite s'harmoniser avec le corps tout entier, dans le mouvement de sa respiration. Nous avons ressenti du calme, en lui, et se former une unité corporelle agréable dans ce que nous avons pu expérimenter également.

B. Lutz (in Bioy et Michaux, 2007), précise que « l'induction hypnotique est ce qui opère le passage de l'union du corps et de l'esprit, à leur unité. Autant dire que l'aventure subjective se situe dans un espace autrement vaste et confrontant. Puisque que la discontinuité est qu'apparente ou plutôt « n'existe comme telle que par la conscience qui appréhende ainsi la manifestation de différents plans de réalité. L'expérience hypnotique peut se comprendre comme un moment où se saisit l'unité » (Roustang, 1998) car loin que ma conscience en soit absente, conscience réflexive, elle y trouve sa place, c'est-à-dire, qu'elle ne prend plus toute la place. »

Pourquoi étions-nous convaincue que l'hypnose pouvait lui faire du bien?

Monsieur M. a la tête coupée avec le corps, et les voix découpent le reste de sa vie psychique et intellectuelle. C'est quelqu'un qui est en permanence dans une activité psychique délétère par le biais de la réflexion et de la conversation, et nous voulions le plonger dans un travail corporel, dans ses perceptions, ressentis et vécus. Nous voulions qu'il se décentre de la sphère psychique pour mobiliser ses ressources, autrement, et plus particulièrement lui faire faire l'expérience d'un vécu, de ressentis, de perceptions qui seraient autres que ceux connus, et si possible agréables pour lui. C'est un patient qui est très subtil dans ses perceptions et très fin dans sa motricité (quand nous avons mis en place l'atelier poterie, cela a eu une incidence sur l'intensité des voix et donc son vécu).

Durant les entretiens psychothérapeutiques, lorsqu'ils ont commencé en 2008, le ton qu'il prenait était plat, grave et monocorde, ses défenses étaient rigides et sa certitude indémontable. Notre écoute s'est petit à petit construite, avec des attitudes gestuelles marquées et des mimiques calculées, avec introduction de l'humour (d'ailleurs il dira : « ne dites à personne que nous rigolons bien ensemble » car pour lui ça ne se fait pas, c'est déplacé, c'est honteux), et il a été contaminé par cela. Il a consenti à ne pas avoir honte à éprouver ce que l'on éprouve, à ne pas avoir honte d'être celui qu'il est.

Monsieur M. est perméable à l'autre, qui est un peu lui : on voit là tout le danger de l'emprise et de l'assujettissement, avec les angoisses d'anéantissement et de mort que cela amène. D'ailleurs il dira que c'est parce qu'il a emménagé sur ce site entouré d'établissements de santé, qu'il va mal : il est aspiré par les maladies malsaines des patients des établissements éparses et qu'elles « traînent dans l'air. »

Notre intention dans l'usage de l'hypnose pour lui était plutôt de nous occuper des éprouvés corporels et non de ses voix directement, autrement dit, traiter ses voix par le biais du corps. Car, pour elles, nous sommes déjà très nombreux à le faire : les infirmiers, les éducateurs, la famille... et implicitement il y a une demande de sa part. En effet, il nous a informé de ses souhaits de sauter en parachute, faire du parapente, sauter à l'élastique, faire du cheval, piloter des quads, rouler à vives allures ... etc autant d'activités qui mobilisent le corps dans des sensations limites et fortes, des éprouvés hors norme, dans quelque chose de massif au niveau sensoriel.

Monsieur M. a appris et expérimenté quelque chose de lui sans savoir qu'il pouvait apprendre (encore) de lui. En effet, défaitiste et négatif, avec une tendance à savoir tout sur tout, il découvre dans l'ici et maintenant, des éprouvés qui prennent corps et sens. C'est dans l'expérience hypnotique, à ce moment bien précis de sa vie, dans la temporalité qui est la sienne, que ces éprouvés prennent un sens libérateur d'une tension et d'un conflit psychique dans lequel son être tout entier s'engouffrait. L'hypnose laisse entrevoir ici un espace de liberté où il n'a rien d'autres à faire que d'être là, bienveillant pour soi, en confiance. Il y a en quelque sorte l'ouverture d'un espace de créativité, qui permet que monsieur M. se connecte ou retrouve ces connexions perdues, à ce soi confortable et accueillant, comme d'une pulsion de vie qui pousse à construire, à assimiler, à créer plutôt qu'à détruire, déconstruire et anéantir (pulsion de mort).

Ce que propose l'hypnose au résident c'est un appui sur un chez soi et un en soi, qui ouvre aujourd'hui, d'autres voies/voix d'exploration et de symbolisation. L'hypnose est ainsi venu élargir les possibilités alors que monsieur M. était enfermé dans des éprouvés négatifs et destructeurs. Cela a

permis de le re-mobiliser autrement : de re-dynamiser le discours et donc de passer à autres choses, à d'autres signifiants.

