



Quand des maladies auto-immunes érodent
une part de Soi... L'hypnose comme voie possible de
réappropriation ?

Présenté par Corentine FAIVRE
Psychologue clinicienne

Ce présent mémoire a été :

Dirigé par Mr **Antoine Bioy** : Psychologue clinicien et Professeur des universités
Supervisé par Mme **Anabelle Castor** : Psychologue clinicienne

Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie
Dijon - Année 2021-2022

Remerciements

A:

Mr Antoine Bioy d'avoir accepté de diriger ce mémoire et m'avoir laissé l'opportunité de faire partie de cette formation universitaire.

Mme Castor pour la supervision de ce présent mémoire et ses précieux conseils ; pour sa disponibilité et sa douceur d'âme.

Mme M. qui m'a fait confiance au travers de ce travail et avec qui j'ai pu partager de très beaux moments hypnotiques.

L'ensemble des intervenants pour la qualité de leurs enseignements et le partage de leur pratique, socle riche et précieux sur lequel s'appuyer dans la quête de cet apprentissage.

Tous les collègues de cette promotion pour leur bonne humeur et leur esprit collectif qui nous ont permis de vivre de vrais moments d'entraide et de convivialité.

Sandra pour sa relecture et son amitié.

Et pour finir, à mon mari et mes enfants pour leur soutien sans faille au cours de cette année intense.

Sommaire

I- Introduction	4
II- Revue théorique des travaux	6
1) Les maladies et leur impact psychologique	6
<i>A) Maladies et bouleversement identitaire</i>	6
<i>B) Focus sur les maladies auto-immunes</i>	7
<i>C) Deuil et dépression au travers de la maladie</i>	9
<i>D) Anxiété au travers de la maladie et focus sur les acouphènes</i>	11
2) Hypnose et Maladies	
<i>A) Considérations sur l'hypnose</i>	14
<i>B) Particularités de l'hypnose et maladies du corps : le cas des maladies auto-immunes</i>	16
III- Problématique	19
IV- Méthodologie de la recherche	20
V- Résultats et données cliniques	25
<i>A) Première séance : Le lieu agréable</i>	25
<i>B) Seconde séance : « Double réification » du symptôme</i>	27
<i>C) Troisième séance : L'usine</i>	31
<i>D) Quatrième séance : L'appui sur les ressources (souvenirs)</i>	33
<i>E) Cinquième séance : La maison</i>	37
<i>F) Sixième séance : Le conte métaphorique de « La Lionne aux griffes étoilées »</i>	41
VI- Discussion théorico-clinique	44
<i>1) Retour sur les hypothèses et résultats</i>	44
<i>2) Évolution de notre posture respective et données éthiques</i>	46
VII- Conclusion	50
<i>Annexe 1 : Le conte de la Lionne aux griffes étoilées</i>	52
<i>Annexe n°2 : Formulaire vierge de consentement</i>	54
VIII- Bibliographie	55
Résumé	57

I- Introduction

L'hypnose... ou l'Art de manier les mots

Je vais me permettre de remonter un peu les aiguilles du temps...

Déjà lycéenne, j'étais particulièrement attirée par les beaux mots, la grande littérature française et les possibilités que nous avons au travers de notre langue de faire danser les mots entre eux pour en obtenir de jolis écrits. Naturellement, mon choix s'est rapidement porté sur une filière littéraire.

Au cours de mon enseignement secondaire, j'ai eu la *chance* de pouvoir découvrir la philosophie ; j'évoque le terme *chance* car il s'agit d'une discipline qui m'a d'emblée captivée.

En effet, elle venait mobiliser des réflexions profondes, de nature existentielles.

Mais ce fut également une *chance* car au travers de ces courants philosophiques, j'ai découvert une notion à l'époque bien mystérieuse qui constituera un thème fondamental d'étude au sein de nos enseignements soit : l'Inconscient.

Au fil des évocations de S. Freud, j'ai découvert quelles formes pouvaient prendre cette instance dans notre quotidien et sa capacité à agir parfois à notre insu.

Les liens entre philosophie et psychologie se sont rapidement établis : comme avec l'Inconscient, mon intérêt est allé grandissant vers les mystères de la vie psychique et ses expressions ; le tout assorti d'une envie de parole authentique et d'aider l'autre à devenir et être lui-même, je m'engage quelques années plus tard dans les études de psychologie.

J'ai eu le plaisir, au cours de mes années de formation de psychologue clinicienne, d'assister à des enseignements de Mr Bioy qui *saupoudrait* de temps à autre dans ses interventions des références et des allusions à l'hypnothérapie. J'ai très vite été curieuse de ce que je nommais à l'époque *cet outil*. Je me suis donc inscrite à plusieurs reprises aux expériences que les doctorants réalisaient pour leurs recherches portant sur l'hypnose, sous un œil cognitiviste.

Je souhaitais découvrir ce qu'impliquait cet état de transe dont on nous parlait, quelles en étaient les sensations. J'étais portée, déjà à cette époque, par la curiosité de cette mystérieuse approche.

