

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>

Blandine PIVAN

Université de la Réunion

DIPLOME UNIVERSITAIRE : HYPNOTHERAPIE

**L'APPORT DE L'HYPNOSE DANS
L'ACCOMPAGNEMENT
PSYCHOLOGIQUE DES PERSONNES
DEFICIENTES VISUELLES**

Dirigé par Joséphine SYREN

Octobre 2015

Remerciements

Je tiens à remercier Antoine Bioy et l'ensemble des intervenants du D.U. d'hypnose médicale et clinique pour l'apport riche et l'ouverture thérapeutique enthousiasmante offerte par cet enseignement.

Je remercie particulièrement Joséphine Syren pour sa direction de mémoire, sa patience, sa relecture et l'opportunité de réflexion qu'elle m'a offerte par les différentes pistes de travail suggérées.

Je remercie chaleureusement et amicalement Hélène, Fanny et Léna pour leurs conseils avisés et nos « rencontres hypnotiques », riches en échanges et en saveurs.

Je remercie, bien évidemment, les différents patients cités dans ce travail et rencontrés dans ma pratique débutante pour leur confiance et leur curiosité face à un outil thérapeutique qui a su susciter un étonnement mutuel et un enrichissement partagé.

L'APPORT DE L'HYPNOSE DANS L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES PERSONNES DEFICIENTES VISUELLES

L'accompagnement psychologique des patients déficients visuels s'inscrit dans une démarche d'acceptation du handicap. Si la plainte exprimée reste centrée sur l'amputation d'un champ perceptif visuel et sur les limitations induites, l'alliance thérapeutique vise à permettre une ouverture à d'autres horizons identitaires que ceux de la perte et de la dépression.

La prise en charge psychologique sera ainsi l'occasion d'explorer les ressources internes du patient, de les valoriser et de les mobiliser dans un enjeu de renforcement et d'ouverture à d'autres possibles de fonctionnement.

L'hypnose, en tant qu'état de conscience modifiée ouvrant à des processus mentaux souvent peu sollicités par le patient, est un outil qui trouve une place de choix de ce processus de remaniement personnel. Elle offre une voie d'accès privilégiée aux ressources de la personne et favorise directement l'émergence d'une psychodynamique résiliente.

Cette étude rend compte, au travers de plusieurs vignettes cliniques, des modalités d'action et d'émergence des ressources facilitées par l'état hypnotique et de ses effets cliniques thérapeutiques observés.

Mots clés : déficience visuelle, hypnose, handicap, résilience

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
PARTIE THEORIQUE	4
A – La perte visuelle comme perte traumatique	4
B – La perte visuelle comme perte des capacités d’adaptation et de régulation.....	6
C – Le possible ou l’inenvisageable de l’acceptation du handicap : la perte visuelle comme clinique du deuil	8
D – Remaniements psychiques, systèmes de défense et résilience	9
PARTIE CLINIQUE	19
A – le cadre thérapeutique.....	19
B - Les pathologies visuelles	19
C - Observations cliniques :	21
PARTIE REFLEXION	32
A - L’hypnose comme voie royale d’accès aux ressources du patient.....	32
B - L’hypnose comme voie royale d’accès aux ressources thérapeutiques du thérapeute	37
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43

INTRODUCTION

La question de l'apprentissage de l'hypnose médicale et clinique s'est posée, en ce qui me concerne, dans un cadre médical et clinique. Je suis psychologue depuis quelques années dans le domaine de la prise en charge de la douleur chronique, domaine où l'hypnose se trouve de plus en plus utilisée et plébiscitée autant par les personnels médicaux que paramédicaux. C'est donc par curiosité professionnelle et par souci d'enrichir ma pratique d'un outil supplémentaire, réputé, que je me suis inscrite à cette formation.

Ma connaissance dans le domaine était quasiment nulle, à l'exception d'une rencontre hasardeuse avec les écrits de François Roustang il y a environ dix ans, lecture plutôt motivée alors par un questionnement sur l'impact thérapeutique et relationnel de la psychanalyse auprès des patients. La densité de sa pensée ne le rendant pas forcément facilement accessible, je suis sûre de ne pas avoir pu en appréhender pleinement les apports et la richesse. Sa relecture actuelle est quelque peu plus éclairante.

Les différentes sessions de formation sont également venues faire écho à d'anciennes études universitaires de philosophie et une accroche avec la phénoménologie, accroche qui s'est maintenue constante, ensuite, dans mes études de psychologie avec un intérêt et une exploration de la phénoménologie appliquée à la psychiatrie et plus précisément, avec la lecture des travaux d'Eugène Minkowski.

Si mon intention de départ était l'amélioration de ma formation dans la prise en charge de la douleur, elle a évolué vers l'application de l'hypnose à d'autres domaines suite à la mise en pratique de l'exercice hypnotique dans un autre champ de compétence : celui de la rééducation fonctionnelle en basse vision.

Si je pensais, de prime abord, que le handicap sensoriel visuel, en tant que déficit dans la perception, pouvait être un frein, une entorse à l'entrée en phase d'induction, la clinique m'a donnée complètement tort ! Elle s'est avérée être riche et très instructive quant aux apports de l'hypnose chez des personnes en situation de crise et de remaniement identitaire induits par un handicap irréversible.

C'est, plus précisément, l'étonnement suscité par ma pratique qui a focalisé mon attention sur une dimension majeure de l'exercice hypnotique : la place de l'imaginaire et son support interne d'expression, à savoir l'imagerie mentale et la sensorialité. Supports dont les patients déficients visuels se sont avérés être d'inattendus et particuliers usagers !

La mise en application des outils techniques présentés par les différents intervenants formateurs a été éclairante et est venue mettre en lumière la spécificité du processus hypnotique dans un cadre où, indûment, il était supposé être entravé ou du moins peu facilité.

De l'hypnoanalgésie, je suis donc passée à l'étude des apports de l'hypnose dans l'accompagnement psychologique des personnes déficientes visuelles.

Il m'a semblé pertinent de commencer ce travail par une mise en lumière du cadre théorique qui sous-tend la clinique rencontrée : clinique du traumatisme et clinique du deuil. La clinique du traumatisme est convoquée en situation de handicap pour rendre compte du choc et de la désorganisation profonde engendrée par l'annonce d'une perte irréversible et de la durabilité des limitations induites par cette perte. La clinique du deuil, s'inscrit dans un second temps, suite à celle du trauma, comme cheminement vers l'acceptation du handicap.

Ma pratique d'accompagnement psychologique appliquée à ces « temps de crise » m'a poussée à m'intéresser particulièrement à la question de la résilience et des stratégies d'ajustement et de coping. J'en fais une rapide présentation avant d'y associer une réflexion sur la pertinence de l'hypnose dans ce cadre précis d'intervention.

La présentation théorique qui s'ensuit n'est donc absolument pas exhaustive et se veut centrée sur l'hypnose comme possibilité d'accès aux ressources de la personne et comme processus de changement. On reste dans le cadre de l'étude d'un outil thérapeutique faisant face à la souffrance du traumatisme, du deuil et de la perte temporaire de ses capacités d'adaptation et de régulation par le sujet souffrant.

La pratique de l'exercice hypnotique s'est faite dans le cadre d'une prise en charge en centre de rééducation où la dimension psychologique est centrée sur l'accompagnement de la personne dans sa démarche d'acceptation du handicap. Le travail thérapeutique engagé avec la psychologue se fait à plusieurs niveaux. Il est accompagnement du processus d'acceptation des limitations induites par le handicap visuel, accompagnement dans le deuil des capacités perceptives perdues et travail de mobilisation des ressources internes face au bouleversement identitaire imposé au patient. La clinique relatée dans ce travail s'attachera à présenter plusieurs vignettes cliniques de suivis de patients différents.

J'avais, dans un premier temps, pensé à présenter ce travail avec un support vidéo, mais filmer une personne déjà effractée en permanence par le regard d'autrui qu'elle ne peut plus capter me semblait intrusif, voire voyeuriste. Ce qui est assez dérangent dans un domaine clinique où le visuel est pathologiquement et organiquement défaillant et où le thérapeute est sensé incarner la bienveillance et la mise en congruence. Cela m'aurait donnée l'impression de faire de l'hypnose spectacle avec l'infirmité d'un autre qui, on le verra dans la première partie de cet écrit, fait tout son possible pour la dissimuler et la rendre invisible.

La dernière partie de ce travail se termine d'ailleurs en ouvrant une réflexion sur le nécessaire ajustement du thérapeute au patient, ajustement que suscite l'hypnose sur le plan relationnel, communicationnel, physique et psychologique. Ce troisième temps de travail dans le mémoire sera, avant tout, l'occasion de passer en revue les hypothèses issues de l'approche théorique à la lumière de la pratique clinique, manifestant les apports de l'hypnose dans la prise en charge psychologique des patients déficients visuels.

PARTIE THEORIQUE

A – La perte visuelle comme perte traumatique

La perte de la vue, c'est la perte d'un sens qui totalise 80% des informations reçues de l'extérieur tandis que les autres se partagent les 20% restant.

L'entrée dans le monde de la déficience visuelle se fait, pour beaucoup, au cours d'un rendez vous chez l'ophtalmologue suite à une baisse subite ou progressive de la vue. C'est l'annonce diagnostique qui vient faire basculer la personne dans la basse vision. Dès lors, c'est un monde nouveau et inhabituel qui émerge et qu'il va falloir conquérir. Celui qui perd la vue doit apprendre à voir autrement, voir avec la sensibilité de son corps, avec les capacités sensorielles « restantes ». Il va apprendre à voir ce qu'il sent, ce qu'il touche, reconnaître les odeurs familières, palper un objet nouveau pour se l'approprier.

Dans le monde de la déficience visuelle, il y a deux grandes entités : les aveugles et les mal-voyants. Et une césure avec les autres, les normaux, les « bien-voyants » qui leur renvoient régulièrement un : « Je ne pourrais jamais vivre ça », « perdre un sens comme l'ouïe mais pas la vue ».

Les personnes concernées par la déficience visuelle ne sont pas dans le noir total mais évoluent dans un entre-deux, celui du voir et du non-voir, entre l'ombre et la lumière. Les objets leur échappent, les formes et les couleurs se mélangent, les trottoirs et les reliefs s'évanouissent selon les variations et intensité de lumière, faisant des malvoyants des voyants par fulgurance et par intermittence. La fluctuation de la perception des objets est imprévisible puisqu'elle dépend de l'éclairage, de la luminosité, de la pénombre, de la position du sujet dans l'espace, de la fatigue de la personne, de son stress, et de son état psychologique. Il suffit parfois d'une luminosité changeante ou d'une modification d'axe pour retrouver ce contact familier avec la vision.

C'est un monde nouveau où la reconnaissance d'autrui deviendra et passera par la perception de masses se déplaçant dans l'ombre. A cela s'associe la frustration de ne pouvoir suivre ce qui se passe, de ne pas comprendre et de ne pas pouvoir participer « comme tout le monde » aux différents échanges au niveau relationnel et communicationnel.

Dans ce changement majeur de rapport au monde, à soi, à autrui, la quasi la totalité des patients rencontrés m'ont fait part de leur volonté de dissimuler leur handicap pour « ne pas gêner les autres », « pour continuer de faire comme les autres », « pour faire comme avant », avec toute la part inévitable de masque et de faux-semblant que cela suppose d'investir et de créer quotidiennement. Se mêlent alors vécu de préjudice et dissimulation d'une « faute » et d'une honte pouvant amener, à leurs dires, à la marginalisation complète si elle était révélée. Cela consiste à continuer de faire perdurer un face à face lors des échanges afin de donner l'impression de regarder la personne dans les yeux, à s'accuser publiquement de maladresse lors de la perte ou du renversement d'un objet, à décliner les invitations plutôt que de tâtonner en public, à chercher des astuces pour retrouver son chemin, prendre connaissance d'une notice ou du prix d'un produit.

Ce besoin de cacher la pathologie visuelle engendre des tendances à lutter, à faire comme si « tout allait bien », à faire croire « qu'on voit vraiment ». Le handicap devient alors

un défi à relever. De nombreuses parades sont inventées pour rester du côté de ceux qui voient, quitte à se retrouver accusé de simulation, de manque attentionnel ou parfois même d'attitude impolie, faisant du mal-voyant un usurpateur au regard de la personne qui voit.

Nombre de personnes mal voyantes réagissent par une négation de leur différence et par la mise en place d'un surmoi combatif qui leur permet de tenir le coup en donnant le change aux voyants. J'ai ainsi eu l'occasion de rencontrer certains patients ayant hyper investi le domaine professionnel, et leur ténacité, voilant leur souffrance, leur permet de conserver une bonne intégration dans la méconnaissance complète par leur entourage de leur handicap. Cette ténacité et cette tendance à la dissimulation pousse parfois jusqu'au déni. L'illustration de la rééducation aux déplacements l'illustre bien : l'apprentissage de l'utilisation d'une canne blanche reste un cap difficilement franchi. Pour de nombreux patients, accepter l'utilisation de la canne revient à se reconnaître soi-même porteur de handicap et à afficher un état de régression et de diminution, de renoncement de lutter. Mieux vaut ne plus sortir de chez soi plutôt que d'afficher sa dépendance et son invalidité.

Cependant on observe chez tous un état dépressif qui chemine, sournoisement, à leurs côtés. Leur quotidien reste rythmé par la lutte et la perte, alternant entre surcroît d'activité et épuisement. Souvent, surtout suite à l'annonce de la pathologie ou au cours d'un trop grand isolement psychologique et social, c'est la dépression qui domine jusqu'à devenir un vécu majoritaire permanent, monde sans saveur et de désespoir. Le handicap visuel contraint à accepter, aux dires des patients, une liberté restreinte et parfois la frustration « à perpétuité », à installer des substituts à la place de rêves devenus impossibles et de désirs réprimés considérés comme ne pouvant plus espérer de satisfaction. C'est un discours du désespoir qui prime au premier abord.

Si le handicap apparaît être une remise en cause des acquis, ébranlant les repères et déstructurant l'identité, il est aussi, on le verra, le lieu de surgissement de potentiels cachés et d'émergence de ressources inexploitées. C'est sur ce principe fondamental que s'appuie la rééducation des personnes déficientes visuelles : s'appuyer sur les ressources de la personne, les mobiliser, les valoriser.

La rééducation en basse vision, c'est apprendre à se saisir d'un objet sans l'avoir vu, par intuition ou par contact, mobiliser l'imaginaire en apprenant à solliciter une représentation de l'objet. Un regard est conservé, qu'on appelle visuo tactile, où la personne s'appuie sur ses autres sens pour compenser la perte visuelle et apprend à développer d'autres modalités de perception, notamment par le toucher et l'audition. La personne regarde alors par un son, par une odeur, par la pression ou le contact pour définir les contours d'un objet. C'est au sein d'une équipe pluridisciplinaire que viendra s'étayer ce réapprentissage du quotidien : ergothérapeute, orthoptiste, psychomotricienne, infirmière, assistante sociale, aide médico psychologique et psychologue.