En effet, durant les séances psychothérapeutiques qui ont suivi, il a à nouveau déplié les causes de l'épisode de décompensation. Nous avons ensemble écrit sur le mur, que le déménagement est à l'origine de la recrudescence des hallucinations, car il a perdu ses repères et sa place dans la société (c'est lui qui l'amène.) Avant, il était « dans la ville, dans la cité avec une église, des boutiques et associations de quartiers, des voisins de tout horizon, alors qu'ici il vit au milieu d'hôpitaux et de centres pour malades. » Nous avons tous les deux fait un schéma pour ordonner et classer ce qu'il a perdu et ce qu'il a gagné en venant dans les nouveaux locaux, en vue de l'aider à s'approprier, à intégrer d'autres repères et à construire des passerelles pour qu'il ait le sentiment d'une continuité psychique et identitaire. Le foyer se retrouve être un microcosme de vie, selon lui.

L'hypnose dans sa technique, en complémentarité d'une psychothérapie, pour monsieur M., permet de donner une autre orientation nouvelle au suivi, comme celle de découvrir des éprouvés autres et inédits, délogeant ainsi le sujet de sa position passive face à la maladie.

Comme pour Monsieur M., plusieurs questions nous sont venues quant à l'utilisation de l'hypnose avec Mlle S. : va t-elle pouvoir fermer les yeux ? Vu que sa tête bloque, que ses souffrances localisées amènent une douleur morale et physique au niveau de la tête, pourra t-elle mobiliser d'autres ressources, et celles que nous avons repérées ensemble comme visualiser les mots sous forme d'images ?

Comment intervenir alors que son état de conscience est lui même modifié par la douleur et par ce qu'elle qualifie de cauchemars, de films ?

Avec cette résidente beaucoup de chose passe par le regard et l'image. En effet, c'est quelqu'un qui scrute le moindre des rictus, mouvements, réactions que nous avons face à ses mots, ses attitudes de monstration, et ses coups de gueule.

Le voyage sous hypnose qui a été effectué avec cette traversée de la moitié de l'île, tout en étant centré sur des sensations agréables que procuraient le bain de langage hypnotique, n'est-il pas là l'occasion de traiter le trauma non pas dans le désespoir d'un oubli espéré, mais dans une position décidée et engagée, responsable et digne, assumée et empathique ?

En effet, nous avons pu observer comme une empathie développée pour soi, une acceptation des sensations désagréables dans l'après coup de l'expérience traumatique avec un contre-balancement de sensations agréables, propres au détachement.

La question du temps, dans cet exercice de voyage a-temporel, figuré par un déplacement spatial perceptible, est ici déterminant.

Mlle S. quand elle arrive dans notre bureau nous fait part de sa souffrance à propos du « viol » « comme une réactualisation incessante du temps et des origines, c'est-à-dire un temps « circulaire », comme celui dans lequel est pris Sisyphe, condamné à faire rouler son rocher en haut de la montagne. La personne est condamnée à être emprisonnée dans des relations d'ordre purement spatiales ne lui permettant pas de s'accorder avec le temps présent et d'intégrer la possibilité d'une évolution. Ce temps vécu dans la psychose pourrait être assimilé au « déjà-vécu-depuis-toujours » que le patient répéterait chaque fois qu'une expérience le confronte à une situation inélaborable » (Vollon, Barthélémy, 2013).

Pour Mlle S, il est impossible encore pour elle de traiter et d'assimiler cette rupture familiale, et, paradoxalement, elle donne également l'impression que son temps est figé à celui des autres membres de sa famille (elle attend et ne fait rien). Par ailleurs, la situation qui s'impose à elle, est celle qu'amène le psychiatre : à savoir son refus d'un changement de lieu pour elle, qu'il soit de soin ou de vie ; principe de réalité qui l'ébranle, et l'oblige à se recentrer sur elle, tout en lui permettant de vérifier, si nous allons nous aussi, quelque part, l'abandonner comme sa famille, alors qu'elle est au plus mal. Elle rejoue ainsi par le biais du transfert l'expérience traumatique de la rupture familiale et de la cassure identitaire, expérience vécue dans sa seizième année.

Le psychiatre était convaincu qu'elle pouvait, dans le foyer, surmonter ces épreuves (y compris l'angoisse de mort), pariant ainsi sur ses forces et ses potentiels. Il instaure un traitement si besoin, auquel elle peut avoir recours, soutient sa démarche psychothérapeutique et surtout sa démarche personnelle de faire un régime, investissement narcissique, qui la déloge de cette position connue jusqu'à présent de se saboter et de se vivre comme un déchet. Le message qui lui est adressé par ailleurs est de (re)-trouver en elle un foyer qui intègre sa part saine et malade et d'avoir un chez soi différent de celui de sa mère. C'est une résidente qui est convaincue que dehors (en France ou chez sa mère) est meilleur, que son avenir est ailleurs. Ceci fait qu'elle reste bloqué sur cet ailleurs et laisse filer le temps présent, l'empêchant d'avancer.