Il m'aura fallu une dizaine d'années de pratique pour enfin me décider à remettre le pied à l'étrier des apprentissages et m'engager dans la découverte de cette nouvelle discipline.

Peut-être était-ce le bon moment ? Un carrefour de pensées, l'envie de questionner mes connaissances et les faire évoluer, apporter un nouvel élan à mes pratiques, apporter du nouveau...

Et pourquoi pas aussi venir rompre la lassitude aussi minime soit-elle que certaines situations peuvent susciter.

En fait, j'étais en quête d'une sorte d'allier dans ma pratique classique de psychologue clinicienne, à la recherche d'une spécificité qui offrirait un nouveau souffle à certains suivis et qui éviterait d'avoir parfois cette impression de tourner en boucle.

C'était l'espoir que je plaçais derrière cette rencontre avec l'hypnose, peut-être avec la croyance, moi aussi, qu'elle constituerait une approche un peu magique, sans venir tout résoudre.

Mais, ce n'était pas tout. Elle semblait représenter *cet art de manier les mots* les uns avec les autres et ces phrasées particulières ; je pense que cet aspect créatif permettant de déployer des possibles à l'infini m'attirait comme un aimant.

Ayant travaillé dans différents secteurs (médico-social et sanitaire), j'ai toujours été interpellée par la manière dont la maladie ou toute difficulté physique, pouvait venir « figer » le patient, le « paralyser ». J'ai souvent constaté que l'arrivée d'un tel événement dans la vie d'une personne pouvait bloquer toute réactivité ou mouvements d'élaboration ; les ressources, loin d'être inexistantes, ne sont tout simplement pas accessibles dans l'instant présent.

Dans un premier temps, il était bien évidemment question de respecter cela et dans un second temps, je pressentais qu'il existait un champ des possibles mais que les outils que j'avais à ma disposition étaient peut-être insuffisants. En effet, l'observation clinique, l'entretien, les examens psychologiques comportaient quelquefois leurs limites, comme toute approche d'ailleurs.

Mais très vite, je me suis demandée si l'hypnose ne pouvait pas être un tremplin pour remettre en mouvement ce qui s'était figé, du fait de la maladie, au travers du changement de Soi à Soi.

Serait-elle une manière d'accéder à une autre vision de la perte, de ce qui s'est modifié par la maladie et plus spécifiquement encore quand cette maladie est auto-immune et qu'elle est plurielle. Comment accepter, si tant est que cela soit possible, qu'une part de soi vienne trahir l'intégrité psychique ? C'est donc dans ce contexte que va venir s'inscrire la thématique de cette recherche de mémoire.

II- Revue théorique des travaux

« *La vie, ce n'est pas d'attendre que les orages passent, c'est d'apprendre à danser sous la pluie* » - Sénèque

1) Les maladies et leur impact psychologique

A) Maladies et bouleversement identitaire

Cette citation philosophique nous permet d'emblée d'introduire la notion de maladie dans son caractère chronique, c'est-à-dire dont les effets (les symptômes) vont persister dans le temps, au travers d'un traitement pérenne, nécessitant forcément un réajustement dans son rapport propre à la vie. Comme l'explique Grimaldi (2006), toute annonce d'une maladie nouvelle que l'on va soigner mais pas forcément guérir vient bousculer le vécu jusqu'alors fluide du temps.

En modifiant ce rapport au temps, la maladie ne manque pas de soulever par la même occasion l'angoisse de mort présente en chacun de nous mais bien soigneusement refoulée.

Elle impose son lot de contraintes, de handicaps et le rapport aux autres et finalement à Soi est considérablement différent à partir du moment où elle fait irruption dans la vie de l'individu.

Certains auteurs comme Cascales et Baruteau (2012) vont même jusqu'à considérer l'annonce d'une maladie comme un réel temps traumatique. « *Si nous entendons le concept de traumatisme comme l'effraction psychique d'une quantité trop importante d'excitation débordant les défenses psychiques d'un sujet qui n'y était pas préparé, alors l'annonce d'une maladie peut être considérée comme traumatique* ».

La maladie vient donc remettre en question l'identité du sujet puisqu'elle convoque l'image que ce dernier a de lui-même, dans le sentiment de Soi et dans l'essence même le constituant : *qui suis-je ?*. Cette notion d'identité est pour Drouin-Hans (2006) une séparation entre le soi et le non-soi. Toutefois, elle vient marquer la différence autant que la ressemblance et c'est ce qui la rend si ambiguë et complexe.

Elle reste pour l'auteure un concept qui marque l'unicité et qui fait que chaque individu est différent vis-à-vis des autres. Elle rassemble également des éléments qui se ressemblent et forment alors ce que l'on nomme le collectif (l'appartenance à un genre notamment).

Sous le concept identitaire, certains auteurs parlent du Soi ou encore du Moi.