La rééducation est pour beaucoup un temps de désillusion et de reconstruction : désillusion par le deuil des retrouvailles possibles d'une vision sans handicap et reconstruction par l'apprentissage d'un voir autrement. Si chacun se présente avec l'espoir, rapidement déçu « qu'on va leur rendre leurs yeux », les bilans à la sortie de la prise en charge font quasiment tous état d'une reprise de confiance en soi, vers de nouvelles façons de percevoir et d'agir, dans une dynamique d'autonomie et de création d'un nouveau rapport au monde.

B – La perte visuelle comme perte des capacités d’adaptation et de régulation

Le handicap visuel, qu’il survienne de manière brutale ou progressive, fait toujours trauma dans la trajectoire de la personne. Les patients font état d’une sidération psychique et physique suite à l’apparition puis à la confirmation de leur perte visuelle. « *Je ne pouvais plus penser* », « *je suis resté des semaines enfermé sans pouvoir sortir ou assurer ma vie quotidienne* », « *ma vie s’est arrêtée* » sont des vécus relatés par tous ceux ayant subi le choc d’annonce de mort partielle ou totale de leur organe visuel.

La dimension traumatique se situe au niveau du choc de l’annonce de l’irréversibilité de la perte visuelle, de la perte soudaine de ses capacités ordinaires, des limitations induites à long terme et du remaniement identitaire net imposé.

Les entretiens menés avec les personnes découvrant leurs troubles visuels manifestent bien la prégnance de cet état de choc traumatique : pauvreté narrative de leur discours, pauvreté des associations, focalisation obsédante, désintégration des modalités sensorielles avec une désorientation renforcée par un état physiologique ne leur permettant plus de s’appuyer sur les repères familiers ou des ancrages visuels familièrement stabilisateurs.

Leur sphère cognitive se trouve submergée par la focalisation des pensées en direction de cette perte engendrant, en retour, un désinvestissement attentionnel et une difficulté à se concentrer dans les autres domaines. Il s’opère une distorsion cognitive qui se traduit par une attention sélective sur la zone endommagée : il n’est plus question que des perceptions visuelles antérieures, de leur disparition, d’une description minutieuse et répétitive des altérations actuelles et des limitations induites (arrêt de la vie professionnelle, des déplacements, bouleversement des actes de la vie quotidienne, etc)

Comme le montre Claude Barrois¹, la clinique du traumatisme psychique est l’illustration d’une rupture dans la continuité. Elle est alimentée par une incapacité à réagir de façon constructive aux sentiments relatifs à la perte : « c’est l’horreur... » est parfois l’unique constat verbalisable.

C’est le propre de l’événement traumatique de venir bouleverser les capacités adaptatives, d’élaboration psychique et de défense du sujet. Il vient faire irruption dans le monde interne du sujet en se logeant dans la psyché comme un « corps étranger interne ». (Freud, 1916). Comme le signale L. Crocq (1997)² : « l’événement traumatique fait irruption brutalement, occupe toute la place et refuse de se laisser assimiler, envahissant totalement le présent, obstruant l’avenir et remodelant même le passé à son image ».

Afin de réguler, voir anesthésier, cette souffrance psychologique réactionnelle au traumatisme, le sujet peut mettre en place différents types de stratégies d’ajustement et de défense pour tenter une auto guérison ou au moins une maîtrise de celle-ci : par l’évitement, l’hypervigilance contrôlante, ou la dissociation comme anesthésie voir déni de cette situation bouleversante. Celles-ci sont révélatrices de la vulnérabilité de la personne traumatisée, de son état de détresse et de dépendance et de la rupture de sens induite.

¹ BARROIS C, *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod, 1988, p.165

² CROCQ L., « Stress, trauma et syndrome psychotraumatique », *Soins psychiatriques*, n°188, pp. 7-13

On retrouve :

Des conduites d'évitement, caractérisées par le développement d'un monde imaginaire d'évitement de toute situation douloureuse ou stressante, l'émoussement des affects, le désinvestissement des relations interpersonnelles, la perte de l'anticipation positive de l'avenir avec une altération au niveau des schémas cognitifs caractérisés par la perte d'espoir

D'hypervigilance, manifestes par un tableau d'hyperactivité neurovégétative : hypervigilance, état d'alerte et de contrôle, sursauts, insomnies, réveils nocturnes, hypersensibilité, irritabilité, colères explosives, troubles de la concentration et de l'attention, hyperexcitabilité et labilité émotionnelle

De dissociation : liée à une altération de la conscience et qui comprend l'ensemble des vécus de distorsion de la réalité (dépersonnalisation, déréalisation, sentiment d'étrangeté) et leurs conséquences (trouble de la mémoire et de la concentration, automatisme, affectivité perturbée).

Un état de dépendance : plus la personne identifie la perte de soi dont elle est victime plus elle mesure son extrême dépendance, ontologique et matérielle. Elle s'illustre par un écartèlement de la personne entre son vécu d'impuissance à donner un sens symbolique à ce trauma et ses tentatives de recouvrer une maîtrise de soi et de son environnement, parfois jusqu'à l'épuisement, physique et psychologique.

La déficience visuelle entraîne également, matériellement, un état de dépendance à autrui qui peut engendrer une régression évoquant un comportement infantile et amenant la personne à souhaiter un soutien psycho affectif quotidien et de longue durée. Cet état régressif est souvent amplifié et alimenté par l'entourage lui-même qui adopte une attitude de surprotection avec le proche handicapé.

La perte de sens et de lien social : par les changements de vie subis suite à la survenue des troubles visuels, le handicap visuel engendre une rupture sociétale transformant l'individu *dans le monde* en individu *hors du monde*. Il vient révéler la fragilité des liens qui tissent et soutiennent la communauté, l'illusion de la stabilité du sens et des expériences, de leur durabilité et pérennité. Ce bouleversement peut aller jusqu'à engendrer la perte de ce que Ferenczi appelle les certitudes narcissiques fonctionnelles (valeurs personnelles, croyances religieuses). Ce qui faisait sens jusqu'alors et office de cadre contenant, d'enveloppe protectrice inconsciente, se trouve fissuré, bouleversé et perd son rôle de défense et d'encadrement au sein d'une totalité qui faisait sens pour l'individu.

La personne, dans sa tentative de réintégration de soi, tente souvent d'injecter du sens à ce qui lui arrive, de maîtriser ne serait-ce qu'intellectuellement le bouleversement de son identité. L'une des questions qui revient le plus souvent est « pourquoi moi? », « Qu'ai-je fait ? », « Comment expliquer et comprendre cette rupture brutale et ce changement radical de vie? ». Autant de questions obsédantes qui font de la rationalisation, un mode de défense opérant dans la manifestation et la gestion du traumatisme. Ce travail de liaison psychique est cependant, souvent, une des étapes vers le deuil de l'objet perdu et le chemin nécessaire dans le travail d'acceptation du handicap.

C – Le possible ou l'inenvisageable de l'acceptation du handicap : la perte visuelle comme clinique du deuil

Un deuil narcissique :

« Même si le deuil peut devenir facteur de croissance et nous enrichir intérieurement, il fait aussi mourir une partie de nous-mêmes. Ceci n'est pas facile à accepter d'emblée ; c'est la nature même du travail de deuil de nous amener à cette acceptation » explique M. Hanus³.

Comment accepter la douleur du manque, le traumatisme qu'est toute perte importante ? Comment l'élaborer ? C'est toute la question du deuil, deuil d'autant plus difficile dans le cadre de la perte visuelle, qu'il est consécutif à la perte (partielle ou totale) d'un organe et qu'il peut laisser, au début, l'espoir illusoire de retrouvailles avec ce qui est perdu. On peut d'ailleurs parfois observer une phase de déni ou d'anesthésie prolongée suite à l'annonce ou l'apparition du handicap qui peut inaugurer l'apparition ultérieure de complications ou, tout du moins, de deuil difficile.

Ce que le narcissisme ne peut tolérer, c'est de « se voir imposer une limite, un manque, ce qu'il ressent comme une amputation, une perte de son être qui s'attaque à sa nature, à son essence ; n'étant plus tout-puissant, il ne serait plus lui-même »⁴. Le deuil de la vue renvoyant à une atteinte de l'intégrité de la personne est aussi une atteinte et une perte au niveau narcissique. « La vue, c'est la vie » répètent les patients atteints de déficience visuelle, « maintenant ma vie est foutue et je ne sers plus à rien ».

Le travail psychologique implique de pouvoir entendre et recevoir ces plaintes existentielles et d'accompagner la personne dans une démarche de deuil comme remaniement identitaire et possibilité d'un renouveau.

le cheminement du deuil :

Comme le montre M. Hanus, le déroulement du deuil passe par trois grandes étapes : le début, marqué par un état de choc plus ou moins prononcé, le cœur même du deuil qui réalise un authentique état dépressif et la phase de terminaison. Il précise que ces trois moments peuvent se chevaucher : la reconnaissance de la perte peut ne pas être encore consommée lorsque la dépression débute et l'étape finale peut se dessiner lorsque l'état dépressif est encore en cours.

L'état dépressif est l'étape centrale du deuil selon lui. Il s'agit d'un véritable état dépressif tant sur le plan clinique que psychologique : dépression de l'humeur, douleur intérieure, désintérêt pour soi-même et le monde ambiant, l'absence de goût, d'élan et de désir, un fonctionnement mental difficile et pénible entraînant apathie, aboulie et un repli sur soi. S'y ajoute un sentiment d'abandon, de solitude et de manque. A chaque séquence du deuil, le sujet « peut inconsciemment tenter d'échapper à sa douleur en refusant de reconnaître la réalité ; mais ainsi il en prolonge la durée et risque, s'il persévère dans cet attermoisement, de déboucher sur de complications »⁵.

³ HANUS M. , *Les deuils dans la vie*, Paris, Maloine, 2007, p.360

⁴ *Ibid.*, p360

Il est en effet fréquent que le patient engage une lutte entre refus et acceptation, tentant de temporiser et d'étaler dans le temps ce mouvement régressif de désorganisation du moi. Il s'enferme alors dans l'auto conviction qu'un moyen médical non encore proposé existe, que sa perte visuelle est temporaire bien que le diagnostic médical affirme le contraire ou que les prouesses chirurgicales actuelles amèneront rapidement une solution organique à cette disparition.

Le dernier temps du deuil débute lorsque le sujet se tourne vers l'avenir, s'intéresse à de nouveaux objets, tisse de nouveaux liens et est capable de ressentir de nouveaux désirs et de les exprimer. C'est ce qui fait dire à M. Hanus que le travail psychique de deuil est « une mise à l'épreuve de nos capacités d'adaptation à un traumatisme qui nous renvoie aussi à nos insuffisances et à notre finitude » et « amène souvent une maturation du moi et une meilleure adaptation à la réalité »⁶.

Le concept de résilience et la notion de coping renvoient à cette question de la mise à l'épreuve des capacités d'adaptation, à celle des mécanismes de défense mobilisés par la personne pour faire face au traumatisme, à sa mise en sens et à son intégration vers une remobilisation de personnalité, voire une croissance maturante. Il a semblé intéressant de les présenter succinctement du fait de leur pertinence dans la manière d'aborder le travail thérapeutique engagé auprès des patients déficients visuels.

D – Remaniements psychiques, systèmes de défense et résilience

Un des enjeux thérapeutiques de l'exploration des mécanismes de défense et de coping (au sein de l'accompagnement psychologique des personnes porteuses de handicap visuel) est d'accéder à une compréhension plus élargie du fonctionnement de la personne, quant à son mode de réponse aux conflits et sources de tension internes et externes.

Le *coping*, anglicisme issu du verbe to cope, exprime la capacité de faire face et d'affronter une situation. Il désigne les réponses cognitives et comportementales que le sujet utilise consciemment face à un danger ou un problème externe comme stratégie d'ajustement. La recherche des stratégies de coping mises en place en situation de crise passe par une recherche des facteurs protecteurs de personnalité et fait écho à une autre notion, celle de résilience.

Le terme anglo-saxon de *résilient* est utilisé en sciences physiques pour désigner la capacité d'un corps à revenir à sa forme d'origine après avoir été étiré (à l'exemple d'un élastique ou d'un ressort). Cette idée a été transposée pour définir l'aptitude d'un individu à retrouver rapidement son équilibre psychique après un événement difficile. B. Cyrulnik (1999) insiste sur cette compétence à se régénérer. Selon lui, l'individu « résilient » puise en lui-même les ressources pour reconstruire sa personnalité autour de son histoire. Il existe

⁵ *Ibid.*, p.116

⁶ *Ibid.*, p.125

certainement une cicatrice liée à la situation douloureuse traversée, mais le blessé psychique trouve la force de construire un nouvel avenir sur la base étayante de ressources et relations intériorisées qu'il saura mobiliser.

Les *mécanismes de défense* sont également un élément essentiel de la résilience dont l'efficacité va dépendre de la nature, de la variété, de la souplesse des mécanismes de défense mobilisés. Ils sont à considérer comme l'expression propre d'un sujet, de ses ressources internes et externes et de sa façon de les mobiliser à un moment donné de sa trajectoire de vie. Des niveaux de fonctionnement défensif sont proposés selon une échelle, « l'échelle de fonctionnement défensif » (DSM-IV) qui tente de classer les adaptations de l'individu en fonction du niveau de stratégie d'affrontement (c'est-à-dire en fonction de valeur donnée à certaines formes de *coping*).

Cette échelle du DSM-IV reconnaît sept niveaux de fonctionnement défensif. Cette classification est empirique et comprend les niveaux suivants :

Niveau adaptatif élevé

Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- L'anticipation
- La capacité de recours à autrui
- L'altruisme
- L'humour
- L'affirmation de soi
- L'auto-observation
- La sublimation
- La répression

Niveau des inhibitions mentales (formation de compromis)

Les exemples de défense présentées à ce niveau sont :

- Le déplacement
- La dissociation
- L'intellectualisation
- L'isolation de l'affect
- La formation réactionnelle
- Le refoulement
- L'annulation

Niveau mineur de distorsion de l'image

Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- La dépréciation
- L'idéalisation
- L'omnipotence

Niveau de désaveu

Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- Le déni
- La projection
- La rationalisation

Niveau majeur de distorsion de l'image

Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- L'identification projective
- Le clivage de l'image de soi ou des autres

Niveau de l'agir

Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- Le passage à l'acte
- Le retrait apathique
- La plainte associant demande d'aide et rejet de cette aide
- L'agression passive

Niveau de dysrégulation défensive

Les exemples de défenses présentes à ce niveau sont :

- La projection délirante
- Le déni psychotique
- La distorsion psychotique

1. Le niveau adaptatif élevé est le plus congruent à l'événement, vécu de façon gratifiante et consciente
2. Le niveau des inhibitions mentales assure le maintien hors de la conscience des vécus et des idées. Il s'agit d'une forme d'adaptation plus régressive.
3. Le niveau mineur de distorsion de l'image est une forme défensive plus inadaptée qui s'accompagne d'une distorsion des perceptions de l'image de soi et d'autrui.
4. Le niveau de désaveu est caractérisé par une tentative d'isolation des affects et correspond à la mise en place d'une distance entre l'événement et les ressentis.
5. Le niveau majeur de distorsion de l'image se réfère à des perturbations de degré pré-psychotique des perceptions.
6. Le niveau de l'agir est une tentative quasi comportementale de réponses aux stimuli avec mise en place d'une action ou, au contraire, d'un blocage.
7. Le dernier niveau décrit (celui des dysrégulations défensives) est une expression psychotique avec rupture de la réalité. Cette rupture serait consécutive à l'échec des mécanismes défensifs. Tout événement traumatique mobilise les défenses

individuelles. La qualité de la réponse adaptative induit l'avenir psychique de l'individu.