L'hypnose est venue compléter le travail d'intégration effectué quatre ans auparavant, où ensemble nous avons enfermé dans une boîte, dans sa tête, ces épisodes douloureux, car, elle n'avait pas la

distance et la confiance (en elle) nécessaire pour pouvoir les mettre au dehors (le cadre institutionnel ne le permettait pas non plus, la référence médicale n'était pas assurée).

Cette spatialisation du temps et le déplacement opéré des pensées imagées a eu l'effet d'une dissociation/association ; comme une séparation puis une association des impressions et des sentiments aux événements et aux temps concernés. En d'autres termes sortir de la confusion spatio-temporelle des éprouvés, de l'évènement traumatique, pour lui permettre de se distancer et donc de laisser autres choses advenir. Il s'agit par ailleurs, par le déplacement, de provoquer un mouvement intérieur, inaugurant le changement (que les verbes d'action amplifient d'ailleurs).

Il y a là l'espoir d'un avenir déterminé et non prédéterminé.

La technique hypnotique employée permet de dissocier/casser une dissociation opérante et invalidante pour Mlle S., et de lui rendre l'autonomie et la responsabilité de ses choix. En d'autres termes, elle est actrice et maîtresse de son pouvoir de guérison, d'un futur à envisager qui ne serait plus contaminé par le passé, mais qui se détermine par ses choix. C'est elle, en réponse à nos questions (où ? quand ? quoi ? comment ?), qui finalement choisit le décor, la destination, le rythme... Par la suite, nous lui avons proposé de penser et d'imaginer activement par la suggestion d'idées, d'images. Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que la transe chez Mlle S. est repérable par cet état d'acceptation de penser et d'imaginer activement.

Nous nous demandons d'ailleurs, comment qualifier cet induction : métaphore ? Dissociation spatio-temporelle ?

C'est un exercice qui joue avec les différents temps (passé, présent et futur), au travers l'espace géographique Est-Nord-est, et qui traite les images traumatiques, et les ressentis connexes, qui ont fait irruption dans la réalité psychique de la patiente, hors hypnose. Il semble que ce déplacement opère quelque chose en elle, comme une mise à distance d'éprouvés, d'images trop chargés émotionnellement, d'un pan de son histoire qu'elle refuse de regarder de plus près.

N'y a t il pas là une tentative d'intégrer cet événement réactualisé à l'histoire de la patiente ? Conjointement à cela, il a été nécessaire de s'adapter aux modes de communication de Mlle S.; communication factuelle, concrète, imagée, figurée, dynamique et vivante, en privilégiant les verbes d'action, et en insistant sur l'aspect visuel des couleurs, des formes, des perspectives... Il n'était pas question de verbaliser, d'interpréter, de suggérer des ressentis, ou émotions, que nous pouvions lire sur son visage (quant ce fût possible) tantôt crispé, tantôt radieux. Cela lui appartient, et, ça tombe bien, car ça nous protège de cette position d'emprise persécutive et/ou fusionnelle, et de toute puissance dans laquelle elle peut nous mettre. Nous ne voulions pas par ailleurs pousser à la régression

étant donné que nous sommes encore étudiant en hypnose, et que notre pratique du psychotraumatisme chez les sujets psychotiques est limitée.

Nous décidons d'aller pas à pas, et de nous laisser guider par la patiente. Comme l'avance F. H. Samak (2014) « Le changement peut intervenir sans que le patient ait besoin de déchiffrer la signification de son comportement : l'énergie dépensée à rechercher le pourquoi d'un symptôme agit dans le sens de la résistance et Erickson la considère comme un frein au changement. L'impact impersonnel, les consignes et la communication métaphorique sont autant de moyens d'atteindre l'inconscient sans éveiller les défenses du conscient. C'est pourquoi l'attitude du thérapeute à l'égard de son patient est l'élément déterminant de la conduite d'une stratégie. »

Par contre, les observations faites au fur et à mesure de l'expérience, ont été des indicateurs pour nous, en terme d'accordage relationnel. Nous étions soucieuse de lui offrir un espace contenant et une relation de qualité contribuant ainsi à une ambiance particulière, dans laquelle elle y a mis sa touche personnelle. Pour C. Chaperot (2011), « l'ambiance représente ainsi une dimension circulant par des canaux difficilement objectivables mais qui pourtant se ressent, se partage et possède une action effective. » Cette ambiance ressentie par tous, est qualifiée par Jean Oury de « réalité subjectivement perçue, fort difficile à théoriser, qui pourtant a des effets sur la thymie des uns et des autres, qui par conséquent peut agir de manière thérapeutique ou iatrogène » (Chaperot, 2011).