D'un point de vue psychosocial, Mead (1934, 1963)¹ considère par exemple que le Soi se développe à partir des jugements qu'autrui émet sur lui-même au sein d'un contexte où le Soi et autrui interagissent.

Pour lui, le Soi ne serait pas présent à la naissance mais se développerait tout au long de la vie et de l'activité sociale avec les autres.

Simard (1980) rappelle que l'identité s'appuie sur trois principes : se reconnaître soi-même comme être singulier, reconnaître ce que les autres ont de commun entre eux et avec soi-même et effectuer une reconnaissance mutuelle entre soi et les autres.

Freud (1923), quant à lui, distingue le Moi et le Soi. Le premier étant pré-conscient, provenant du système des perceptions extérieures et se prolongerait dans le Soi, qui pour sa part, serait inconnu et inconscient. Dans sa théorie, le Moi tenterait de se défendre au mieux des exigences contraires comme les besoins instinctuels (le Ça), les interdits (Surmoi) et la réalité.

Finalement, le Moi représenterait donc notre conscience mais serait pour une grande part inconscient.

Selon l'approche au travers de laquelle nous nous plaçons, nous pourrions dire que la maladie bouleverse le rapport que le sujet peut avoir avec lui-même.

Vatageot (2012)² exprime combien l'insécurité suscitée par la maladie va engendrer des mouvements intrapsychiques transformant l'économie psychique de la personne.

Marin (2014) illustre bien la manière dont le monde intérieur de la personne malade est « *sens dessus dessous* ». Et que penser du monde psychique des patients souffrant de maladies dites auto-immunes ? Ces mêmes maladies qui mettent en exergue une attaque interne des processus immunitaires et donc une sorte d'auto-trahison somatique.

B) Focus sur les maladies auto-immunes

Au cœur des maladies chroniques peuvent en effet se loger les maladies dites auto-immunes. Ces dernières sont actuellement recensées au nombre de 80 et résultent, selon l'INSERM³, d'un dysfonctionnement du système immunitaire conduisant ce dernier à s'attaquer aux constituants normaux de l'organisme.

1 Cité par Martinot, 1995, p.14

2 Citée par Bioy, 2012, p.107

3 <https://www.inserm.fr/dossier/maladies-auto-immunes/> (Mars 2022)

Les constituants du soi sont visés par le système immunitaire via, entre autre, la production d'anticorps qui attaquent ses propres tissus.

Sibony (2017) reprend les étymologies relatives à l'immunologie. En grec, *munio* signifie forteresse, protection : être capable de s'exclure contre une agression potentielle.

En latin, *immunitas* signifiant « dispense » est dérivé de *immunis* qui renvoyait au fait d'être épargné, à l'abri de quelque chose.

Pour Tron (2015), les maladies auto-immunes qui présentent un dérèglement variable du système immunitaire trouvent leur origine dans une multitude de facteurs : les uns génétiquement déterminés, les autres acquis et dépendant de l'environnement ainsi que du mode de vie de la personne.

De fait, les maladies auto-immunes :

- sont hétérogènes
- peuvent toucher différents organes (maladie auto-immune spécifique d'organe) ou non (maladie auto-immune non spécifique d'organe)
- peuvent s'exprimer par des manifestations diverses
- ne trouvent pas leur origine dans un facteur causal unique comme peuvent l'être les maladies infectieuses ou les maladies métaboliques.

Selon lui, l'organisme de l'individu est attaqué par son propre système immunitaire.

De façon implicite, nous percevons toute l'étendue de la culpabilité qui peut ici émerger face à une attaque intrinsèque des cellules de son propre corps envers son propre corps.

Cette culpabilité peut d'ailleurs, souvent et en partie, venir faire le lit de symptômes anxio-dépressifs consécutifs à la survenue d'une pathologie somatique.

Dans tous les cas, un mouvement de réajustement va devoir s'inscrire dans le temps, en relation avec la maladie.

C) Deuil et dépression au travers de la maladie

« Tomber malade... »

Marin (2014) relève cette expression fréquemment véhiculée pour décrire un double mouvement : à la fois le caractère accidentel, ce mouvement vers le bas, soulevé par la maladie mais également le fait que la personne doit trouver un ajustement entre ce qu'elle est devenue aujourd'hui et ce qu'elle était, lorsqu'il s'agit d'une dimension chronique.

En effet, la maladie implique un état de déséquilibre que Barrier (2007) traduit en évoquant l'état inférieur dans lequel la personne se retrouve, en comparaison à la pleine santé qui représente l'état supérieur. La maladie vient convoquer un travail d'acceptation et de réappropriation que l'on peut assimiler au travail de deuil, entre un avant et un après : une sorte de rupture.

Philippin (2006) définit le deuil comme « *l'ensemble des réactions physiques, psychologiques, affectives et comportementales consécutives à toute perte significative, qu'il s'agisse notamment d'une personne aimée, mais aussi d'un idéal, d'un animal, d'un objet ou autre* ».