Il faut tout de même noter que dans les stress majeurs, les mécanismes de défense réputés les plus immatures, dysfonctionnels ou pathologiques peuvent avoir une fonction protectrice⁷.

Par exemple, la fonction adaptative de la dissociation se révèle en tant que réaction à un traumatisme majeur et permet au sujet de se détacher d'une réalité insupportable, en particulier par la dépersonnalisation et la déréalisation. Nous verrons également, dans la suite de ce travail, qu'elle intervient au coeur du processus hypnotique comme disposition psychique facilitante et ouverture à d'autres états mentaux.

La rationalisation apparaît également être une défense opérante au travers des généralisations qui aident à banaliser la situation difficile en se référant à l'expérience collective : « *c'est la vie qui est comme ça* ».

Le déni peut aussi faire état d'une fonction adaptative, comme protection extrême contre la douleur par un refus, une non reconnaissance de la perte de la vue.

La recherche et la compréhension des mécanismes de défense et des stratégies d'ajustement utilisées par un patient en situation de crise s'inscrit dans un travail de mobilisation des ressources de la personne, dans la volonté thérapeutique de retrouvailles avec ses capacités de régulation et d'adaptation.

Les interventions thérapeutiques visent alors à aider la personne à conscientiser les processus de maîtrise et de défense mis en place et à en promouvoir d'autres plus souples afin de permettre une ouverture hors de schémas répétitifs douloureux. Cela passe par un travail de repérage des circonstances suscitant l'activation des processus de défense ou de coping, une conscientisation de leur modalité de mise en jeu et d'expression, sur le plan cognitif et comportemental.

L'enjeu est de mettre à jour, de mobiliser et de valoriser les ressources de la personne, notamment résilientes, pour lui permettre de s'appuyer sur des forces parfois insoupçonnées et étayantes. Cette mise en pratique permet ensuite au patient de développer un moi auto observateur visant à l'autonomiser et à faire de lui-même son propre thérapeute.

En quoi l'hypnose peut-elle être un outil thérapeutique supplémentaire dans cet accompagnement du patient dans la mobilisation de ses ressources et la conscientisation de ses stratégies d'ajustement et de résilience en situation de crise ?

Nous verrons, dans la partie théorique qui suit, que l'hypnose est avant tout un phénomène naturel d'état modifié de conscience utilisé de façon volontaire par le thérapeute afin de proposer au patient un accès au changement et à des ressources internes méconnues ou non mobilisées.

⁷ CHABROL H., CALLAHAN S., *Mécanismes de défense et coping*, Paris, Dunod, 2004, p.

APPROCHE THEORIQUE DE L'EXERCICE DE L'HYPNOSE

- Qu'est ce que l'état hypnotique ?

L'état hypnotique en lui-même est un état de conscience naturel, ordinaire de veille, présent chez chacun au même titre que la distraction, la rêverie, la méditation ou le début d'endormissement. Parmi les signes extérieurs de transe légère, on retrouve une plus grande lenteur de réponse, le regard dans le vague qui peut aller vers une sensation d'engourdissement lorsque la transe s'approfondit, de pesanteur ou encore vers une respiration plus apaisée, une déglutition plus marquée, un aplatissement des traits du visage marquant l'état dissocié de la personne.

D'un point de vue neurophysiologique, l'hypnose consiste en une activation à la fois des circuits de détente mais aussi d'absorption de l'attention, d'une attention facilement concentrée et focalisée sur un élément donné.

Pour le psychiatre Milton Erickson, lorsque l'on fait de l'hypnose, on permet aux patients de vivre l'état hypnotique en prolongeant cette capacité naturelle à l'hypnose, caractéristique d'une forme de dissociation, dissociation qui induit une plongée dans l'imaginaire et une suggestibilité accrue par l'état de conscience modifiée⁸. L'hypnotiseur ne crée donc pas l'état hypnotique mais le déclenche, reproduisant un état naturel d'hypnose.

En quoi ces états de transe hypnotique viennent-ils favoriser la dynamique d'évolution chez une personne ?

Erickson (1958) définit l'hypnose comme « un état de veille, avec concentration accrue, permettant une augmentation de la réceptivité et de la réactivité à une idée ou à un groupe d'idées ». C'est cette augmentation de réceptivité qui ouvre au travail thérapeutique et c'est la réactivité accrue qui permet une sollicitation et une mobilisation des ressources. L'augmentation de la réceptivité et de la réactivité sont sollicitées par cet état de concentration accrue, préalable et porte ouverte à la transe hypnotique.

Pour Y. Halfon⁹, « l'état hypnotique est un niveau de conscience élevé, orienté vers l'intérieur de soi-même, accompagné d'une atténuation de la vigilance externe : c'est un état détendu de concentration. Pour la plupart d'entre nous, cet état est un endroit sûr et confortable dans lequel nous avons une plus grande capacité d'imaginer et de communiquer avec le corps et l'esprit ».

Un des leviers thérapeutiques de l'hypnose passe par l'élargissement du champ de conscience qu'elle occasionne : elle ouvre un accès aux fonctions mentales primaires (et donc à la régression). Les images, ressentis sensoriels, affects sont comme dans le rêve associés par condensation, déplacement...

⁸ BIOY A., CELESTIN-LHOPITEAU I. (Sous la direction de), *Aide-mémoire, Hypnothérapie et hypnose médicale*, Paris, Dunod, 2014, p.79

⁹ MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C., *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*, Paris, Maloine, 2013, p. 119

Cette ouverture à plusieurs champs de conscience permet une plus grande fluidité entre les processus mentaux, propice à une dynamique de remaniement au sein de la vie interne. Les suggestions faites au sujet dans une visée de changement s'y trouvent renforcées et plus créatives.

Benhaiem citant Bernheim insiste sur cette dimension de maîtrise comme ouverture¹⁰ : « la suggestibilité existe à l'état de veille, mais elle est alors neutralisée ou réfrénée par les facultés de raison, par l'attention, le jugement. Dans l'hypnotisme, ces facultés sont engourdies, affaiblies ; l'imagination règne en maîtresse ; les impressions qui arrivent au sensorium sont acceptées sans contrôle et transformées par le cerveau en actes, sensations, mouvements, images ».

L'état hypnotique permet de contourner l'esprit logique raisonnable qui offre des réponses logiques et raisonnables s'appuyant parfois sur de fausses croyances et vient mobiliser d'autres ressources, souvent inconscientes et non accessibles jusqu'alors.

L'état de transe hypnotique favorise donc une dynamique d'évolution chez une personne en tant que mise en acte de transformation par l'imagination. François Roustang précise bien que « ce n'est pas la montée en régime de l'imagination qui engendre l'hypnose, mais bien plutôt l'état hypnotique, la veille paradoxale, qui permet à l'imagination de se déployer pour transformer nos relations avec les êtres et les choses »¹¹.

Il parle de puissance transformatrice de la personne au sein de son existence et de pouvoir inné à ordonnancer et configurer notre monde, présente dans le pouvoir de rêver lors du sommeil paradoxal et lors de l'état de « veille paradoxale ».

- **De cet état de conscience modifié peut naître du changement**

- *Car il suggère des alternatives là où il y avait impasse... :*

Les suggestions de possibilités nouvelles aux schémas répétitifs, par le recours à la métaphore, au récit, aux images permettent au patient de faire des expériences imaginaires d'autres façons d'être. Cette ouverture à d'autres modalités de perception et de fonctionnement permet l'émergence de non connu ou d'inattendu, d'inhabituel. Pour sortir de son vécu d'impasse, le patient a besoin d'expérimenter quelque chose d'autre que son vécu. L'hypnose offre cette possibilité en présence de quelqu'un qui peut le comprendre et le recevoir.

L'état hypnotique, induit une sensation de relâchement corporel et mental mettant au diapason corps et esprit ensemble, propice à un changement global dans l'agencement physique et psychologique de la personne. Les choses sont perçues, senties mais pas analysées et ne passe pas par un processus d'intellectualisation. Roustang parle d'être « *tout entier dans le sentir* »¹²

¹⁰ BENHAIEM J-M, *L'hypnose qui soigne*, Paris, J.Lyon, 2010, p. 321

¹¹ ROUSTANG F., *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Paris, Les éditions de minuit, 2003, p.14

¹² ROUSTANG F., *Savoir attendre*, Paris, Odile Jacob, 2008, p.12

- *...par l'accès aux ressources de la personne :*

Le patient est considéré comme un réservoir de ressources, où seront puisées les solutions personnelles qui lui permettront de se libérer des cercles vicieux où il est empêtré. L'hypnose ne crée donc pas mais favorise un nouveau comportement, une nouvelle cognition, un autre rapport au monde à partir des capacités existantes.

Roustang parle de renouer avec nos forces lorsque nos relations et connexions ont été coupées, par inanition, de retrouver un état de souplesse, une disponibilité. Le clinicien va guider son patient vers une modification de son expérience subjective, vers une autonomisation jusqu'à l'appropriation des mécanismes hypnotiques, ouverture à l'autohypnose.

- *et la replace dans une position d'activité :*

La thérapie hypnotique vise à ce que le patient puisse transformer son état de passivité à l'égard de sa souffrance en position active, en imaginant une représentation mentale et corporelle « agie » de son changement possible.

Les études en imagerie cérébrale¹³ montrent qu'il n'y a pas de démobilité des fonctions exécutives du cerveau pendant l'hypnose : le cerveau qui imagine sous hypnose se comporte comme si l'image, l'activité et les ressentis associés à la visualisation étaient en réalité activés. C'est en ce sens qu'on peut dire que les patients *activent* leurs ressources en hypnose. L'imagination a plus de pouvoir que la volonté consciente et a une capacité de création par la visualisation (et pas uniquement de représentation). C'est tout le rôle de la suggestion en hypnose qui a une fonction idéo-motrice, explique Benhaiem¹⁴. Elle a le pouvoir de transformer une idée en acte.

- *Ce que cela implique en pratique :*

La transe hypnotique comporte trois phases autour desquelles le praticien structure la séance et offre un cadre au sujet pour qu'il puisse faire le travail :

- Une phase de démarrage et d'induction de l'état de transe ;
- Une phase de travail pendant la transe ;
- Une phase de fin de travail.

Elle s'appuie sur :

- *Une baisse d'attention par rapport à la réalité et la diminution des activités de contrôle :*

¹³ BIOY A., CELESTIN-LHOPITEAU I. (Sous la direction de), *Aide-mémoire, Hypnothérapie et hypnose médicale*, Paris, Dunod, 2014, p.113

¹⁴ Ibid, p. 72

Comme l'explique A. Bioy¹⁵ « l'induction a pour visée la destruction de notre système de coordonnées figé ou restreint et, par le fait même, de nous ouvrir, fût-ce quelques instants, à un nouveau complexe relationnel souple et ample ». La focalisation de l'attention vise à permettre au patient de s'absorber pour laisser s'ouvrir la porte de l'induction et de la dissociation. C'est un temps de fermeture par rapport aux sollicitations du monde extérieur pour un investissement accru et majoritaire de la vie perceptive interne.

La fixation de l'attention vise à capter l'activité mentale du sujet jusqu'à élargir le champ de conscience vers une activité mentale intériorisée : les sensations corporelles vont de l'extérieur vers l'intérieur.

Pour ce faire, l'attention du sujet peut commencer par se fixer sur un objet, une partie du corps, une image intérieure ou la respiration. Le thérapeute n'hésitera pas à employer des expressions renvoyant à une expérience sensorielle, cherchant préalablement à déterminer le canal sensoriel préférentiel du patient.

Le discours inductif peut se référer à des termes touchant au visuel, à l'auditif, au kinesthésique, à l'olfactif, au gustatif. Dans le cadre de la déficience visuelle, l'attention du patient a tendance à se reporter vers le canal auditif (légitimant le recours à des formulations telles que « je vous invite à prendre conscience des bruits qui vous entourent ») et kinesthésique (concentration sur zones d'appui et corps dans la chaise, contact).

L'entrée dans cet état de conscience dissocié et d'hyperprésence marque alors le début de la transe hypnotique, moment où le patient accède à ses capacités intuitives, imaginatives et puise dans sa mémoire images et sensations.

- *Un langage dissociatif et un langage figuratif :*

Le discours du thérapeute est flou, confusionnant, de façon à décourager les tentatives d'analyse de l'esprit conscient et favoriser l'activation de ces processus et de l'état dissociatif. L'utilisation de procédés langagiers de répétition participe à ce flou et au maintien de la dissociation, induisant une concentration sur la voix de l'hypnothérapeute.

Le rythme et le débit verbal ont également leur importance : la monotonie et le calme dans le ton de la voix, modulé et appuyé par l'emploi de mots rassurants participe à la fixation et la constance de l'état de transe. Dans le cas de personnes déficientes visuelles, la prégnance du canal auditif oblige à être d'autant plus attentif au langage et à l'expression verbale qu'ils vont être surinvestis par rapport à la moyenne chez ces personnes.

A l'utilisation d'un langage dissociatif s'ajoute celle d'un langage figuratif, les suggestions proposées se faisant sur le mode de l'analogie. Comme Yves Halfon l'explique¹⁶, « il est très difficile, voire impossible, de générer des changements thérapeutiques, surtout des changements physiologiques, en employant consciemment sa volonté. C'est pourquoi l'induction hypnotique procède davantage par images, par analogie et métaphores ».

La métaphore n'a pas pour but la connaissance mais permet de communiquer quelque chose dans le ressenti à un niveau qui n'est pas dans le raisonnement mais dans la sensorialité, l'expérience. Le thérapeute propose au patient une nouvelle vision des choses, apportant un

¹⁵ *Ibid.*, p.35

¹⁶ *Ibid.*, p.214

éclairage différent et générant un sentiment d'identification via la suggestibilité et la réceptivité accrues du sujet

Dans une logique d'animation des vécus internes, des termes se rapportant à l'exploration, au mouvement, à la curiosité, à la surprise, à l'action pourront également être utilisés.

- *l'ajustement du thérapeute :*

La pratique de l'hypnose nécessite de s'adapter à l'autre et à son monde interne : à ses croyances, à sa banque d'images, à ses modalités d'entrer en relation, à son système défensif, à ses attentes, à ses angoisses et inquiétudes face au lâcher prise. Cela implique, dans une recherche de congruence, à créer un mode de communication qui s'appuie sur des images et ressources à disposition du patient.

Le choix des images et des ressentis évoqués lors de la transe exige du thérapeute une grande capacité d'observation et d'écoute préalables et nécessite d'entendre le sujet dans sa globalité afin d'appréhender le plus justement possible sa vision du monde.

Il faut noter que l'ajustement du soignant dépasse la considération et l'utilisation adaptée de la rhétorique hypnotique. La dimension non verbale, corporelle, posturale est également à prendre en compte : le rythme de la respiration du patient, son tonus musculaire, son faciès, ses mouvements de signaling... L'ajustement corporel du thérapeute passe par une synchronisation avec le vécu du patient, par une harmonisation en miroir avec sa respiration et sa posture, renforçant la concordance des vécus et amplifiant leurs effets.