Ce travail a été possible car au préalable la patiente est d'accord et est motivée pour se détacher de cette part de sa vie/d'elle qui lui fait souffrir afin de l'inscrire autrement dans son histoire par une mise en sens avec le soutien de la psychologue.

Mlle S. ne manque pas d'images mais de représentations verbales. Elle est collée aux images et à leurs charges affectives, sans que ne soit possible une mise à distance des événements et des ressentis. Les représentations de mots et de choses sont ainsi confondues. Il semble que l'expérience hypnotique viendrait justement mettre à distance les éprouvés de leurs images, facilitant leurs régulations, même si Mlle S. ne les verbalise pas.

En elle, elle a pu s'appuyer sur ses ressources propres pour accueillir et traiter l'angoisse autrement, expériences dont les ressentis s'éloignent de ceux destructeurs bien connus.

Le cadre de la rencontre hypnotique, dans ce contexte, n'a plus qu'à se poser.

Les séances 1 et 2, qui ont précédées la séance du voyage a-temporel, ont permis, en quelque sorte, que la résidente puisse se rendre compte de ses ressources propres et des bienfaits de l'hypnose. En effet, lorsqu'elle arrive dans le bureau, elle est préoccupée par un problème difficile à dire, ou mal menée par des angoisses, des douleurs.

Elle est confrontée à une angoisse qui vient du dedans et qui tétanise sa tête. Aucune pensée, aucune ouverture possible... Depuis 2008, Mlle S. amène sa crainte de la folie par des énoncés tels que « j'ai peur que ma tête déraile, bloque, se casse, se perde. » Une de ses expressions favorites qu'elle nous renvoie souvent est : « votre tête n'est pas bonne, vous êtes folle ! » Nous nous opposons pas, après tout pourquoi pas !

Elle décrit avec détails ce à quoi elle est confrontée sa tête est vide et pleine à la fois, tellement chargée qu'elle est vide de sens. L'induction hypnotique que nous lui proposons, consiste à la centrer sur un objet extérieur, de son choix, dans lequel elle visualise, projette et concentre le vécu qui lui est désagréable. La fonction défocalisante de l'hypnose permet d'atténuer la douleur corporelle et psychique, le geste se joignant au mot pour appuyer l'induction et faciliter l'apaisement et le relâchement. La transformation opérée ainsi sur l'objet de sa souffrance externalisée, par ricochet, influence son ressenti et modifie la souffrance dans son vécu et appréhension.

Auto-hypnose : nous n'avons pas durant les séances travaillé cet aspect car nous avons estimé que les sujets n'étaient pas suffisamment stabilisés. Par ailleurs, il nous semble que la dépendance d'avec le praticien, les autres, est un obstacle. Cela s'explique par les caractéristiques de la pathologie psychiatrique : l'aboulie, l'apathie et le clivage des fonctions intellectuelles. Nous n'étions également pas suffisamment à l'aise avec cette technique.

Synthèse :

L'hypnose est à employer avec prudence et vigilance à un moment déterminé et précis de la psychothérapie. Notre démarche, en tant que jeune praticienne en hypnose, a été d'abord de repérer dans quelle mesure le sujet, le moi du sujet pouvait supporter l'introduction d'une technique nouvelle qui peut rimer pour lui avec « manipulation ». En effet, il n'est pas simple pour ce type de patient de se laisser diriger et guider dans ses perceptions sensorielles, pas à pas.

A notre sens, elle se pratique une fois que le travail thérapeutique de consolidation du moi ait été effectué et lorsque sujet sait qu'une hallucination est une hallucination : cela suppose qu'un travail

d'acceptation de la maladie de la part du malade ait été menée, même si le sujet rejette sa pathologie. F. Roustang, dans *Qu'est ce que l'hypnose (2003)*, explique que la dissociation hypnotique est corrélative de l'hallucination « les hypnotiseurs savent la (l'hallucination) susciter, soit positivement pour faire voir, entendre ou sentir ce qui n'est pas donné par les sens, soit négativement pour faire ne pas voir, entendre ou sentir ce que les sens devraient pourtant transmettre. Il s'agirait bien d'hallucination, puisque selon la définition classique, l'halluciné est « amené à se comporter comme s'il éprouvait une sensation ou une perception, alors que les conditions extérieures normales de cette sensation et de cette perception ne se trouvent pas réalisées ». Mais il faut corriger tout de suite cette description, car, sous hypnose, les conditions extérieures normales sont réalisées. Une autre nuance de taille doit être apportée à l'usage du terme d'hallucination. (...) Les sujets ne croyaient pas tout à fait, comme cela arrive pour les psychotiques, à ce que l'on pouvait leur faire dire ou faire. Sous hypnose, la coupure avec le monde extérieur n'est jamais totale. »