S'appuyant sur son étymologie *dolere* signifiant souffrir, il nous confirme que le deuil se vit dans la souffrance tout en restant un phénomène normal et universel.

Bacqué et Hanus (2000) développent l'idée que l'annonce d'une maladie chronique, à ce titre, comporterait plusieurs attitudes courantes chez les patients : refus, dépression, révolte, combat, acceptation. Ici, le deuil lié à la maladie résulterait de l'accumulation de pertes autour de la santé, des projets et d'une certaine image de soi.

Les attitudes des patients ne sont pas sans nous faire rappeler la proximité avec les 5 étapes du deuil « classique » lié à la perte d'un être cher décrite par les mêmes auteurs.

- **L'état de choc** ou sidération mentale avec un arrêt des fonctions psychiques.
Cette sidération agirait à 3 niveaux : les affects sont anesthésiés, les perceptions sont émoussées et l'organisme est comme figé. Elle se suivrait de deux réactions possibles : soit une forme de blocage soit une forme de fuite.
- **Les comportements de recherche et la régression** où la personne va rester dans une forme de pensées autour du proche perdu et une volonté de le rechercher, envahissant tout le champ mental et pouvant mener à une forte hostilité en lien avec la déception de ne pouvoir le reconvoquer.
- **L'agressivité et le chagrin** : traduisant l'ambivalence de toute relation d'objet entre colère et amour. Ici, la personne peut en vouloir à son proche de ne plus être là.

- **Le chagrin du deuil** : à cette étape, le fait que la personne se laisse aller à extérioriser ses larmes va être un bon indicateur : décharge motrice et somatique de la tension.
Deux phénomènes peuvent alors apparaître : *la dépression-état* que l'on connaît autour de la dépression « classique » mais dans laquelle le sujet peut rester figé et développer un état dépressif majeur avec un deuil sans fin. *La dépression dynamique* qui s'assimilerait quant à elle à un cheminement progressif menant à l'intégration de la perte.
- **La terminaison du travail du deuil** : elle est difficile à définir mais elle correspondrait au fait de visualiser, chez la personne présentant le deuil, une possibilité de ne pas céder à une tempête émotionnelle en évoquant le souvenir de la personne perdue.
Le ré-investissement de nouveaux projets en serait également un bon témoin.

Grimaldi (2006) reprend des données universelles lorsque nous évoquons le concept du deuil :

- Chaque nouveau deuil fait raviver des deuils anciens
- Un deuil n'étant pas mis au travail vient interdire tout nouveau deuil
- Tout travail de deuil n'est jamais complètement achevé mais permet de recouvrer un certain équilibre derrière la tempête.

A l'instar de la dépression dynamique citée plus haut, il convient de développer désormais ce que l'on entend par « dépression » car elle constitue en effet, sans en être un déterminisme, un destin pour certains patients présentant une pathologie somatique. D'ailleurs, pour Sibony (2017), la dépression est toujours présente si l'affection somatique provoque le handicap, la douleur et l'insuffisance de certains organes.

Bioy et Fouques (2008) désignent la dépression *comme « un symptôme ou une maladie dont la caractéristique majeure est une humeur triste ou une perte d'intérêt pour toute activité »*.

Nasio (2012) relie la dépression à une humeur triste provoquée par un choc émotionnel souvent difficile à repérer et s'accompagnant d'un dérèglement bio-chimique.

Il relie plusieurs symptômes en lien avec un épisode dépressif majeur, ce dernier devant être présent depuis plus de quinze jours au travers de cinq symptômes pour pouvoir en émettre le diagnostic :

- **La tristesse dépressive** : à la différence de la tristesse ordinaire, celle-ci est permanente, difficilement réductible et inhibitrice.

L'irritabilité est parfois présente au second plan, traduisant cette tristesse dépressive.

- **Le repli sur soi** : le sujet « se claustrer à l'intérieur de lui-même » avec une forme de lamentation, d'auto-dévalorisation et de culpabilité
- **La perte d'intérêt** : la personne n'éprouve pas seulement un manque de désir mais elle a également perdu la faculté de ressentir intérieurement la présence du désir
- **La fatigue**, la lassitude : sensation de dormir beaucoup mais de rester épuisé
- **Le ralentissement psychique et physique** : pluriel dans les registres de la vie quotidienne
- **Les troubles de l'attention** : avec une difficulté pour se concentrer
- **Les idées suicidaires** : souvent informulées
- **La perte de l'appétit** : anorexie, boulimie, dégoût de la nourriture
- **Les troubles du sommeil** : la plupart du temps des insomnies de « fin de nuit » ou « du petit matin » . D'autres troubles peuvent apparaître : insomnies d'endormissement, réveils nocturnes fréquents, hypersomnie.

Pedinielli et Bernoussi (2011) précisent combien la dépression n'est ni la tristesse, ni le deuil, ni l'anhédonie.

Lemogne (2018) atteste que les troubles dépressifs sont 2 à 4 fois plus présents chez les personnes présentant une pathologie somatique que dans la population générale.