Comme l'explique Antoine Bioy, « la transe hypnotique est également une expérience partagée, d'un moment de relation interpersonnelle où chacun ressent l'autre et le thérapeute est amené à s'impliquer dans la relation intersubjective avec toute l'étendue et l'épaisseur de sa sensibilité, c'est-à-dire son corps »¹⁷.

¹⁷ *Ibid*, p. 158

Problématique et hypothèses :

Après avoir participé à une meilleure compréhension des dimensions traumatique et de deuil sous jacentes à l'apparition du handicap visuel, il est apparu qu'afin d'en faciliter l'abord et la liquidation, le travail d'accompagnement psychologique s'oriente vers une mobilisation des ressources internes et un travail de conscientisation et de valorisation des stratégies résilientes d'ajustement et d'adaptation.

L'hypnose, en tant qu'elle ouvre à une plus grande réceptivité et suggestibilité du sujet, permet, par d'autres biais que le travail de remaniement cognitif, d'accéder aux ressources de la personne.

La question et la problématique qui s'imposent sont donc : *en quoi l'hypnose est-elle une voie spécifique d'accès aux ressources de la personne en situation de perte et de handicap sur le plan visuel ?*

Les hypothèses sont les suivantes :

- l'hypnose est une voie royale d'accès aux ressources du patient grâce à l'ouverture des processus mentaux induite par l'état de conscience modifiée.

- l'hypnose est une voie royale d'accès aux ressources de la personne en tant qu'elle les mobilise dans un processus de changement et de transformation.

- l'hypnose s'appuie également sur une mobilisation des ressources du thérapeute qu'elle sollicite activement.

PARTIE CLINIQUE

A – le cadre thérapeutique

Les entretiens et la pratique de l'hypnose se sont déroulés dans le cadre de la prise en charge psychologique des patients déficients visuels au centre de rééducation basse vision où je travaille à mi-temps.

Si la première expérience relatée a été proposée à des patientes lors d'un groupe de parole, les autres vignettes cliniques décrivent des séances effectuées dans le cadre d'un suivi psychologique individuel, en face à face. Les prises en charge sont des prises en charge courtes dans la durée et s'inscrivent dans un projet personnalisé de soin, établi par l'ensemble de l'équipe rééducative.

L'enjeu thérapeutique est centré sur un travail d'acceptation du handicap et des limitations induites et sur un travail de mobilisation des ressources internes de la personne. Si le cadre théorico-pratique se veut souple, dans une démarche intégrative, l'approche cognitivo-comportementale est majoritairement utilisée (dite de troisième génération : thérapie d'acceptation, conscientisation des schémas de pensée, des stratégies de coping, approche centrée sur la résolution de problème, ...)

L'objectif est d'aider la personne à se servir du thérapeute (et des outils qu'il propose) pour mieux se connaître et trouver des voies de dégagement par rapport aux problèmes et souffrances qui l'entravent. En éveillant la conscience, en décantant les idées, en atteignant la lucidité au niveau des mécanismes de protection et de défense, en rendant intelligibles les enjeux et les modalités de la vie relationnelle, on provoque les facultés créatives et curatives de chacun. On l'aide à s'affirmer comme « sujet » c'est-à-dire à penser et agir à la première personne et à devenir auteur de son parcours de vie. La personne s'approprie la capacité du praticien à conduire le travail d'introspection et d'élaboration puis poursuit par elle-même et pour elle-même ce travail sans avoir besoin de recourir à une expertise extérieure, en tout cas pas de manière continue.

B - Les pathologies visuelles

Sans pouvoir être pleinement exhaustif sur la question, il semble opportun de présenter rapidement les différentes pathologies visuelles dont sont atteints les patients présentés dans les vignettes cliniques qui vont suivre

La *DMLA*, c'est-à-dire de dégénérescence maculaire liée à l'âge est une altération du fond d'œil atteignant principalement les personnes de plus de 55 ans, qui se traduit par une perte de la vision centrale. Ces patients ne deviennent pas aveugles mais perdent tout le champ (central) de vision utile pour la lecture, la conduite automobile et la vision fine. Ils gardent une certaine autonomie avec la possibilité de se déplacer mais ne peuvent plus lire ni

écrire ou regarder la télévision. Ils ne voient plus leurs doigts au bout de leur main et ne distinguent plus le visage des autres. Ils voient leur image en morceau dans le miroir.

Le *glaucome* est une pression intra oculaire qui détruit progressivement les cellules neurosensorielles de la rétine et du nerf optique. Il existe différents types de glaucome dont l'évolution progressive engendre une amputation du champ visuel périphérique jusqu'à un rétrécissement avec préservation ou non de la zone centrale, pouvant entraîner une cécité complète qui est alors définitive. La difficulté première est observée lors du repérage et des déplacements, avec une perte d'autonomie nettement plus importante que dans la DMLA. Le rapport à l'environnement est particulièrement atteint : les personnes tributaires de glaucome ne perçoivent qu'une partie de plus en plus rétrécie de l'image extérieure.

La *rétinite pigmentaire* est une maladie génétique héréditaire, apparaissant autant lors de l'enfance qu'à l'âge adulte. Elle est une altération des photorécepteurs dont le premier signe fonctionnel est l'héméralopie, c'est-à-dire une perte significative au niveau de la vision nocturne. Elle est suivie d'un rétrécissement du champ visuel : là où le glaucome est une fermeture du champ progressive, la rétinite pigmentaire engendre une vision parcellaire avec une évolution défavorable des zones préservées vers la cécité. Les photorécepteurs étant atteints, l'acuité dans les zones préservées est faible ce qui se manifeste par une grande difficulté dans les déplacements, la reconnaissance de l'environnement et l'autonomie dans la vie quotidienne.

Comme il l'a été dit dans la première partie de ce travail, quasiment tous les patients centrent leurs plaintes sur la disparition du visuel, sur l'amputation d'un organe et sur l'amputation d'une vie associée aux possibilités offertes par les perceptions sensorielles visuelles. Cela va du « *perdre la vue, c'est perdre la vie* », « *ma vie est foutue* » jusqu'à l'espoir, chaque matin au réveil, de recouvrer la vue.

Si la privation sensorielle s'accompagne d'une privation ou d'un assèchement au niveau du flux psychique, il reste un domaine où la vitalité psychologique reste importante : celui du rêve. Les patients parlent souvent de se voir en train de conduire, la nuit, se rêvant au volant d'une voiture ou d'un camion. Certains se réveillent même avec un livre en main après avoir rêvé de pouvoir lire et d'avoir lu. L'imaginaire et le souvenir sont autant de banques de données d'imagerie mentale et de sensations mémorisées qui restent à disposition de la personne et qui, derrière la pauvreté de la plainte, ouvre tout un champ d'exploration propice à la mise en pratique de l'exercice hypnotique.

C - Observations cliniques :

Première vignette clinique :

La safe place comme accès à la richesse sensorielle du souvenir

Cette première vignette clinique relate tout simplement ma première expérience de l'hypnose auprès des patients déficients visuels ; première expérience menée de manière imprévue, suite à un échange ouvrant à la question de l'imagerie mentale conservée. Cette occasion s'est présentée lors d'une séance de groupe de parole, groupe de parole animé une fois par semaine, sur une heure trente. Ce jour là, seules deux personnes ont pu être présentes, deux femmes.

La première, Madame H, est une femme d'une quarantaine d'année, en état de cécité depuis ses vingt ans. C'est une personnalité qui paraît assez introvertie au premier abord, peu communicante mais qui, au-fur-et-à-mesure des entretiens, manifeste des prises de position marquées vis-à-vis des autres et un optimisme combattif laissant peu de place à la dépression ou au lâcher prise. Elle vit au sein d'un modèle familial peu ouvert sur l'extérieur, fonctionnant en vase clos, mais aidant et investi par la patiente. Elle émet, cependant, le souhait d'atteindre un objectif de plus grande autonomie et envisage de prendre un logement individuel, un jour.

La deuxième, Madame A, est une femme âgée d'un peu plus de soixante-dix ans. Elle souffre d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge, diminuant fortement sa vision centrale, s'accompagnant d'une acuité visuelle faible. Elle supporte difficilement les limitations induites par le handicap visuelle, étant habituée à être autonome dans son quotidien et indépendante. C'est une personne dynamique, joviale mais assez labile sur le plan émotionnel et pouvant présenter, alternativement, des états dépressifs assez marqués suivis d'épisodes d'agitation physique et mentale, épisodes assez défensifs se manifestant dès que le risque de décompensation dépressive se fait trop sentir.

Ces deux personnes, en groupe de parole, se mettent à discuter de leurs rêves suite à un échange sur les changements de comportements observés depuis l'apparition des troubles visuels.

Je cite Mme H : « *on n'est pas aveugle quand on rêve* », « *on voit les personnes* » et « *on est conscient de voir* » et « *quand on se réveille, on croit qu'on voit toujours* »

Mme A explique avoir un imaginaire visuel très développé. Elle rêve d'endroits où elle n'a jamais été, d'ambiance de groupe où on mange ensemble ou de personnes décédées qu'elle revoit en vie. Elle explique alors voir distinctement leurs visages. Elle parle encore de rêves de peur avec des situations de fuite, avec des obstacles permanents, la sensation de tomber sans fin et « *sans fond* » puis de voler. Elle a régulièrement des réveils en sursaut où elle a l'impression de se retrouver dans des endroits inconnus.

Intriguée par la richesse des expériences relatées, notamment quant à leurs sensorialités exprimées, je leur propose un exercice d'hypnose « *pour visiter ces sensations* », ce qui ne manque pas de les inquiéter mais éveille tout de même leur curiosité.

Afin de les familiariser avec l'état hypnotique, je leur propose un « essai » avec une induction de Rossi. Je leur demande de mettre leurs deux mains en parallèle au niveau de la poitrine et les laisse, si elles le souhaitent, fermer les yeux.

Je leur suggère ensuite, « *sans qu'elle n'est rien d'autre à faire* », de laisser leurs mains se rapprocher. Au fur-et-à-mesure que leurs mains se rapprochent, je le ratifie, « *c'est bien* », « *vous pouvez laisser vos mains s'approcher de plus en plus* », « *tranquillement* ».

J'observe rapidement une grande détente chez les deux participantes, particulièrement marquée au niveau d'un relâchement musculaire du visage et une respiration plus ralentie et plus ample. Une fois leurs deux mains jointes, je leur propose de rouvrir les yeux et les laissent relater leur état de lâcher prise. Je leur propose ensuite d'essayer un autre exercice, « *du même genre* », ce qu'elles acceptent.

Je reprends avec une autre forme d'induction en les laissant prendre conscience des zones d'appui sur la chaise et du mouvement de leur respiration, d'inspire et d'expire, à plusieurs reprises. Je les laisse ensuite visualiser une image, une image de porte, : « *tandis que vous respirez, vous arrivez devant une porte* », « *peut-être une porte que vous connaissez, une porte en bois, une porte imaginaire, grande ou petite, neuve ou abîmée, simple ou décorée* » ; « *cette porte ouvre sur un escalier, un vieil escalier en pierre, entouré de bougainvilliers en fleurs* ».

Je décris les marches, en les comptant, de cet escalier : « *une fois arrivé en bas, il vous amène dans un lieu agréable, peut-être que vous connaissez déjà, peut-être pas* ». Je leur propose plusieurs endroits possibles : « *peut-être la mer, la plage, la forêt, la ville...* ».

Je continue ensuite en les laissant « *profiter pleinement de cet endroit où vous sentez bien, en sécurité, complètement à l'aise* », ce que je reprends à plusieurs reprises. J'ajoute qu'elles peuvent s'y promener, l'explorer.

Afin d'ouvrir à la sensorialité, je leur suggère que : « *quand vous vous retrouvez dans cet endroit, vous pouvez peut-être ressentir des odeurs, des saveurs, reconnaître une musique, sentir le vent sur la peau, des sons apaisants dans cet endroit de calme...* »

Au bout de quelques minutes, je leur suggère de, « *petit-à-petit, quitter cet endroit agréable, tout en sachant que vous pouvez y retourner dès que vous le souhaitez* », que cet endroit de sécurité existe en elles et peut être retrouvé quand bon leur semble.

Je reprends l'image de l'escalier, « *du bas de l'escalier* », et les accompagne dans la remontée progressive des marches jusqu'à la porte.

Je les laisse ensuite reprendre contact avec leur respiration, reprenant les ressentis d'inspire et d'expire, avec leurs zones d'appui et les invitent prendre conscience des bruits qui les entourent dans la pièce ; puis à rouvrir les yeux, « *tranquillement* ».

Je suis complètement étonnée par leurs récits. J'ai en effet observé une grande détente, à nouveau, sur leurs visages mais pas de signes extérieurs d'activité pouvant laisser présager de la richesse de leur imagerie mentale et ressentis.

Mme H explique qu'elle s'est retrouvée chez sa grand-mère à la Réunion chez qui elle passait ses vacances avec ses cousines. Celle-ci avait une vieille maison créole en bord de mer, la maison étant juste en face de la plage. Elle ajoute qu'il y avait un escalier en bout de jardin qui menait à la plage et qu'elle avait utilisé cet escalier lors de la visualisation d'entrer dans le lieu de sécurité. Elle sentait le sable sous ses pieds et a retrouvé des lieux, qu'elle dit

avoir oublié, de creux où elle se cachait pour jouer avec ses cousins. Elle parle d'un « *trou dans la terre* » où jouait à des jeux de butée ou de toupie.

Mme A parle également de « *souvenir de jeunesse* », de Noël et de premier de l'an chez sa grand-mère. Elle s'est vue, lors d'un nouvel an, avec ses tantes, oncles, cousins et cousines, « *en union* », décrivant une ambiance chaleureuse. Elle se voyait en pleine distribution de cadeaux. Mme A parle ensuite d'odeur de boudin en cuisine, de persil et d'oignons verts, du cochon tué pour la fin de l'année. Elle se voyait déambuler dans les différentes pièces qu'elle pouvait décrire avec beaucoup de précisions : décorations, matière (bois, pierre, etc), bruits, odeurs. Elle a également retrouvé un jeu supplémentaire dans son souvenir, la marelle. Elle revient à plusieurs reprises sur « *l'ambiance* », celle de groupe et de convivialité.

Mme H parle d'odeur de mangue et de mûres, de confitures de fruits à pain. Elle voit également distinctement ses cousins et ses cousines ainsi que ses deux frères qui couraient avec elle à l'extérieur de la maison. Elle parle d'une maison principale qui est fermée, d'une pièce, d'une chambre, d'une pièce avec cuisine où tout le monde se rassemblait ; d'un moment de vie en extérieur. Les enfants sont dans la cour, à jouer et à se chamailler et sont séparés des adultes auxquels ils n'avaient pas le droit de se mélanger.

« *Quand on imagine, on est dans le bain* », conclut-elle.