Avec la personne qui souffre de schizophrénie, la vigilance se portera sur l'induction, en évitant de trop dissocier les sens, ou de multiplier les fixations d'attention. Les deux cas de mon travail de recherche ont montré qu'il faut choisir et repérer la canal sensoriel, et le moment, qui sera porteur d'ouverture et de créativité, en fonction de là où est le sujet : dans son cheminement thérapeutique et l'environnement dans lequel il se trouve. Cela suppose qu'une analyse soit faite quant à sa dynamique, sa force, sa capacité régénératrice et constructive.

Face à cela, nous sommes étonnée finalement par la facilité qu'ont eu les résidents à se laisser porter et bercer par le langage hypnotique et l'ambiance ainsi faite, même si cela a duré quelques minutes. C'est déjà ça et en même temps c'est compréhensible étant donnée que les sujets qui souffrent de schizophrénie sont branchés en permanence sur leurs perceptions sensorielles sans que cela puisse se représenter quelque part. L'hypnose serait alors un outil leur permettant d'inscrire, leur vécu dans le corps, et de vivre autrement, cette sensorialité à fleur de peau.

Pour Mlle S. par exemple, en proie à des phénomènes corporels encore énigmatiques pour elle (et pour nous aussi finalement), il n'était pas question de chercher à la centrer sur son corps, ses perceptions, durant le voyage mais plutôt sur le déplacement. Pour Mlle S. il ne s'agit plus d'aller fouiller dans le passé, les causes de son mal d'aujourd'hui mais plutôt de construire un futur qui serait meilleur, en intégrant l'expérience traumatique. Ouvrir de nouvelles voies, pour qu'un nouveau chemin se trace.

Pour Monsieur M., qui est halluciné en permanence et toujours en train d'écouter et de se plaindre des voix, du manque de voix et d'anticiper avec anxiété leur survenue, nous avons préféré privilégier la détente corporelle, pour le connecter à l'unité corporelle. Au quotidien, il se met de lui-même

dans une transe hypnotique négative à cause de la permanence et du traitement du vécu hallucinatoire. Lui proposer de se centrer sur autre chose, comme la respiration, lui permet de découvrir des perceptions nouvelles et des ressentis agréables à l'endroit du corps ; comme une prise de conscience nouvelle d'une unité corporelle. Nous avons observé, que dans le foyer, monsieur M. avait besoin de courir ou de mettre en mouvement son corps. C'est là une façon pour lui de se sentir exister autrement que par les voix qui annihilent toute autre expérience et vécu, voir le sujet qu'il est.

La transe pour lui est induite par focalisation de l'attention sur un objet - celui de sa respiration et elle ne dure pas longtemps. L'hypnose lui fait faire une pause, une pause de tranquillité, une pause que la seule la respiration induit.

Monsieur M. est hypersensible à l'environnement et aux stimuli extérieurs qu'il ne manque pas de commenter, comme reprend Bonvin « les personnes souffrant de psychose, plus que toutes autres, présentent par ailleurs une hypersensibilité sélective à la dynamique du milieu environnant, et ce de surcroît si elles y demeurent longtemps. » Cette hypersensibilité est une caractéristique de l'expérience hypnotique, et elle se rapproche d'une hyper-suggestibilité aux influences du contexte. Cela s'explique par la structure psychique de la personne, où dedans et dehors peuvent être confondus.

L'hypnose et la relation thérapeute-patient, permet ainsi d'élargir le champ de conscience, habituellement étriqué et limité aux perceptions du sujet et aux phénomènes psychopathologiques. Les deux cas de notre étude nous le montrent : l'enfermement dans le trouble mental rigidifie les défenses psychiques, et, c'est par l'adressage à un autre, en position d'accueil et d'écoute orientée, qui permet que le changement soit possible.

V- 3- Apport de cette étude

« Aucune thérapie ne soigne plus qu'une autre. Le facteur thérapeutique réside dans la capacité d'écoute, d'empathie et de mise en oeuvre des outils thérapeutiques. Le thérapeute doit être à l'aise avec l'outil et le public. » (Bioy, 2007)

Cette citation synthétise ce qui ressort de notre expérience. Lorsque nous travaillons avec ce public, de manière plus large, auprès de personnes en demandant d'aide, nous avons à considérer la qualité relationnelle et les outils employés, tout en ayant une « hygiène psychique » dont parle C Chaperot (2011). L'hygiène psychique, fait référence au mode de présence, à la forme de disponibilité et aux éléments formant « sa préoccupation » qui influencent la pensée ou les associations des patients, phénomène qualifié « d'identification télépathique » selon l'auteur. A cela s'ajoute un modèle théorique qui n'enferme pas le thérapeute dans une intellectualisation sans affect.