En effet, dans certaines situations, les troubles dépressifs vont être réactionnels à l'annonce de la maladie, même si nous le savons, la maladie peut être également un levier pour faire émerger des affects dépressifs déjà latents.

D) Anxiété au travers de la maladie et focus sur les acouphènes

Suite à l'annonce d'une maladie somatique, l'anxiété peut également faire partie du tableau symptomatologique vécu par la personne.

Pour Varma (2014) l'anxiété et la dépression présentent des symptômes en commun, à savoir :

- les troubles de l'humeur
- l'irritabilité
- les difficultés pour se concentrer
- les troubles du sommeil
- les modifications de l'appétit
- la fatigue

- des plaintes somatiques non spécifiques
- des distorsions cognitives
- la tendance à surestimer le danger et sous-estimer les ressources personnelles (donc impression d'impuissance à faire face aux problèmes de la vie)

Lorsque la dépression et l'anxiété s'associent, les symptômes seraient plus persistants dans le temps. L'évitement et la rumination sont directement corrélés à la dépression et à l'anxiété.

Bioy et Fouques (2008) définissent l'anxiété comme « *un état émotionnel désagréable, associé à un sentiment d'inquiétude.*

Selon les auteurs, les troubles anxieux se regroupent au travers de 3 manifestations, amenant à un tableau d'anxiété :

- *Physiques* : nous pouvons retrouver une sensation d'oppression thoracique, des tremblements, une sudation, une accélération du rythme cardiaque / respiratoire, des rougeurs, des spasmes et contractions musculaires, des bouffées de chaleur, des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vision et des perturbations digestives.
- *Psychiques* : souvent, une sensation de tension est décrite par les patients, une nervosité ou une angoisse.

Nous retrouvons la peur d'un danger ou d'une menace, l'anticipation négative d'une situation menant à une hypervigilance, l'impression de devenir fou, parfois d'une mort imminente.

La sphère cognitive s'en trouve perturbée (mémorisation, concentration, attention)

- *Comportementales* : ils peuvent passer par la sidération, une prostration ou une forte agitation. Nous pouvons observer des conduites régulières d'évitement en fonction du contexte déclencheur d'anxiété.

Il peut être intéressant, en lien avec les manifestations physiques citées ci-dessus, de nommer le phénomène d'acouphènes qui se traduit par des perceptions de sensations sonores en l'absence de tout stimulus extérieur. Elles peuvent demeurer continues ou intermittentes.

Quin (2015) explique que l'intensité de ces acouphènes est très liée au niveau de stress, d'anxiété que peut éprouver la personne. Par ailleurs, Josse (2006)⁴ a relaté que la survenue de ces acouphènes se déclenchait concomitamment à un événement marquant, émotionnellement important similaire à un choc psychique.

4 [Http://psycho-solutions.be](http://psycho-solutions.be) : « Les acouphènes. Traitement par l'hypnose » (Mars 2022)

Le parallèle avec l'annonce d'une maladie somatique est donc tout à fait probant.

La grande problématique associée à cette manifestation est que l'anxiété peut être la cause de leur présence mais également de leur intensité.

Par ailleurs, leur présence génère également du stress à posteriori et une grande douleur morale autour de la notion d'incertitude quant à leur disparition, ce qui constitue un cercle vicieux.

Ce symptôme peut donc venir renforcer la problématique anxieuse.

Le trouble d'anxiété généralisé (TAG) peut être nommé à partir du moment où les symptômes perdurent au-delà de six mois. Sa comorbidité principale est la dépression.

Graziani (2005) insiste sur le fait que l'anxiété comporte cette projection vers le futur, pouvant être démesurée par rapport à la menace réelle et incluant des symptômes corporels parfois visibles (mais pas toujours). L'anxiété va se distinguer de la peur dans le sens où elle ne sera pas focalisée spécifiquement sur un danger concret et sera prolongée de manière durable, à la différence de la peur qui est souvent en lien avec une situation stressante, sous l'impact d'une réaction physiologique en cascade.

Nous l'avons dit, les troubles anxieux sont fortement associés à la survenue d'une maladie chronique. Ceci peut être à lire sous le regard de la *clinique de l'incertitude* car c'est bien cette notion d'incertitude, au cœur de la maladie, qui vient se réactiver durant cette période : la personne doute et redoute l'avenir.

Alric et Préaubert (2013)⁵ lisent cette notion d'incertitude selon trois temps distincts :

- Au début de l'entrée dans la maladie, la personne vivrait une forme d'angoisse majeure impulsée par l'incertitude de la recherche et du diagnostic, avec son lot de fantasmes associés (curabilité, pronostic...)
- Au moment du traitement curatif, l'incertitude va générer du doute quant au futur, avec le questionnement autour des chances de guérison.
- Puis, en cas d'échec médicamenteux et de fin de vie inéluctable, le manque d'incertitude va venir bloquer la dynamique de projection vers l'avenir. La connaissance de la mort et son annonce viendrait créer désormais les conditions d'un besoin d'incertitude, comme s'il s'agissait un temps de marchandage vis-à-vis de la mort.