Deuxième vignette clinique :
La réification, un travail d'acceptation du handicap

Madame B est une patiente d'une cinquantaine d'années, atteinte de glaucome. Si son acuité est bonne, son champ visuel est extrêmement restreint et elle ne perçoit qu'un pourcentage très réduit d'image extérieure.

Elle exprime une souffrance globale, existentielle qui dépasse celle de la perte sur le plan visuel. Son handicap s'inscrit au sein d'un parcours de vie fait de ruptures et de traumatismes multiples, notamment sur le plan du lien familial. Son discours tourne autour d'une plainte répétitive de perte de sens et de désespoir, de schémas cognitifs anxieux catastrophistes, de comportements d'échec et d'une labilité émotionnelle faite d'angoisses et de vécus dépressifs majeurs. La mise en place d'un programme conséquent regroupant l'ensemble des intervenants et des compétences du centre a permis à la patiente de trouver un cadre contenant et une reconnaissance de sa souffrance exprimée.

Le suivi psychologique a d'abord été un accompagnement contenant, visant à recevoir ces vécus et contenir les mouvements psychiques hémorragiques anxieux et les débordements d'angoisse. Une fois l'alliance thérapeutique bien établie et la tension intérieure redescendue à un niveau acceptable, le travail de mobilisation des ressources internes a pu devenir plus effectif.

Depuis plusieurs séances, elle fait part de manière récurrente d'un mal-être dans la non-reconnaissance du handicap par sa belle-famille dont la perversion dans le lien, déjà antérieure à l'apparition des troubles visuels, n'a fait qu'augmenter.

La patiente parle ce jour de sensation d'étouffer, d'être oppressée et de se sentir bloquée, l'associant à la dimension maltraitante de son entourage et au déni du handicap dont elle est victime. Elle accepte un travail hypnotique mais insiste pour garder les yeux ouverts, refusant de les fermer.

Je lui propose un exercice de réification en utilisant la technique du portrait chinois : « *pouvez-vous imaginer un objet ou animal qui représenterait cette sensation d'étouffer ?* ». Elle me parle d'emblée d'un serpent. Je lui demande à quoi ressemble ce serpent, s'il a une couleur. « *Il est gris, gris clair comme métallisé* », me répond-elle. Elle explique qu'elle ne peut pas voir ses yeux. Elle précise également qu'elle ne peut pas voir sa tête. Elle le décrit comme ayant des écailles blanches qui lui confère un aspect luisant. Elle se rend compte qu'il est là, autour d'elle, au moment où il enserme déjà la moitié de son corps. Elle ne l'a pas vu, ni senti arriver et n'a donc pas pu voir la tête de l'animal.

Quand je lui demande où elle se situe, comment elle pourrait décrire l'environnement qui l'entoure, elle me parle d'une vieille cour et d'une maison en bois.

Je lui demande si cet endroit est désert mais elle me dit qu'elle est dans une maison et qu'il y a du monde dans les différentes pièces. Ils la regardent mais ne comprennent pas la gravité de la situation et continuent leurs occupations et leurs échanges comme si de rien n'était. Elle ne peut pas se débattre et sent que le serpent l'enserme de plus en plus continuant de s'enrouler.

L'expérience semble tourner à l'accès d'angoisse. Elle dit se sentir proche de l'asphyxie et présente des signes physiologiques de gêne à la déglutition, d'accélération du rythme cardiaque et de gêne physique et psychologique.

Je m'inquiète de savoir si elle voit le bout de l'animal mais à nouveau elle confirme que non, le décrivant comme interminable. Elle fait alors un lien avec la ceinture qu'employait sa mère pour la battre dont elle ne voyait « *ni le bout, ni la fin* ».

Elle explique vouloir s'avancer, essayer de se montrer mais personne ne comprend. Aucun son ne sort de sa bouche.

Je lui propose alors d'apporter un élément nouveau au sein de cette scène, de choisir une couleur nouvelle pour l'animal. « *Peut-être du bleu, du blanc, du vert...* » Je lui propose plusieurs couleurs. Elle choisit le rouge. Je lui propose d'ajouter un état à cette couleur, « *comme un liquide qui entrerait à l'intérieur de lui ou à l'extérieur ou alors une couleur qui se solidifie ou devient de la vapeur* ».

Elle m'explique visualiser nettement la couleur petit-à-petit imprégner l'animal. Elle explique que la couleur se répand par le bas : « *ça grimpe* » explique-t-elle. Elle dit même qu'il est « *prêt à exploser* », que « *ça lâche un peu* » et qu'il « *commence à avoir peur* ». La couleur rouge agit comme « *un feu à l'intérieur de lui* » et qu'il « *commence à descendre* ».

Elle ne voit toujours que le milieu du corps du serpent, pas sa tête et pas sa queue. Elle explique pouvoir reprendre de l'air et respirer à nouveau. Elle dit rouvrir les yeux dans sa visualisation (elle se visualisait alors les yeux fermés) et le serpent a subitement disparu. C'est à ce moment que les personnes alentours prennent conscience de sa présence. Une personne vient d'emblée la relever, c'est sa grand-mère (identifiée comme personne ressource par la patiente). Elle lui parle mais elle ne comprend pas ce qu'elle lui dit. Elle la prend dans les bras et cherche à la calmer. Elle la met en position assise parce qu'elle manque de force et une personne vient lui apporter de l'eau.

Je lui laisse en post suggestion qu'elle a su se connecter à ses ressources et trouver la couleur qui allait faire fuir l'objet de ses peurs, qu'il y a une partie en elle qui est là pour la sauver, qu'elle a des ressources de « *survivante* » et de « *combattante* » (appui sur le travail antérieur).

Elle m'explique, lors du débriefing, qu'elle a une phobie des serpents, y compris sous forme de dessin ou de jouet en plastique. Elle s'interroge à plusieurs reprises sur le fait que personne ne la remarque lorsqu'elle est en train d'étouffer (visualisation métaphorique de son sentiment de ne pas être écoutée et de l'intensité de son vécu de désaide).

Troisième vignette clinique :
Une induction du Rossi comme accès à la réassociation

Forte de cette première expérience avec la patiente, je lui propose une nouvelle séance suite à des plaintes anxieuses de sa part. Elle m'explique ne plus supporter que sa tête « travaille à longueur de journée ». L'approche cognitive comportementale a déjà permis de bien réduire les symptômes anxieux mais la dimension mentale avec une accélération du cours de la pensée et les pensées obsédantes reste invalidante et source de beaucoup d'inconfort.

Je propose un cadre souple, un début sous forme d'hypnose conversationnel. M'inspirant de l'exercice d'hypnose présenté par Adrien Ménard, je propose à la patiente d'imaginer être à l'écoute d'une radio et d'en entendre sortir une voix grinçante.

Je la laisse choisir la ou les voix correspondantes qui peuvent être « des voix connues ou de personnes imaginaires », sorte de choix illusoire vu la problématique relatée. Elle me répond qu'elle entend les voix de personnes de son entourage : « tu fais semblant », « tu joues la comédie pour qu'on s'occupe de toi », « t'as vu comment elle est habillée aujourd'hui, elle a sa fesse dehors » venant d'une belle-sœur en conversation avec sa fille lorsque la patiente passait devant elles d'eux, faisant mine de ne pas entendre. « Elle ne voit plus son visage mais qu'est-ce qu'il est laid » entend elle encore. Elle relate également des moqueries physiques et de tentatives récurrentes de dénigrement.

Je lui propose ensuite de moduler le bouton de la radio pour en changer la fréquence, laissant alors entendre une voix douce, bienveillante. Je lui demande ensuite à quelle personne pourrait appartenir cette voix. Elle nomme d'emblée un prénom : Betty.

Il s'agit de son ancienne patronne, « devenue une amie », « comme une sœur ». « On est bien ensemble » explique-t-elle. « Dès que je suis mal, elle le sait de suite au ton de ma voix », « elle me dit des phrases qui me mettent de la chaleur au niveau du cœur ». Je lui demande quel type de phrase elle pourrait entendre de cette voix bienveillante : « tu n'es pas bien, j'ai besoin de savoir pourquoi », « il faut que tu sois forte », « je t'envoie des bonnes ondes pour repousser les mauvaises ». Elle ajoute que cette personne l'emmène régulièrement marcher au bord de l'eau, prend de ses nouvelles au téléphone, l'a emmené dans sa propre famille où elle est présentée de manière positive et appréciée.

Je précise qu'il m'est arrivé de manière récurrente de questionner cette patiente sur les personnes ressources autour d'elle et qu'elle ne m'avait jamais parlé de cette femme tant investie émotionnellement et affectivement. A en croire son discours conscient spontané, des personnes ressource, elle n'en avait pas.

Je lui propose ensuite de faire évoluer l'exercice : que dans la partie à venir, elle n'aurait strictement rien à faire, qu'elle pourrait se laisser porter, guider par ma voix. Je lui dis que « maintenant, cela va être un peu différent de d'habitude. On va faire un exercice qui va vous faire ressentir des émotions et des sensations différentes ».

Je la laisse s'installer « confortablement », trouver une position agréable et commence par lui laisser prendre conscience des bruits dans la pièce et des différentes zones d'appui de son corps sur sa chaise. Connaissant sa gêne et son angoisse à l'idée de fermer les yeux, je lui précise qu'elle garde « totalement » le choix de conserver ses yeux ouverts et que si elle souhaite les fermer pour se laisser « pleinement » porter dans l'exercice, elle peut le faire à « tout moment ». Je lui précise qu'elle ne sera de toute façon pas seule puisque je

l'accompagne dans le déroulement de l'exercice. La patiente fermera les yeux quasiment dès le début de l'exercice.

Je lui propose ensuite de prendre conscience de ses deux mains posées sur sa cuisse, détaillant la présence et l'appui des dix doigts les uns après les autres. Je la laisse ensuite rallumer la radio et entendre à nouveau les voix grinçantes, citées en début de la séance, prendre pleinement conscience des émotions suscitées. « *Peut-être de la colère, de la honte, de la souffrance ou tout autre chose* ». Elle choisit, à ma demande, une main où déposer tous ces ressentis, où laisser venir se loger ces voix grinçantes. « *Quand elle le souhaite* », elle me signale par un mouvement de doigt qu'elle a choisi la main gauche.

L'exercice est répété mais, cette fois-ci, avec la voix douce et bienveillante qu'elle vient déposer dans le creux de la main droite. Je prends le temps de l'accompagner dans le ressenti de cette main droite « *douce, chaude ou froide selon ce que vous préférez* », « *peut-être légère* ». Elle parlait de chaleur dans la poitrine en début d'entretien. Je lui propose, tout en restant dans le contact de cette main, de ressentir cette chaleur l'envahir et de la laisser migrer dans cette main droite de douceur et de bienveillance. Je vois la patiente prendre une respiration ample et soupirer, se relâcher. Son visage est détendu et elle garde toujours les yeux fermés, penchant la tête vers la droite. Je la laisse pleinement profiter de ce moment de bien-être, proposant des mots associés à cet état : « *douceur, chaleur qui infuse, légèreté* ».

Je lui propose ensuite de lentement décoller puis lever ses mains jusqu'à les placer parallèle l'une à l'autre au dessous de la poitrine. Je lui précise qu'« *il y a quelque chose qui se passe au niveau de ces mains, elles sont comme attirées, comme si elles étaient aimantées et cherchaient à se rejoindre* ». J'ajoute qu'elle n'a « *strictement rien à faire* », que ses deux mains chercheront à se rejoindre d'elles-mêmes, sans qu'elle n'ait à les y amener. J'observe une grande détente physique du corps et du visage de la patiente dans cette partie d'exercice et une sorte de soulagement au moment où les deux mains se rejoignent. Je le ratifie et ajoute qu'elle pourra « *retrouver cet état de bien-être quand elle le souhaite, dans le confort de cette main pleine de ressource* ».

Je lui propose ensuite de redéposer ses mains sur ses cuisses, de reprendre contact avec ses zones d'appui et avec les bruits environnants. Elle rouvre les yeux et s'étire.

Elle m'explique d'emblée avoir ressenti beaucoup de chaleur et de légèreté dans la main, « *comme si elle allait décoller* », qu'elle avait l'impression d'entendre Betty parler. Elle l'appelle « *son ange gardien* », « *qui l'emmène dans un cocon pour qu'elle ne souffre pas* ». Elle poursuit en m'expliquant qu'elle a d'ailleurs un double des clés de maison de cette dame, où elle peut trouver refuge si elle le souhaite et où elle se sent bien. Elle relate leur rencontre, professionnelle, de leur connivence de départ motivant une embauche malgré « *les diplômes des autres personnes* ». J'apprends alors qu'elle a également gardé ses enfants pendant une dizaine d'années, faisant d'elle une deuxième figure maternelle, investie, donnant lieu à des prises de contact et des rencontres encore actuellement. Elle finit en me disant que « *Betty, c'est mon jardin secret à moi* ».

Même une personne semble pouvoir être une *safe place* dans la vie d'une autre...

La séance suivante, elle confirmera le maintien de ce mieux-être, estimant avoir moins de « *prises de tête* » et en ayant recours à une métaphore : « *Les problèmes me passent dessus comme feuille songe* ».

Quatrième vignette clinique :
La métaphore hypnotique : l'accès à la « partie calme »

Monsieur C. est un patient d'une soixantaine d'années, en situation de cécité quasi-totale. Il ne voit plus de l'œil droit et perçoit la lumière de l'œil gauche. Je lui ai proposé un suivi psychologique suite à une plainte associant souffrance psychologique liée à la perte visuelle, aux limitations induites et un contexte de vie actuel assez traumatique. C'est une personnalité dynamique, joviale, en recherche permanente de contact humain mais présentant un vécu alternant dépressivité et hyperactivité, qui ressort particulièrement en séance. La dimension hyperactive engendre une difficulté importante à garder un focus attentionnel et sa concentration, ce qui entrave parfois le travail des intervenants en rééducation.

Une partie de l'accompagnement psychologique vise à faire conscientiser au patient cette dimension accélérée de son humeur, liée majoritairement à un terrain anxieux, ainsi que les comportements et cognitions associés (notamment de catastrophisme). C'est la dimension mentale de son anxiété qui le gêne actuellement le plus : accélération du cours de la pensée, tachypsychie qui se traduisent par une perte importante sur le plan attentionnel, prise à tort, par le patient, pour une déficience mémorielle.

Ce travail avance bien. Monsieur dit de lui-même que « *la cocotte refroidit* » et qu'il prend conscience de son agitation mentale et physique, ce qui lui permet de mieux la réguler. Il peut maintenant revoir sa position face au handicap : « *avant j'étais prêt à faire n'importe quoi* » explique-t-il à propos de ses accès de révolte et de colère intérieure, « *maintenant je laisse faire ce qui doit se faire* ». Il adopte presque une vision sublimatoire de son état : « *si ça se trouve, c'est un cadeau qu'il faut savoir exploiter* ».

C'est son accroche avec le travail de relaxation lors des séances de psychomotricité, et la richesse des images sensorielles qu'il emploie pour en rendre compte, qui m'ont poussée à lui proposer un exercice d'hypnose.