Par ailleurs, dans cette étude, nous avons pu observer que la dissociation schizophrénique ne freine pas la dissociation hypnotique, au contraire elle facilite le clivage et la distanciation. En effet, il apparaît que le sujet schizophrène est extrêmement sensible aux suggestions contextuelles (le VA_KOG), et entre vite en transe, sans doute car il a l'habitude d'être dans un état modifié de conscience, dans une sorte de transe hypnotique négative (l'angoisse, les voix hallucinées etc...). Cette étude montre que nous pouvons avoir une action, sur la réalité du patient, si bien que nous avons saisi son influence, sa texture, sa nature et sa dynamique. Nous ne manquons pas cependant d'être prudent, pertinent, précis et créatif, dans le respect des règles éthiques et déontologiques de notre profession.

V-4- Ethique :

L'hypnose est une technique intéressante et enrichissante tant pour le sujet que pour le praticien, pour le traitement des patients qui souffrent de schizophrénie, déjà engagés dans une psychothérapie. Cependant il n'y a que peu de recherches, de travaux et de données empiriques, sur la question ce qui nous a amenée à prendre des précautions éthiques, de rigueur et de prudence. En effet, c'est pas à pas, conjointement aux enseignements du D.U., à l'écoute de nos appréhensions, que nous avons établi, par étape, l'hypnose. Les séances pouvaient ainsi durer quelques secondes ou quelques minutes : soit parce que le patient de lui-même a mis fin, soit parce que nous avons nous-même ponctué les séances en fonction des éléments de vécu et des observations cliniques. Le temps passé par séance n'étant pas pour nous la priorité, même si nous étions frustrée de ne pas avoir pu aller au bout des inductions ou des suggestions. Il semble que c'est dans la fréquence des séances, dans leur répétitivité, avec douceur et lenteur, que le sujet prend le temps nécessaire pour se familiariser à ses éprouvés singuliers, à cette nouvelle approche, où, il est plutôt silencieux. Etre au diapason avec le sujet, sans brusquer son temps, et être à l'écoute de soi, dans nos limites - en tant que jeune praticienne en hypnose-.

Il nous semble que cela est possible car nous avons eu recours nous-même à l'hypnose pendant notre formation. Nous avons expérimenté et perçu en nous des zones d'éprouvés, qui sans doute sont restées sous silence ; nous nous sommes familiarisée avec le lâcher prise nécessaire de nos points de vue et de nos positions quant à l'hypnose. De la même manière que pour le psychothérapeute, celui qui utilise l'hypnose a une connaissance de lui, de ses modes de défenses et de ses résonances afin de pouvoir travailler avec le matériel corporel, et psychique qu'amène le patient et de ne pas le confondre avec le sien.

Lorsque nous sommes débutante, alors même que nous sommes psychologue, il est difficile d'être dans la neutralité, même bienveillante. En effet, malgré nous, notre communication et relation amènent systématiquement des réponses verbales, et non verbales, spontanées, maladroitement car la technique n'est pas encore « maîtrisée ». En effet, nous avons pu repérer dans notre pratique, que le choix des mots ainsi que l'usage des pronoms étaient importants. Nous avons en effet, beaucoup tendance à utiliser les pronoms comme « mon bureau », ce qui enfermait et contrôlait peut être un peu les choses dans un cadre privé/intime plutôt qu'indéfini ou dans une relation d'emprise ? Ce

sont là des réflexions à mener à la lumière du sujet que nous avons en face de nous et que nous accueillons.

Nous avons toujours en tête les trois questions : qu'est ce que nous voulons, qu'est ce que nous pouvons et qu'est ce que nous avons le droit de faire et, paradoxalement, l'hypnose nous pousse à faire confiance en notre inconscient. Se laisser aller à la relation et l'accordage qui se présente ; laisser venir les mots et leurs mélodies, sans chercher à comprendre ou à questionner les raisons de leurs survenus.

VI- Conclusion

Notre pratique psychothérapeutique dans un lieu de vie pour sujets qui souffrent de schizophrénie, se questionne et s'enrichit quotidiennement des rencontres et des expériences cliniques.

Nous avons souhaité, par le biais de cette formation en hypnose, diversifier notre approche relationnelle et thérapeutique, comme pour nous sortir d'une routine qui commençait à s'installer, de par la répétition des manifestations psychopathologiques des résidents.

Au fur et à mesure de nos enseignements, au contact des étudiants et des enseignants, nous avons pu, malgré nos appréhensions, nos maladresses et notre prudence parfois exagérée, mettre en pratique quelques techniques, et découvrir, avec surprise, aussi bien pour soi que pour les autres, l'outil précieux qu'est l'hypnose.