5 Cités par Barruel et Bioy, 2013, p.25

La maladie constitue une réelle épreuve, un coup de tonnerre dans un ciel serein.

Malgré les représentations négatives qui lui sont associées, la survenue d'une maladie, lorsque celle-ci ne comporte pas de caractère imminemment létal, représente également la possibilité de redéfinir ses priorités et de s'ancrer dans un processus de réaménagement identitaire.

Cependant, les approches psychothérapeutiques classiques comportent parfois leurs limites puisque, nous l'avons vu, l'instance du Moi est pour une grande part inconsciente et l'accès à des ressources profondes chez le sujet demande un long travail.

Il conviendrait de pouvoir s'appuyer, en parallèle de cette relation d'aide, de cette alliance thérapeutique, sur une approche qui relie le sujet au plus près de ses sensations.

L'hypnose pourrait représenter cette aide précieuse à apporter au patient, puisqu'elle permettrait de se réinscrire dans une dynamique de vie en venant mobiliser les ressources intérieures et se réapproprier ce qui lui arrive.

2) Hypnose et Maladies

A) Considérations sur l'hypnose

Qui n'a pas le souvenir d'avoir conduit sa voiture et d'avoir été surpris d'arriver déjà à un point spécifique alors que le trajet en lui-même ne faisait l'objet d'aucun souvenir en apparence ? C'est l'expérimentation, à un niveau de transe légère, de ce que l'état hypnotique vient susciter, cette dissociation qui nous donne la sensation d'un doux flottement, d'un regard flou et vague... mais tellement confortable.

Pour Roustang (1994), l'hypnose constitue un état de veille intense et va permettre au sujet d'expérimenter « *une autre façon d'être au monde* », à ne pas confondre avec le sommeil profond qui, quant à lui, s'orientera davantage vers la possibilité de se laisser aller aux rêves.

Bioy (2020) reprend la définition de l'hypnose comme étant « *un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi* »

L'insistance sur les termes « en relation avec un praticien » revêt une importance considérable car cela vient faire la différence entre ce qui constitue l'hypnose et ce qui n'en est pas.

En effet, aucune séance d'hypnose ne peut débuter sans qu'une relation thérapeutique n'ait été créée au préalable. Bellet (2015) illustre grandement cette idée en précisant que l'hypnose en elle-même n'a rien de thérapeutique si l'on considère qu'elle représente un outil isolé dans une boîte. Elle n'existe pas en dehors de la personne humaine et c'est bien le thérapeute lui-même qui vient l'activer au travers de sa qualité principale qui n'est autre que l'imagination. L'hypnose revêt ainsi un caractère souple, créatif et se rapproche d'un mode de pensée.

Il n'y a donc rien de magique dans ce dernier, il faut y voir une co-construction personnalisée au profit de chaque patient, au travers de stratégies thérapeutiques qui lui sont propres. Pour Erikson⁶, la notion de créativité va être centrale dans l'approche hypnotique et va permettre au thérapeute de s'inscrire avec son patient dans un « ici et maintenant », au travers d'un mouvement d'adaptation nécessaire.

Une écoute attentive va être fondamentale de la part du thérapeute qui va devoir adapter chaque séance en fonction du moment contextuel dans lequel se place son patient.

C'est également ce qui va distinguer le fait d'être hypnotique et de faire de l'hypnose.

Salem et Bonvin (2012) décrivent deux ingrédients techniques :

- L'induction : elle est la porte d'entrée à cet état de transe présent au cours de l'hypnose. Différentes méthodes d'induction existent pour mener à celui-ci. L'échelle VAKOG du diagnostic sensoriel permettra de définir la préférence sensorielle du patient afin d'orienter au mieux la séance via le meilleur canal.
- Les suggestions (directes ou indirectes) : elles consistent en un message destiné à produire des effets chez l'interlocuteur, dans sa pensée, ses émotions, ses motivations ou ses comportements. On y trouve les stratégies thérapeutiques destinées au patient pour l'aider dans son cheminement.

Nous retrouvons l'idée de cette association entre le thérapeute et le champ de conscience modifié, indispensable pour parler d'hypnose. Le thérapeute se trouve d'ailleurs lui-même en état de transe légère de part ce partage expérimental, ce qui en dit long de l'implication et l'état de synchronisation dans lequel le thérapeute se trouve.

⁶ Cité par Bioy et al., 2020, p.25

Au sein d'une séance d'hypnose, nous avons différentes manières de travailler les processus inconscients (Bioy et al. 2020) :

- Via les images métaphoriques : il s'agit de « *constructions de langage qui répondent à un processus analogique, de façon à susciter le changement de manière indirecte* ».