Je débute celui-ci en lui proposant de s'installer confortablement dans sa chaise et commence à passer en revue les différentes zones d'appui. Comme à son habitude, en écho à ses tendances à l'agitation physique, il se met à réagir à chaque zone citée en la bougeant ou en manifestant son ressenti par un mouvement du visage. Je lui propose d'ajouter une sensation de lourdeur ou de chaleur à ces zones, comme si elles « *infusaient à l'intérieur du corps* ».

C'est un patient qui recourt régulièrement aux plantes pour ce soigner et qui communique beaucoup à ce sujet. Je conserve donc cette image métaphorique de l'infusion, « *comme des plantes qui infusent et viennent, petit-à-petit, donner une autre couleur à l'eau chaude* », « *qui se diffusent à l'intérieur du corps* ». Monsieur C s'installe dans un calme physique observable de l'extérieur par une respiration plus calme, un visage détendu et des mains qui restent désormais au repos, posées sur ses cuisses.

Une fois cet état de détente installé, je lui propose de laisser venir une image dans son esprit, celle d'une radio : « *peut-être une radio que vous avez à la maison, ou une radio à l'ancienne ou la radio de votre choix* ». Je lui explique que sur cette radio, il y a un bouton qui permet de réguler le volume et lui indique qu'il peut, à sa guise, le moduler. Je lui propose ensuite d'augmenter le volume jusqu'à ce que celui-ci devienne insupportable et le laisse ensuite « *trouver le niveau de son, le plus agréable* » pour lui. Sa respiration est ample, calme, son visage, de plus en plus aplati.

Je lui suggère, en fin d'exercice, qu'il peut « à *n'importe quel moment* » régler ce niveau sonore à sa guise, en situation de bruit excessif, « à *l'extérieur ou à l'intérieur de lui-même* ». Je finis cet exercice par une réintégration et reconscientisation de ses perceptions corporelles et des bruits dans la pièce et lui propose de rouvrir les yeux et de s'étirer.

Son retour sur son vécu m'étonne : s'il a nettement ressenti la sensation de diffusion/infusion de chaleur dans tout le corps, il n'a pas visualisé de radio. Les signes physiologiques extérieurs indiquaient une réponse et une accroche de sa part mais elles ne se sont pas exprimées par une visualisation d'image. S'il n'a pas vu la radio, il l'a bel et bien entendue. Il me parle de sons et de chants en anglais et de reportages « *où il ne comprenait rien* », ce qui l'agaçait. Il ajoute que sa fille et son petit ami parlent régulièrement anglais et écoute des radios comme la BBC, ce qu'il n'apprécie guère.

Il a été sensible à l'augmentation du volume et profondément irrité par une impression de « *cacophonie* », ce qui lui a rappelé la fatigue mentale ressentie par son écoute « réelle » d'informations radiophoniques sur les accidents de la route et les décès. Il exprime son soulagement d'avoir pu faire redescendre et moduler le son.

Il faut noter que l'objectif de cet exercice était, de manière métaphorique, de travailler sur ses états mentaux anxieux quasi permanents et sur les idées catastrophistes attenantes. La dimension « fatigue » et « insupportable » de l'écoute des mauvaises nouvelles à la radio renvoie bien, métaphoriquement, à l'expression de pensées récurrentes catastrophistes au sein de sa psyché. Ceci est constaté mais non interprété afin de laisser opérer ce constat corporel, non intellectualisé.

L'autre « ouverture de porte » inattendue, dans cette verbalisation post exercice hypnotique, est la nomination par le patient de sa « *partie calme* » en lui. Cette « *partie calme* » serait le signe et la manifestation de son « *ange gardien* ». Il le décrit comme « *une voix plus calme à l'intérieur de lui* » qui apaise « *un feu à l'intérieur de moi* », feu qu'il associe à son grand dynamisme et à son hypersensibilité à l'environnement. Il explique se sentir comme « *une station météo* », ressentant les variations tant météorologiques extérieures que les variations d'atmosphère dans son environnement relationnel.

Je ne manque pas de prendre note de ces informations, longuement et patiemment recherchées, lors de nos entretiens antérieurs et lors de l'exploration de ses stratégies résilientes en situation de crise. Ces supports métaphoriques d'« ange gardien » et de « station météo » sont d'excellents catalyseurs de résilience et d'expression de personnalité jouant un rôle auto-thérapeutique pour le patient lui-même. En me croisant dans le couloir, il me dira, quelques jours plus tard, que depuis la séance, ça lui a « enlevé les noeuds là dedans », désignant ses intestins dont il me décrit, avec plaisir, la reprise de fonctionnement.

Cinquième vignette clinique :

La métaphore hypnotique : un accès à soi au-delà de l'anxiété mentale

Monsieur K est un patient âgé d'une cinquantaine d'années. Il est atteint de rétinite pigmentaire et de surdit e cong enitale. D'apparence calme, il fait état, en séance, d'une souffrance intérieure importante qu'il dissimule à son entourage. Il se décrit comme peu communicant, a des difficultés à décrire ses émotions et ressentis et est en perte de repères identitaires depuis l'aggravation des troubles visuels.

Il n'est plus apte à assurer son activité professionnelle, d'un point de vue légal, et se retrouve maintenant à passer ses journées à la maison. S'il était, jusqu'à présent, identifié comme figure paternel d'autorité, cette présence journalière, inhabituelle pour le reste de la famille, est mal vécue. Le patient explique ne plus arriver à trouver sa place et ne plus s'y sentir légitime, posture également renvoyée par son épouse et ses enfants.

Il en conclut que c'est lui « *qui doit être difficile à comprendre* », l'associe au fait qu'il « *ne parle pas* » et préfère « *garder à l'intérieur* », bien conscient de l'écart notable entre sa bonhomie de façade et sa sensation de tension intérieure. Il parle de ruminations mentales, d'auto-reproches, de détresse et d'impuissance, de honte d'être porteur de handicap d' « *envie que tout s'arrête, de ne plus continuer de vivre comme ça* ».

Ce monsieur pense être perçu comme « *normal* » par ses enfants. « *Papa, il arrive à se débrouiller,   bricoler, il n'a pas besoin de nous pour l'aider* », en conclut-il. Il est important de savoir que ce patient dissimule sa surdité depuis toujours à ses enfants, seule son épouse en a eu connaissance quelques temps après leur mariage. Il a appris par lui-même à lire sur les lèvres, a été discrètement appareillé et préfère ne pas parler plutôt que de signaler qu'il n'a pas entendu.

Ses différents employeurs et même ses supérieurs hiérarchiques dans l'armée lors de son service militaire ne se sont rendus compte de rien. Il déploie, en permanence, différentes stratégies d'adaptation et de compensation pour conserver son autonomie et la dissimulation de ses déficiences visuelles et auditives.

Si sa douleur psychologique paraît globale et toucher de nombreux domaines de sa vie, Monsieur K se plaint surtout des conflits familiaux qu'il intériorise et qui donnent lieu à des heures journalières de ruminations mentales. Il reconnaît avoir une tendance à l'anticipation anxieuse, avoir besoin de « *planifier longtemps à l'avance* » et à ne pas pouvoir contrôler son flux de pensées. Ce patient est inquiet quand je lui parle d'hypnose, pensant que cela va être « *compliqué* » et qu'il n'est « *pas sûr d'y arriver* ».

Je le rassure en lui proposant un exercice « *facile* », « *où il ne devra rien faire* » à part écouter ma voix. Il est d'accord.

Je commence en le laissant s'installer confortablement, le laisse fermer les yeux s'il le désire et passe en revue les différentes zones d'appui de son corps sur la chaise. Très rapidement, sa respiration est plus calme et son visage donne une impression de grande concentration. La partie d'induction se poursuit avec un exercice de conscientisation corporelle des mains posées sur les cuisses et des pieds ancrés dans le sol. L'idée est de passer des côtés droit puis gauche puis haut du corps et bas du corps pour permettre un lâcher prise du mental et un focus attentionnel par la mise en jeu de plusieurs tâches. Le patient passe, en effet, d'un faciès de concentration avec une contraction du front et des pommettes, à un faciès de détente, ses traits du visage s'aplatissant.

Je lui propose de visualiser une radio à l'intérieur de son esprit, une radio qui peut être « *imaginaire, colorée, une radio d'avant, la radio de son choix* ». Je lui explique que sur cette radio, il y a une « *molette* » ou un « *bouton* » qui permet de régler le volume sonore. Il m'a semblé adapté d'offrir à ce patient une palette de possibilités à l'image de sa tendance à peser l'ensemble des solutions possibles avant de faire un choix. Je lui demande de m'indiquer quand son choix est fait en levant un des doigts.

Je poursuis en lui proposant d'augmenter le volume de cette radio, jusqu'à ce que ce niveau sonore devienne dérangeant, voir insupportable. Il me dit alors, en souriant : « *J'entends Sabine* ». Je le laisse ensuite régler, à nouveau, la radio jusqu'à un son acceptable, confortable, comme « *un léger brouhaha ou une discussion à voix basse ou encore comme dans un endroit où les personnes présentes parlent doucement* ». Il a ensuite la possibilité de moduler ce son et de le régler à sa guise.

Je lui suggère, en fin d'exercice, qu'il peut « *à n'importe quel moment* » régler ce niveau sonore à sa guise, en situation de bruit excessif, « *à l'extérieur ou à l'intérieur de lui-même* » et « *retrouver la même sensation de calme et d'apaisement qu'après avoir baissé le son de la radio* ».

Je finis cet exercice par une réintégration et reconscientisation de ses perceptions corporelles, de ses zones d'appui dans le fauteuil et des bruits dans la pièce et lui propose, ensuite, de rouvrir les yeux et de s'étirer.

Il me dit ensuite, en souriant, qu'il avait l'impression d'avoir sa petite radio personnelle dans les mains. Je prends le risque de lui dire qu'il m'a parlé de « Sabine », supposant intérieurement qu'il désignait son épouse mais il m'explique qu'il s'agit d'une des animatrices de Radio Freedom. Il avait l'impression de pouvoir baisser le son à sa guise mais que le niveau sonore excessif revenait sans cesse, augmentant progressivement de plus en plus fort.

Il me parle ensuite, spontanément, de son impression permanente d'entendre un bruit de ronflement à l'intérieur de lui. Je lui demande si cela est en lien avec sa pathologie auditive. Il pense que non mais trouve ce bruit « *infernal* », présent la nuit ou quand il est inoccupé, et remarque qu'il s'intensifie lorsqu'il est, à ses dires, en « *réflexion intense* » ou « *inquiet* » ou « *fatigué* ». A nouveau, je remarque que l'exercice hypnotique ouvre un accès à des vécus plus riches, plus intimes et non relatés malgré des questions allant dans le sens du vécu et des perceptions des personnes.

PARTIE REFLEXION

A - L'hypnose comme voie royale d'accès aux ressources du patient

- L'hypnose comme voie royale d'accès aux ressources sensorielles « perdues »

Si je pensais de prime abord que travailler avec un patient déficient visuel limiterait l'apport de vécus sensoriels, la clinique démontre l'erreur complète de cette croyance. L'approche hypnotique est un moyen d'explorer la richesse et la diversité de notre palette sensorielle. Celle présentée ici par les patients est large, multisensorielle, riche et variée et n'exclut en rien la dimension visuelle. Si pour un patient non handicapé, l'hypnose va permettre un élargissement de son champ d'expérience, naviguant de l'un à l'autre sens, l'hypnose auprès de la personne déficiente visuelle manifeste une expérience intense et augmentée du sensoriel.

En effet, les expériences relatées sont riches en couleurs, en saveurs, en odeurs, en texture et en goûts. Les retours des patientes sur leur lieu de sécurité rendent bien compte de la variété sensorielle convoquée. Il y est question d'odeurs de cuisine, de mangues, de mûres, de boudin noir et d'herbes ; de bruits, d'atmosphère festive, de voix de personnes connues par le biais de la radio ; de contact de pieds dans le sable, de textures : le sol en bois, l'escalier en pierre, les écailles lisses du serpent ; la kinesthésie avec la sensation d'être enserré, d'être « dans l'ambiance », « dans le bain » ; les couleurs, le rouge, le gris métallisé.

Contrairement à ce qui pourrait être supposé, l'atteinte de l'organe de la vue n'entrave pas la production d'images en terme d'imagerie mentale. Au contraire... La richesse visuelle des scènes de la safe place en atteste : madame A visite les lieux de son enfance qu'elle décrit minutieusement, pièce par pièce. Madame H nous parle de bord de mer, de plage, de sable où elle se voit en train de courir avec ses frères, sorte de souvenir vivace au présent. De plus, faire revivre des sensations physiques visuelles n'accentue pas la détresse émotionnelle ni ne ravive le traumatisme de la perte. Il s'avère même thérapeutique de pouvoir explorer les acquis conservés du sens perdu, de redécouvrir le plaisir d'être dans la perception retrouvée, dans le présent. Cela renvoie à l'expérience dont parlait Roustang, de l'entrée dans la perceptude¹⁸, d' « être dans le tout sentir ».

Cette richesse du sensoriel manifestée par la pratique hypnotique m'a amenée à pousser mes recherches sur la question notamment quant à la dimension neurophysiologique de cette amplification. De nombreuses études dans le domaine rendent compte de la plasticité cérébrale associée au phénomène d'atteinte organique de perte de la vision et d'un accroissement des zones destinées à la perception sensorielle, notamment des zones du toucher et de l'audition¹⁹.

¹⁸ ROUSTANG F., *Savoir attendre*, Paris, Odile Jacob, 2008, p.85

¹⁹ systèmevisuel_2014_2015_Sophie_Jacquín-Courtois.pdf : plasticité du système visuel

- *L'hypnose comme voie d'accès aux ressources internes*

- *Richesse de la clinique observée versus pauvreté du discours initial :*

Le discours initial, celui de la personne qui se présente pour la première fois au centre rééducatif, fait entendre plusieurs choses : une rupture du sentiment d'appartenance avec des patients qui se sentent exclus de la société, ne trouvent plus leur place au sein de leur famille ; un catastrophisme avec anticipation anxieuse de l'avenir projeté sous un angle pessimiste, souvent désespéré ; des affects dépressifs et un enfermement dans la répétition de la plainte somatique.

Cette pauvreté du discours n'est que le reflet externe d'un assèchement de la vie psychique qui peut aller jusqu'à un vécu de transe négative : patients en état de dissociation traumatique, de désorientation sensorielle avec perte des ancrages et des repères accompagnée d'une perte symbolique de sens. La plainte douloureuse, sa répétition, apparaît comme l'expression d'un mouvement figé, d'un isolement, d'un gel dans la capacité d'adaptation du sujet qui, idéalement, est fluide, plastique.

Le thérapeute va chercher à guider le patient dans le sens d'une activation de ses capacités adaptatives, mobilisant ainsi des ressources qui lui permettront de résoudre différemment la situation-problème.

On l'a vu, plus haut, l'approche centrée sur la solution trouve en grande partie son origine dans le travail d'Erickson. Chaque patient possède, en lui-même ou dans son contexte de vie, des ressources, des compétences utiles pour effectuer des changements dans sa vie et dépasser ses problèmes.