En effet, les deux cas de notre mémoire, nous ont appris que l'hypnose est plus qu'une offre de parole pour celui qui la saisit. Elle permet de ressentir et de vivre autrement, des choses qui souvent enferment le sujet dans l'immobilisme, la passivité et la sidération ; elle pousse à la ré-restauration d'une intériorité bienveillante et confortable. De l'espace de liberté ainsi (re-)trouvé, le sujet prend part de manière active au soin qui lui est donné, le « reboustant » dans sa démarche psychothérapeutique, contaminant ainsi le praticien qui se laisse lui aussi porter par l'ambiance relationnelle ainsi créée.

Finalement, le patient guide et oriente le praticien, attentif et ouvert à ce qui se passe et se perçoit ; comme nous l'avons vu, aussi bien pour monsieur M. que pour Mlle S., spontanément, ils nous ont fait la conversation, à mesure que nous avons déployé la technique.

C'est un pas de plus pour nous, dans cette approche complémentaire et psychothérapeutique nouvelle, d'une intériorité créative et riche à explorer et d'une technique qui tend à se perfectionner.

L'hypnose nous montre une autre voie qui se conçoit, pour l'instant dans notre pratique, comme une parenthèse qui s'ouvre, une pause, ou un arrêt sur image, d'une réalité nouvelle et partagée.

Nous avons ainsi travaillé auprès d'un public qui souffre de pathologies mentales, de schizophrénie, et d'autres études pourraient venir compléter et approfondir cette petite contribution que nous avons apportée.

Ainsi, nous pouvons dire que nous avons manqué de rigueur dans la restitution complète de la succession des séances d'hypnose avec les entretiens psychothérapeutiques classiques. D'autres études à venir, pourraient approfondir cela, par l'enregistrement de séances, afin de cerner au plus près les phénomènes en jeu, les paroles dites... en vue d'améliorer les inductions, et, de formaliser les techniques hypnotiques spécifiques aux personnes qui souffrent de psychose.

Cela étant dit, l'aventure n'est pas fini, nous pouvons même dire qu'elle ne fait que commencer; quoiqu'il en soit, nous clôturons ce premier travail sur une citation d'E. Morin (2000) (cité par Delorme, Marc 2004):

« L'être humain est à la fois un et multiple. Tel le point d'un hologramme, il porte le cosmos en lui. Nous devons voir aussi que tout être, même le plus enfermé dans la plus banale des vies, constitue en lui-même un cosmos. Il porte en lui ses multiplicités intérieures, ses personnalités virtuelles, une infinité de personnages chimériques, une poly-existence dans le réel et l'imaginaire, le sommeil et la veille, l'obéissance et la transgression, l'ostensible et le secret, des grouillements larvaires dans ses cavernes et des gouffres insondables. Chacun contient en lui des galaxies de rêves et de fantasmes, des élans inassouvis de désirs et d'amours, des abîmes de malheur, des immensités d'indifférence glacée, des embrasements d'astre en feu, des déferlements de haine, des égarements débiles, des éclairs de lucidité, de orages déments... »

Bibliographie

- Balken J. Mécanismes de l'hypnose clinique, dans le contexte psychothérapeutique. Paris : L'Harmattan ; 2004
- Beauchesne H. Histoire de la psychopathologie. 1ère édition. Paris : PUF; 1986
- Becchio J. Hypnose et gériatrie. Cah Année Gérontol 2014 ; 6 : 6-11
- Bergeret J. Psychologie pathologique. 3ème édition. Paris : Masson ; 1972
- Berghmans C, Tarquino C. Les nouvelles psychothérapies. Paris : InterEditions ; 2009
- Bioy A, Celestin-Lhopiteau I. Aide mémoire : hypnothérapie et hypnose médicale. Paris : Dunod ; 2014
- Bioy A, Coutté A. Hypnose et neuropsychologie : quelles perspectives cliniques ? NPG 2015 ; 15 : 31-35
- Bioy A, Michaux D et al. Traité d'hypnothérapie : fondements, méthodes, applications. Paris : Dunod ; 2007
- Bonvin E. Hypnose et psychose. Santé mentale 2005/12 ; 103 : 44-47
- Cermolacce M. Corps, neurosciences et expérience subjective chez les patients souffrant de schizophrénie. inpsy 2009/5 ; 85 : 421-428.
- Chabert C. Les psychoses. Paris : Dunod; 2010
- Chaperot C. Travail psychanalytique, transfert et maniement du transfert dans la cure des personnes diagnostiquées « psychose » ou « schizophrénie ». evopsy 2007 ; 72 : 25-42
- Chaperot C. Phénomènes d'allure télépathique dans la relation thérapeutique avec de patients schizophrènes : hypothèse d'une potentielle nocivité de la pensée soignante. evopsy 2011 ; 76 : 273-286
- Chaperot C. A propos de « Structuration dynamique dans la psychose. Contribution à la psychothérapie psychanalytique » de Gisela Pankow. evopsy 2012 ; 77 : 176-180
- Chemama R, Vandermersch B. Dictionnaire de la psychanalyse. 1998. Paris : Larousse ; 1995