Ces images sont construites à partir des expressions utilisées par les patients pour décrire leur souffrance. L'image la plus proche de celle décrite par le patient (voire même la sienne) sera utilisée. Une fois encore, chaque métaphore sera écrite pour un patient, *sur-mesure*.

- Via le récit métaphorique : celui-ci se doit de s'appuyer sur le monde interne de la personne, renvoyer directement à la problématique qu'elle doit venir éclairer et qu'une appropriation de la solution par le patient soit suggérée.

Au début, la narration va être construite en fonction de ce que l'on sait de l'histoire du patient. Au milieu, la problématique du patient va être transposée par analogie, avec le motif de sa souffrance. A la fin du récit, il y a une transposition de ce que souhaite le patient, dans un après.

En somme, nous pouvons suggérer que les métaphores hypnotiques vont représenter une forme de stratégie de changement face à des processus chroniques du fonctionnement du patient. Ceci est particulièrement probant dans le cas de la maladie.

B) Particularités de l'hypnose et maladies du corps : le cas des maladies auto-immunes

Nous l'avons vu, la maladie est une sorte d'épreuve que le sort vient mettre entre les mains de la personne souffrante. Pour rester dans l'idée des métaphores, elle représenterait en quelque sorte une tempête. Comment aider la personne à ne pas simplement la subir ?

C'est sûrement ici que l'hypnose tient toute sa place...

De fait, en cas de maladie, Lesage⁷ explique que l'hypnose constitue une aide précieuse pour permettre au patient de se réinscrire dans une dynamique de vie, tout en mobilisant ses ressources internes et en lui offrant l'opportunité de s'approprier ce qui lui arrive.

L'idée serait de considérer que l'hypnose va permettre au patient de sortir de cette première étape dans laquelle il se situe, à savoir la passivité liée à la survenue de la maladie, créant une forme de sidération, et lui permettre de se réapproprier une partie de ce qui lui arrive subitement.

7 Citée par Bioy, 2021, p.168

Pour Bellet (2015) l'hypnose va justement pouvoir mettre en mouvement un état physique ou psychique qui a été figé dans le but de se protéger.

C'est exactement ce qui se présente le plus souvent dans le cas de maladies, le figement répondant à l'effraction faite par la survenue de la maladie.

Plus spécifiquement, dans les maladies auto-immunes, Corydon (2004) rappelle que le système immunitaire vient attaquer le corps et que le travail en hypnothérapie pourra permettre une stimulation du fonctionnement normal du système immunitaire en insistant, via les métaphores, sur les parties du corps encore efficientes.

Il y aurait par-delà, la possibilité de se réappropriier une partie de ce corps « *désorienté* ».

Cette notion de « réappropriation » sera d'autant plus vraie lorsque des affects anxio-dépressifs vont venir se mêler au tableau somatique pur de la maladie auto-immune.

En effet, Yapko (2007) fait un lien entre hypnose et dépression et explique combien cette approche hypnotique peut venir susciter à nouveau l'envie d'expérimenter, de se focaliser sur le futur et de s'appuyer sur des ressources intérieures. Tous ces axes manquant cruellement au patient lorsque la dépression est active. En effet, il nomme combien les personnes peuvent se retrouver bloquées, tout en ayant pourtant des ressources masquées.

Bioy (2020) relate que « *la dépression est nourrie par un sentiment de perte, autrement dit comme si quelque chose qui avait été investi par le patient venait à manquer cruellement* » et qu'il conviendra de favoriser des suggestions ouvertes de manière à déclencher un mieux-être et non chercher à diminuer les symptômes en eux-mêmes.

Trois dimensions de la dépression pourront être travaillées, selon lui, entre autres, via l'hypnose :

- La restauration de l'estime de soi (avec l'identification des ressources antérieures)
- Le sentiment de contrôle (ébranlé dans le cadre de la maladie notamment)
- L'expression du sentiment de colère latent (consécutif à la perte)

La question de l'anxiété va également être prise en compte dans les dépressions car nous l'avons vu, elles peuvent être concomitantes.

Pour Bioy (2020), l'approche de l'anxiété par l'hypnose va se faire le plus souvent au travers de :

- La réification du symptôme, en balayant les différentes caractéristiques de l'objet représentant l'inconfort, la gêne ou l'anxiété et pouvoir les transformer de sorte à rendre l'objet symptôme plus acceptable.
- La visualisation de lieux propices à la détente et l'amplification des sensations avec un geste d'ancrage permettant de recouvrer plus tard les mêmes sensations positives.

Comme tout symptôme, l'anxiété ayant une fonction, il conviendra pour le patient de changer la perception de cette dernière et de la rendre plus vivable pour lui mais non de la supprimer de manière radicale. Ceci se confirme d'ailleurs lorsque des manifestations physiques vont se rattacher à l'anxiété, tels que les acouphènes. Il conviendra ici de pouvoir en modifier le ressenti mais pas en soi de les éradiquer de manière frontale.