C'est ce que nous montrent, en effet, les différentes vignettes cliniques ci-dessus. Il en ressort que la pratique de l'hypnose ouvre à :

- *Un accès au monde intérieur de la personne*

...qui passe par la découverte de souvenirs : souvenirs d'enfance, de lieux de vie investis affectivement, de goûts, de préférences (comme, par exemple, radio freedom pour Monsieur K) ; de choix d'images ; de peurs, à entendre, comme la phobie des serpents pour Madame B ou l'agacement de monsieur C pour la langue anglaise. Ce sont aussi les retrouvailles avec des personnes identifiées comme aidantes, comme c'est le cas pour madame B. Il y a d'abord sa grand-mère, figure maternelle protectrice, qui apparaît dans la réification de son mal-être avec l'image du serpent. Puis il y a la voix de Betty, figure de protection et d'empathie, dans l'exercice de la radio.

Je remarque, à plusieurs reprises, que le patient apporte des éléments non encore abordés lors des séances antérieures. C'est l'occasion pour lui (et pour le thérapeute) d'en apprendre plus sur son monde intérieur, d'explorer et de découvrir, parfois, que le connu avait été oublié ou était non identifié comme porteur de sens ou aidant. C'est le cas de Mme A qui se rappelle, avec beaucoup de contentement, des odeurs de cuisine et des agencements d'une maison d'enfance, lieu investi et aimé.

L'hypnose, en orientant le patient vers ses propres ressources, va ainsi lui apprendre à être présent à lui-même et au monde, à adhérer à ce qu'il est.

- *Un accès à l'imaginaire*

...avec des vécus relatés sur un mode pluri-sensoriel. A l'accès des ressources comme banque d'images s'ajoute l'accès à une capacité de récupération de ces images, de leur mise en action et en récit. C'est tout l'imaginaire et le vécu de l'enfance qui rejaillit lors de la première vignette clinique : récit et remémoration des moments de jeu, des ambiances festives de fêtes de fin d'année. C'est aussi l'imaginaire qui s'exprime dans l'appropriation des images de visualisation et l'inventivité qui les fait s'exprimer de manière propre et différente de chacun : « *j'avais l'impression de tenir ma petite radio dans mes mains* » explique, par exemple, monsieur K quant à l'incarnation qu'il donne à l'image de radio. Cette inventivité de l'imaginaire est à nouveau sollicitée par madame B dans ce choix du serpent comme animal symbolisant sa souffrance exprimée.

L'enjeu est d'ouvrir un espace imaginaire, de mettre au jour le monde intérieur de la personne *et* la façon dont elle l'habite. Par cette opération d'imagination, il est possible de dégager les dimensions existentielles qui sous-tendent et organisent l'être-au-monde du patient, dépassant le savoir conscient qu'il a de lui-même (savoir d'autant plus restreint qu'il est rétréci par la plainte douloureuse enfermante). Ce nouveau regard que la personne va porter sur elle-même lui permettra de sortir d'impasses dans lesquelles ses schémas de construction, ses croyances acquises avaient fini par la laisser sans solution.

L'imagination permet donc ce petit mouvement de changement de positionnement initial pour pouvoir entrevoir un monde tout différent.

- *Une reconstruction d'un sentiment de sécurité et d'ancrage*

...face à la perte de sens et au désespoir grâce à l'accès à la safe place et à l'accès à une banque de données sensorielles « perdues », notamment visuelles. Préexistait déjà l'hypothèse de ce possible recouvrement du visuel par l'imagination dans la remarque de Mme H : « *on n'est pas aveugle quand on rêve* ».

Comme le montre le recours analogique à la place sécurisée, l'hypnose permet de cultiver un sentiment de sécurité intérieure, un sentiment de soi stable authentique, de confiance en soi. La safe place, tout comme les différentes visualisations des vignettes suivantes, agissent comme une réassurance : les acquis restent des acquis. La plainte cognitive « *j'ai tout perdu* » peut se transformer en « *je me rends compte que j'ai conservé des acquis et que je peux les utiliser et apprendre à faire autrement* ».

L'opportunité est offerte d'apaiser les angoisses primaires réactivées du fait de la situation de dépendance et d'impuissance dans la phase de non-acceptation du handicap. Le mieux-être exprimé en fin de séance ou ne serait-ce que l'étonnement des patients face à la récupération, à l'intérieur d'eux-mêmes, de morceaux de vie ou d'imaginaire en est la preuve manifeste. Il s'illustre et s'incarne au travers de l'impression de légèreté, de main qui aurait pu d'envoler pour madame B ou encore monsieur C, exprimant son lâcher prise par un « *ça libère les nœuds là dedans* ». L'allègement autorisé par la sortie temporaire du principe de réalité participe de cet apaisement.

- *L'hypnose comme voie d'accès aux ressources internes de la mise en action et de l'agir créatif*

- *Remise en mouvement versus assèchement du flux psychique :*

Une personne qui est angoissée ou encore déprimée, est concentrée sur son état, se replie sur elle-même, ce qui la fait sortir du mouvement habituel de la vie en réduisant son monde à son problème et à lui seul. La souffrance psychologique s'accompagne de moments de blocage, de sensation d'immobilisation, de perte de souplesse et d'adaptation. Elle traduit une rupture, un arrêt dans la mise en mouvement de soi, renvoyant aux phénomènes déjà cités de la dépression et de l'inanition, de la privation et de la restriction. La personne est comme « asséchée » psychiquement.

L'hypnose va alors proposer un pas de côté, qui stoppe cette répétition inefficace (des automatismes, des apprentissages non adaptés) et qui ouvre à d'autres possibilités de réactions.

Cette remise en mouvement s'exprime dans l'ensemble des vignettes cliniques au travers de la remise en mouvement de la parole suite à la mise en pratique de l'exercice hypnotique. Elle se caractérise par un net accroissement de la verbalisation en post phase d'induction et de transe. Cela s'illustre au travers de la richesse, l'abondance des souvenirs d'enfance relatés.

Cette ouverture productive agit comme une métaphore du mouvement du vivant et de son effervescence, loin de la froideur et la pauvreté du récit factuel centré sur l'actuel des symptômes ophtalmologiques. C'est la profusion de détail et de vécus qui s'exprime comme reprise de vitalité psychique.

On peut en conclure que la pensée, le récit, l'affirmation de soi par la mise en mots de ses vécus et de ses contenus internes trouvent à nouveau une voie d'expression et d'incarnation.

Pourquoi tant d'informations données alors qu'elles étaient moins nombreuses, moins riches lors des entretiens exploratoires antérieurs ? L'hypnose, par l'ouverture d'espace, mental et sensoriel, qu'elle occasionne, permet l'accès à des processus mentaux plus étendus et plus créatifs (les processus primaires non soumis au principe de réalité). Elle assure également une mise à disposition, sans défense, comme disait Benhaïem, sans censure, des contenus mémoriel et cognitif de la personne.

- *La remise en mouvement comme création de nouvelles représentations et de nouveaux vécus*

A la reconnexion avec les ressources et à leur mise en mots s'ajoute un autre mouvement thérapeutique qui dépasse la seule dynamique d'enrichissement et d'apport quantitatif d'informations. La personne décrit ses ressources, se connecte à ses ressources et agit en mode « ressource ». Ce qui pourrait être rapproché de la dynamique de la résilience dont il était question dans la partie théorique. Aux informations « nouvelles » communiquées par le patient s'ajoute un mouvement « nouveau » perceptible par la mise en parole des ressources et le mieux-être observé ensuite.

Ainsi, madame B parle maintenant des personnes « ressources » et non plus uniquement des personnes « toxiques » qui l'entourent et la font souffrir. D'un discours pris dans la répétition

de la plainte dépressive, elle passe à une parole plus libre, positive. Si les personnes qui apparaissent comme ressources pour elle sont déjà identifiées dans son histoire comme aidantes (sa grand-mère, Betty), l'acte de créer la solution et de les convoquer dans un processus de transe thérapeutique est nouveau.

La sortie de la plainte est garantie par une déviation vers du nouveau. Ce nouveau passe par la mise en images d'une souffrance, par la modulation de celle-ci, par la connexion avec les ressentis qu'elle autorise. La mise en image de zones de souffrance est manifeste lors de la création et l'utilisation de l'image du serpent pour madame B et la « trouvaille » du liquide rouge au cours de l'exercice de réification. Il y a également l'image de la radio que chacun des patients s'approprie différemment, au gré de ses ressources et des élans qui l'animent. La radio émet des sons de voix agressives puis douces pour madame B, des sons désagréables pour monsieur C et offre une accroche thérapeutique à monsieur K avec l'écoute d'une voix familière d'une animatrice d'émission appréciée.

Ce qu'il est important de noter concernant ces images et ces gestes visualisés est qu'ils s'inscrivent en porte à faux avec la logique d'enfermement du symptôme et offrent ce pas de côté sans lequel la sortie de crise ne peut être effective.

- *La remise en mouvement par le recours à des images de mouvement ou d'action:*

Ces mises en action dans la visualisation agissent comme des métaphores d'un agir vers la guérison et d'une mobilisation active de la personne dans l'apport de solution. On retrouve cette dynamique d'action, ce mouvement et ce changement avec madame B et sa solution au problème d'étouffement. Elle « agit » la transformation du pathogène en thérapeutique par la visualisation d'un liquide rouge à l'intérieur du serpent, qui l'enserme, jusqu'à le faire disparaître. De même, lors de l'induction de Rossi, par le rapprochement des mains, elle « agit » une réassociation, par analogie, entre la dimension problématique et celle des ressources. Elle « agit » l'acte de solutionner le problème.

C'est encore le cas de monsieur K avec sa radio qu'il peut moduler, certes sans diminution durable des voix désagréables mais apportant tout de même un changement émanant de ses propres ressources. Cette difficulté à moduler son état est une indication pour le thérapeute de la prégnance des schémas dysfonctionnels opérants et de leur degré d'imprégnation.

Ces différentes visualisations des personnes ou situations ressources replacent le sujet dans une dynamique d'acteur et de metteur en scène de leur vécu, et plus de simple spectateur soumis à l'expression douloureuse du symptôme.

L'accès aux ressources existantes permet également une meilleure compréhension / lucidité sur les modalités internes de mouvement et de changement du patient, sur ses stratégies d'ajustement et leur mise en action effective. C'est le cas avec monsieur C lorsqu'il parle, métaphoriquement, de ses oscillations et couleurs d'humeurs au travers des métaphores de feu intérieur et de partie calme. Il rend compte du mouvement résilient qui l'anime : « *une voix plus calme à l'intérieur qui apaise un feu à l'intérieur de moi* ».

La mise en action peut continuer de se manifester après la séance : le mieux-être observé en témoigne. Les patients emploient eux-mêmes des métaphores pour traduire ce nouveau mouvement, ce nouvel état : madame B parle d'une diminution des « *prises de tête* ». « *Les problèmes me passent dessus comme feuille songe* » explique-t-elle, manifestant par là

une plus grande distanciation face aux problèmes et vécus douloureux et l'adhésion à une nouvelle posture face aux événements pathogènes. Monsieur C, très corporellement, associe cette remise en mouvement aux manifestations somatiques intestinales qui s'en suivent.

B - L'hypnose comme voie royale d'accès aux ressources thérapeutiques du thérapeute

Comme nous l'avons vu dans la présentation théorique de l'hypnose, sa pratique suppose un ajustement au patient et la mise en place d'une communication et d'une rhétorique hypnotique propice au maintien d'un focus attentionnel et d'un abaissement des instances de contrôle.

- **Accéder à des ressources nouvelles, souples par un ajustement au monde du patient déficient visuel**

La pratique de l'hypnose nécessite de s'adapter à l'autre et à son monde interne : à ses croyances, à sa banque d'images, à ses modalités d'entrer en relation, à son système défensif, à ses attentes, à ses angoisses et inquiétudes face au lâcher prise.

Dans les différentes vignettes cliniques, ce sont les remarques des patients qui ont rendu manifeste l'intérêt d'une démarche de travail d'hypnose. Lors du groupe de parole, c'est le récit des rêves et les productions imaginaires qui ont suscité une ouverture côté thérapeute. Avec monsieur C, c'est son accroche avec la dimension sensorielle du travail de relaxation. Madame B avait recours à un langage figuratif assez spontanément et faisait état d'une productivité étendue dans le domaine des rêves et surtout des cauchemars.

La connaissance du handicap visuel a joué un rôle également dans les modalités d'emploi du langage figuratif : les patients, du fait de leur carence ou absence de perception visuelle, développent, considérablement, leurs capacités auditives et tactiles. L'emploi de mots « texturés » semblait plus approprié : proposer l'image d'une porte était intéressant mais en préciser la matière apporte au vécu de la personne une plus grande possibilité de connexion.

En effet, il est récurrent que les soignants ou l'entourage soient « les yeux » de la personne déficiente visuelle : ils lui décrivent l'image extérieure perçue de manière détaillée et plurisensoriel. Ainsi, dans l'exercice de visualisation de la safe place, je leur « raconte » la porte : « *peut-être une porte que vous connaissez, une porte en bois, une porte imaginaire, grande ou petite, neuve ou abîmée, simple ou décorée* » et j'ajoute du « matériau » à l'escalier : « *cette porte ouvre sur un escalier, un vieil escalier en pierre, entouré de bougainvilliers en fleurs* ». Madame H confirme s'être saisie de l'escalier en pierre dans sa visualisation, escalier qui renvoyait, pour elle, à celui permettant l'accès à la plage en bas de la maison de sa grand-mère.

Dans l'exercice de réification avec l'image serpent, il m'a semblé pertinent de proposer plusieurs états possibles à la couleur rouge, écho au sens tactile si développé : « *comme un liquide qui entrerait à l'intérieur ou à l'extérieur ou alors une couleur qui se solidifie et qui devient de la vapeur* ».

De même, la plupart des patients sont des personnes âgées et férues de soins à base de plantes. L'utilisation de la métaphore de l'infusion a été parlante pour nombre d'entre eux, à un tel point que je la réutilise presque à chaque fois lors de la phase de focalisation de l'attention avec la sollicitation du sens tactile par une « *chaleur qui diffuse et infuse des mains vers les cuisses* ».

Autre exemple : les patients emploient régulièrement l'expression : « *j'ai la tête qui travaille* » pour décrire l'accélération anxieuse du cours de la pensée et la perturbation engendrée par des pensées récurrentes et obsédantes. C'est le cas, entre autres, de madame B. Cette métaphore du « travail de la tête » me faisait penser à un flot de paroles continues qui devaient être modulables. L'exercice de la radio, proposée par G. Brosseau m'a semblé totalement adapté.

Il a, en effet, suscité une accroche favorable des patients et continue d'être un exercice de prédilection dans le travail thérapeutique de gestion de l'anxiété, notamment de l'anxiété mentale (liée à l'évolution des troubles visuels, à la perte d'activité, aux limitations induites..).

- **Introduire du mouvement et une dynamique d'ouverture dans le choix des mots et des postures**

On l'a vu dans la partie théorique, le discours inductif est flou, confusionnant, de façon à décourager les tentatives d'analyse de l'esprit conscient et favoriser l'activation des processus primaires et de dissociation. Il m'a semblé pertinent de favoriser une ouverture à d'autres champs de conscience en « ouvrant » les possibilités et les choix du patient.