Damsa C, Pirrotta R, Adam E, Hyams H, Lazignac C, Ducrocq F. Approche thérapeutique des troubles dissociatifs. *amp* 2005 ; 163 : 902-908

Delourme A, Marc E. Pratiquer la psychothérapie. Paris : Dunod ; 2004.

Freud S. Névrose et psychose. In : Freud S Névrose, psychose et perversion. 4ème édition Paris : PUF ; 1924. 283-286

Freud S. La perte de réalité dans la névrose et dans la psychose. In : Freud S Névrose, psychose et perversion. 4ème édition Paris : PUF ; 1924. 287-303

Géraud M. Jung et la dissociation schizophrénique. *evopsy* 2000 ; 65 : 31-35

Gernet I. Corps et subjectivité. *evopsy* 2007 ; 72 : 338-345

Gourion D. Neurosciences et psychiatrie en 2009 : vers une convergence transdisciplinaire ? *inpsy*. 2010/6 ; 86 : 477-481

Grivois H. La réciprocité psychotique. *ppsy* 2004/2 ; 43 : 146-151

Grivois H. Psychose, réciprocités, hypermimétisme. Colloque de Cerisy-la-Salle, 13 juillet 2007.

Kedia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *evopsy* 2009 ; 74 : 487-496

Lacan J. Le séminaire, livre III, les psychoses : 1955-1956. Paris : Editions du Seuil ; 1981

Lanteri-Laura G. Signification clinique et psychopathologique des hallucinations. *evopsy* 2000 ; 65 : 245-54

Lazignac C, Cicotti A, Bortoli A-L, Kelley-Puskas M, Damsa C. Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs. *amp* 2005 ; 163 : 889-895

Le Maléfan P. L'hallucination télépathique ou véridique dans la psychopathologie de la fin du XIXè siècle et du début du XXè siècle. *evopsy* 2008 ; 73 : 15-39.

Michaux D. Hypnose et dissociation psychique. Paris : Imago ; 2006

Morin DC, Cortes MJ, Decup A, Landé H, Morellini A, Poirier A. Trouble du jugement en psychopathologie. Défaut de compréhension ou perte de la raison. *evopsy* 2000 ; 65 : 67-91

Roustant F. Qu'est ce que l'hypnose. 2003 Paris : les éditions de Minuit ; 1994

Samak F H. De Freud à Erickson, l'hypnose revisitée par la psychanalyse. Paris : L'Harmattan ; 2014

Thomas P, Bubrovzky M, Jardi R. Fonctions exécutives et schizophrénie. *rne* 2009/1 ; 1 : 65-69

Vollon C, Barthélémy S. Le temps vécu dans la psychose, un rythme circulaire. *Santé mentale* 2013/10 ; 181 : 14

RÉSUMÉ

Cette étude consiste à étudier l'application de l'hypnose auprès de sujets qui souffrent de psychose, plus précisément de schizophrénie, et qui sont déjà dans une démarche psychothérapeutique. Nous avons ainsi choisi deux patients qui présentent une symptomatologie délirante et hallucinatoire, et qui sont en mesure de comprendre ces phénomènes comme une expérience subjective, propre à la maladie.

L'hypothèse que nous avons posée consiste à dire que l'hypnose, dans une visée thérapeutique, par le biais de la relaxation, amène un soulagement chez le patient et une compréhension plus fine de ce qui lui arrive. Il peut ainsi changer son regard sur lui et ses émotions, et se référer à l'auto-hypnose quand il éprouve le besoin.

Nous avons ainsi effectué des inductions simples pour modifier l'état de conscience de chacun ; Pour l'un, autour de la respiration (monsieur M.), pour l'autre, autour de suggestions d'idées, d'images (Mlle S.).

Les résultats obtenus montrent que l'hypnose et la relation thérapeute-patient, a permis d'élargir le champ de conscience du sujet, habituellement étriqué et limité à ses perceptions et aux phénomènes psychopathologiques. Concernant l'autohypnose, nous n'avons pas pu valider l'hypothèse à cause de la dépendance du patient au thérapeute.

L'intérêt de cette étude porte sur le fait que la dissociation schizophrénique ne freine pas la dissociation hypnotique. Au contraire elle semble faciliter le clivage et la distanciation.

Mots clés : schizophrénie, dissociation, hypnose, relation thérapeute-patient.