Il a pu s'agir de proposer de nombreux lieux possibles de safe place sans jamais se fixer sur un seul lors de la transe hypnotique ou de couleurs ou d'états matériels. Ainsi de la « maison d'enfance » de départ dont il était question pour madame H, a émergé tout un décor de lieux et de paysages : de bord de mer, de jeux d'enfants dans le sable.

De l'ouverture à tout un panel de couleurs pour madame B, elle choisira le rouge, là où les couleurs que je proposais, « bleu », « vert », me paraissait être des couleurs plus « douces », propices à un apaisement au vu de l'angoisse suscitée par la visualisation du serpent. Le choix du rouge m'a légèrement déconcertée mais s'est avéré être un choix auto-thérapeutique pertinent pour la patiente puisqu'elle a associé son « sauvetage » à du rouge qui brûle le serpent de l'intérieur, le faisant fuir.

Dans l'utilisation de la rhétorique communicationnelle, l'usage du « peut-être que... » et du questionnement facilite cette recherche d'ouverture.

L'importance de favoriser cette ouverture aux possibles est particulièrement évidente dans la visualisation de la radio : l'image est la même mais l'utilisation qui en est faite des différents patients est strictement différente. Madame B y perçoit la voix de son amie, identifiée comme personne ressource. Monsieur C y perçoit un élément extérieur, directement puisé dans son environnement familial, celui de l'écoute par sa fille de stations

radiophoniques anglaises. Monsieur K manifeste un investissement plus affectif de la voix perçue, « reconnaissant » la voix d'une animatrice radio appréciée.

Si la pratique du thérapeute rend compte de l'importance des mots et traduit cette volonté d'ouverture des possibles, il ne peut cependant jamais présager du résultat. Même l'état extérieur du patient ne peut être un indicateur de ce qui se passe dans son monde interne lors de l'état hypnotique. L'accompagnement dans cette ouverture des choix passe par un soutien et un maintien communicationnel régulier et répétitif du thérapeute qui assure une sécurisation du patient dans la transe. L'emploi des mots tels qu'« agréablement », « confortablement », « légèreté », « quand vous le souhaitez » offre ce continuum de présence soutenu par un rythme de voix calme, presque monotone.

La dynamique de changement et d'accès aux ressources favorisée par le thérapeute passe également par un choix des mots et des figures de langage et de communication. On l'a vu la métaphore de l'infusion était adaptée au patient parce que renvoyant à un vécu quotidien investi et familier. C'est également la dimension de mouvement et de mise en action suggérée qui est intéressante dans cette métaphore : « *infusion, diffusion à l'intérieur du corps* », « *comme des plantes qui infusent et viennent, petit-à-petit, donner une autre couleur à l'eau chaude* ».

La diffusion, l'expansion de la chaleur dans le corps, croissante et augmentée à chaque respiration est une mise en action et en mouvement thérapeutique et résonant, par analogie, comme une mise en action possible pour le patient, par le patient, à partir de ses ressources propres.

Cette mise en mouvement par l'accès aux ressources du patient suppose un ajustement du soignant qui dépasse la considération et l'utilisation de la rhétorique hypnotique. La dimension non verbale, corporelle, posturale est également à prendre en compte : le rythme de la respiration du patient, son tonus musculaire, son faciès, ses mouvements de signaling...

L'ajustement corporel du thérapeute passe par une synchronisation avec le vécu du patient, par une harmonisation en miroir avec sa respiration, renforçant la concordance des vécus et amplifiant leurs effets. Je proposais au patient d'augmenter la diffusion de la chaleur dans leur corps à chaque respiration, nommant leur inspire et me calquant sur leur rythme extérieur visible.

- **L'alliance thérapeutique par la création d'un espace commun sécurisant et de transformation**

Winnicott définit la thérapie comme un jeu, une création commune, allant donc plus loin qu'un simple travail côte à côte. Ceci nécessite de la part du thérapeute d'aller chercher le patient là où il se trouve pour l'inviter, lui permettre de s'autoriser à jouer, mobilisant tout un monde de sensations. C'est tout l'intérêt ludique et agréable de l'outil hypnotique.

L'hypnose offre ainsi de nouvelles perspectives dans la thérapie : en tant qu'approche psychocorporelle, elle offre la possibilité de démentaliser la problématique et, en tant qu'ouverture et ajustement du thérapeute, elle offre la sécurité dans un nouvel espace. Elle a été d'autant plus appréciable qu'elle s'adresse à des patients souvent embolisés par un afflux

massif sur le plan sensoriel (du fait du remaniement sensoriel imposé par la disparition partielle ou totale de la perception visuelle, majoritaire jusqu'alors), embolisés par une anxiété réactionnelle au trauma de la perte et embolisés par un lourd travail de deuil rendant leurs ressources disponibles mises à rude épreuve.

Elle est également un outil non intrusif, souple, malléable, adapté pour des patients rencontrés dans le cadre d'un suivi ophtalmologique et parfois surpris, ou peu enclins, à une prise en charge psychologique. La majorité des patients n'ont d'ailleurs jamais vu de psychologue auparavant et sont peu habitués à un travail introspectif. L'intérêt de l'hypnothérapie est donc de pouvoir agir par métaphores sans aborder de face une problématique que la personne ignore ou dénie ou ne veut tout simplement pas évoquer, bien qu'elle en souffre et manifeste cette souffrance par une plainte enfermante.

Cet ajustement des ressentis passe également par un ressenti et une prise en compte des inquiétudes du patient déficient visuel, déjà en état de dissociation quasi permanente par la désorientation sensorielle induite par sa pathologie. Ainsi, madame B a insisté pour garder les yeux ouverts pour faire lors de sa première séance d'hypnose. On peut remarquer que la fois suivante elle les a fermés spontanément, conservant un sentiment de sécurité et de liberté d'action, dépassant l'angoisse que l'exercice hypnotique puisse lui faire « perdre le contrôle ».

Il est donc important de savoir créer un cadre sécurisant où les consignes suggestives ne seront pas vécues comme intrusives ou dangereuses. L'ajustement dans la posture du thérapeute, physique et psychique, participe dans cette mise en confiance.

Je me suis surprise à plusieurs reprises à fermer les yeux avec les patients lors de l'exercice ou à les rassurer en début de séance par un « *je fais l'exercice avec vous, je vous accompagne* ». Cela m'a semblé pertinent dans un mouvement de synchronisation avec leur vécu de mal-voyance et de lâcher prise sensoriel visuel. Cet ajustement est un accompagnement et une empathie avec le mode d'appréhension perceptif dans l'instant présent du patient.

Comme on l'a vu dans la partie théorique, la prégnance de l'auditif, surdéveloppé par la perte de la perception visuelle, rend également nécessaire une grande attention portée à la voix : voix qui accompagne et qui décrit, dans un rythme et un débit calme et apaisant.

Cet accordage avec le patient est donc physique, psychologique, émotionnel et relationnel. Il influence directement la pratique du soin, son cadre d'intervention et d'influence et amène à reposer comme centrale l'empathie au coeur du lien thérapeutique.

CONCLUSION

Il y a quelque chose de particulier dans le soulagement exprimé par les patients en post séance hypnotique : ce soulagement a le goût d'une libération. Il est l'expression physique et émotionnelle d'une levée de tension suite à un blocage, d'une désobstruction après entrave, d'une remise en marche après arrêt complet. Il agit comme une respiration et donc comme un mouvement de prise d'air après une trop grande contention, après un état de compression.

Cet état de tension et de sclérose, il en est question avec chacun des patients rencontrés. La déficience visuelle est entrée dans leur vie, leur a soutiré quelque chose, souvent difficile à nommer. Elle les a paralysés, les laissant sur le côté, dans un état de souffrance diffuse qui n'est pourtant pas de l'ordre de la pathologie mentale ni du trauma post accidentel ou d'agression, plébiscité et reconnu comme authentique et appelant au soin pour le grand public. Il y a deuil mais pas d'une personne, la personne est toujours en état de vie ; mais deuil il y a tout de même, deuil d'un organe et des capacités perceptives associées, deuil de « la vie d'avant » et de l'identité qui y était plus ou moins consciemment rattachée.

Travailler au contact des patients déficients visuels en tant que psychologue est ardu parce que cela impose de pouvoir accompagner cette souffrance diffuse qu'il serait inadéquat, voir anti thérapeutique, de ranger dans les grilles psychopathologiques. Il y est question de trauma, il y est question de deuil, il y est question de perte mais ces concepts cliniques ne suffisent pas à eux seuls à rendre compte de l'aspect diffus de la souffrance exprimée et manifeste. Ils l'encadrent mais ne peuvent dépeindre la dimension d'inanition et d'endommagement du vécu des patients.

L'approche cognitive, favorisée dans ma pratique, offre un cadre thérapeutique à cette errance, une possibilité de « rangement » et de co-construction d'outils. Elle ouvre à une réappropriation, par leur reconnaissance, des états émotionnels, des cognitions et des comportements ainsi qu'à une recherche mutualisée d'alternatives plus « confortables » et sensées dans la trajectoire de vie du moment du patient.

Dans la clinique présente, d'accompagnement psychologique des personnes déficientes visuelles, la pratique de l'hypnose est venue apporter de la souplesse et de la fluidité, pour reprendre les termes de François Roustang. Si la pratique cognitive et comportementale assure, actuellement, dans mes représentations de clinicienne, le cadre contenant et anti hémorragique, « soignant », l'hypnose s'offre comme un jeu et une découverte qui, toujours pour l'instant, a l'art de surprendre autant le thérapeute que le patient.

Sa dimension ludique rend cette pratique d'autant plus déconcertante qu'elle traite le problème et le soigne de manière parfois plus rapide et plus efficace que la prise à bras le corps, très « sérieuse » et très « normée » de mon approche habituelle.

Le pas de côté, le paradoxe qu'introduit l'hypnose me semble tout de même favorisé par cette double approche : son effet se trouve renforcé parce qu'il intervient, au détour d'une proposition, comme outil un peu farfelu au milieu de la quête très professionnelle d'une prise en charge spécifique de symptômes. Elle se veut outil thérapeutique mais est suggérée comme outil différent et tentative « d'autre chose ».

Et l'étonnement vient justement de cet « autre chose » qu'elle engendre : du visuel là où il est question de sa perte ; de la saturation de sensoriel quand la plainte exprimée n'est que

désolation et de la mise en action à très court terme quand la bataille extérieure semble peuplée d'embûches.

Cependant la productivité des effets observés ne peut être considérée comme la preuve de son efficacité. Dans le cas présent, c'est le rétablissement qui s'en suit qui est parlant : rétablissement d'un mouvement, d'un agir de la personne, d'un contact avec ses facultés perdues, d'une malléabilité recouvrée de ces facultés comme si c'était, d'ailleurs, quelque chose de tout à fait naturel. C'est avant tout le rétablissement de la continuité du lien à l'environnement et de la capacité de s'y mouvoir ou d'interagir avec lui qui apparaît révélateur.

Minkowski désigne par le terme de syntonie cette présence au monde comme contact affectif avec l'ambiance et se caractérisant par la faculté de vibrer avec elle²⁰. Cette syntonie recouvrée, le temps d'un travail de transe hypnotique et parfois bien après, me semble être le point d'efficacité et d'étonnement de la pratique de l'hypnose.

Comme le montre la clinique rencontrée dans l'élaboration de ce mémoire, l'hypnose est une voie d'accès aux ressources internes de la personne et permet une mobilisation et remise en mouvement de celles-ci. Même si ce n'était pas l'objectif de ce travail, on peut faire l'hypothèse qu'elle favorise ainsi le déroulement du processus de deuil et la liquidation de la charge traumatique. C'est une piste à explorer qui ne l'a pas été ici mais qui s'inscrit dans la démarche de prise en compte des capacités d'adaptation et de régulation de la personne, dont il a été effectivement question.

Quoi qu'il en soit, elle intervient dans un cadre de recherche de mise en avant des phénomènes résilients vers la sortie de crise.

C'est ainsi que l'hypnose appliquée dans un cadre de soins rééducationnels, permet un renforcement desdits objectifs rééducationnels : par la mobilisation des ressources internes et de la dimension dynamisante que cela sous-tend, le renforcement de la conscience psychocorporelle par l'ouverture à la sensorialité et la possibilité d'investir de nouveaux projets par le dégagement de l'enfermement dans la plainte, épine brûlante dans la souffrance psychologique exprimée par les patients.

Se reconnecter, par l'exercice de l'hypnose, à l'expérience familière de soi-même pour retrouver la familiarité perdue avec son environnement...

²⁰ MINKOWSKI Eugène, *Traité de psychopathologie*, les empêcheurs de tourner en rond, Paris, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1999, p.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- AUDET J., KATZ J-F., *Précis de victimologie générale*, Paris, Dunod, 2006
- BARROIS C., *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod, 1988
- BENHAIEM J-M., ROUSTANG F., *L'hypnose ou les portes de la guérison*, Paris, Odile Jacob, 2012
- BENHAIEM J-M., *L'hypnose qui soigne*, Paris, J.Lyon, 2010
- BIOY A., CELESTIN-LHOPITEAU I. (Sous la direction de), *Aide-mémoire, Hypnothérapie et hypnose médicale*, Paris, Dunod, 2014
- BIOY A., MICHAUX D. (Sous la direction de), *Traité d'hypnothérapie*, Paris, Dunod, 2007
- CHABROL H., CALLAHAN S., *Mécanismes de défense et coping*, Paris, Dunod, 2004
- DELOURME A., MARC E., *Pratiquer la psychothérapie*, Paris, Dunod, 2009
- HANUS M. , *La résilience, à quel prix ?*, Paris, Maloine, 2002
- HANUS M. , *Les deuils dans la vie*, Paris, Maloine, 2007
- HERVE J., *Comment voient les aveugles ?*, Paris, Ramsay, 1990
- JEHEL L., LOPEZ G., *Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 2006
- LUYAT M., *La perception*, Paris, Dunod, 2009
- MELCHIOR T., *Créer le réel*, Paris, Seuil, 1998
- MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C., *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*, Paris, Maloine, 2013
- MINKOWSKI E., *Traité de psychopathologie*, Paris, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1999
- MINKOWSKI E., *Ecrits cliniques*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2002
- PIOT M., *Mes yeux s'en sont allés*, Paris, l'Harmattan, 2004
- POINSOT R., ANTOINE P., *La résolution de problème en psychothérapie*, Paris, Dunod, 2008

ROUSTANG F., *Savoir attendre*, Paris, Odile Jacob, 2008

ROUSTANG F., *La fin de la plainte*, Paris, Odile Jacob, 2000

ROUSTANG F., *Qu'est-ce que l'hypnose ?*, Paris, Les éditions de minuit, 2003

RUSINEK S., *Soigner les schémas de pensée*, Paris, Dunod, 2006

WATZLAWICK P., *Le langage du changement*, Paris, Seuil, 1980

Articles

CROCQ L., « Stress, trauma et syndrome psychotraumatique », *Soins psychiatriques*, n°188, pp. 7-13

Liens internet

<http://pierre.griffon.pagesperso-orange.fr/RoleduPsy.pdf> : le rôle du psychologue dans une équipe pluridisciplinaire de rééducation d'adultes déficients visuels

systemevisuel_2014_2015_Sophie_Jacquin-Courtois.pdf : plasticité du système visuel