Corydon (2004) et Quin (2015) se sont intéressés au traitement des acouphènes par l'hypnose en suggérant, au travers de leurs métaphores, combien il était possible d'oublier certains sons, sans considérer qu'ils disparaissent, mais que notre cerveau puisse agir sur eux pour ne pas les laisser envahir le champ de la conscience.

Josse (2006)⁸, explique qu'il s'agit là d'un processus « d'habituation » et les suggestions données vont accentuer l'idée que la présence continue ou répétée d'un stimulus aboutit à un processus d'habituation. Ici, il est attendu un changement dans la perception de l'acouphène.

Elle considère que cette habitude sera fonction de la teneur émotionnelle de la sensation perçue de l'acouphène : elle peut être retardée si celui-ci est vécu comme une nuisance.

De même, Josse évoque là encore la possibilité de s'appuyer sur la réification du symptôme de sorte à redonner du contrôle à la personne vivant l'acouphène, en jouant avec les images mentales.

Elle considère que l'auto-hypnose va être nécessaire pour renforcer les effets obtenus au cours des séances. Pour Salem et Bonvin (2012), l'auto-hypnose ou *l'hypnose appliquée à soi-même* va consister à « *induire une transe personnelle et à entrer en relation avec la partie inconsciente de soi-même, dans un but défini, plus ou moins élaboré* ».

Le principe de l'auto-hypnose reprendra les mécanismes habituels de l'hypnose mais en s'utilisant soi-même comme partenaire. Nous pouvons imaginer combien cette possibilité pourrait s'avérer utile dans le cadre de la maladie où le patient se retrouve souvent seul face à lui-même...

⁸ [Http://psycho-solutions.be](http://psycho-solutions.be) : « Les acouphènes. Traitement par l'hypnose » (Mars 2022)

III- Problématique

Marin (2014), dans « *La maladie, catastrophe intime* » illustre parfaitement le cataclysme que vient constituer la survenue d'une maladie, quelle qu'elle soit. Très vite, se pose la question suivante :

Peut-on soigner une telle blessure de l'identité ? Cette interrogation est encore plus probante quand il s'agit de maladies auto-immunes qui viennent soulever le poids d'une culpabilité, voyant ses propres cellules se ranger du côté d'une anarchie interne.

Il serait toutefois réducteur de penser que les choses sont déterminées et que nous n'avons plus de possibilités de renverser la vapeur ; que tout serait définitivement figé.

En frôlant la notion de perte, il sera question de remettre en mouvement la vie psychique et les paramètres identitaires via l'hypnose.

De fait, l'hypnose permettant un accès royal aux ressources psychiques du patient, à son inconscient, nous pouvons suggérer qu'elle serait une approche idéale pour venir susciter un changement et permettre à la personne présentant des maladies auto-immunes une plus grande harmonie psychique.

Hypothèse 1 : Dans un premier temps, nous suggérons que le travail en hypnose sur les troubles anxieux, en lien avec les maladies auto-immunes, va aider notre patiente à retrouver un certain contrôle (pourtant ébranlé via les maladies).

Hypothèse 2 : De façon concomitante, nous suggérons que l'hypnose va permettre, avec un travail autour des ressources, une remise en mouvement et un dépassement de la perte (illustrée par les affects dépressifs).

Au travers de ces deux hypothèses, nous pouvons penser qu'après un premier travail de stabilisation, nous pourrions accéder à des processus plus profonds et que l'hypnose permettra à notre patiente de se rapprocher d'une certaine réappropriation de Soi.

IV- Méthodologie de la recherche

J'exerce actuellement mon activité de psychologue clinicienne à la fois au sein d'une structure médico-sociale (EHPAD rattaché à un CHS) et également dans le cadre d'une pratique libérale en cabinet. C'est dans ce contexte de consultations privées que je rencontre **Madame M.**

Mme M. m'est adressée en premier lieu par un collègue médecin généraliste qui la reçoit comme patiente. Il m'explique que deux diagnostics de maladies auto-immunes ont été posés et qu'elle se trouve aujourd'hui « *dans un contexte psychologique difficile du fait de toutes ces épreuves de santé à traverser* ». Par ailleurs, elle manifeste une inquiétude pour son avenir et projette sa retraite de façon très décevante. Celle-ci venait de lui être fraîchement attribuée au moment où la première annonce médicale est survenue.

Mme M est née en 1961, âgée donc de 60 ans lorsque je la rencontre.

Elle se présente au cabinet de façon très coquette et je comprendrai au fil des entretiens qu'elle attache de l'importance au soin de son apparence avec une appétence particulière pour les beaux vêtements et la coordination de ceux-ci.

Très rapidement, elle verbalise les raisons qui l'amènent à venir consulter une psychologue, en précisant qu'elle a été conseillée par son médecin traitant : ce dernier lui a proposé de pouvoir effectuer un suivi psychologique avant d'avoir recours à un anti-dépresseur.

Elle se saisit de cela car souhaite éviter une prise supplémentaire de médicaments ; elle est en effet déjà traitée par un anxiolytique à action rapide.

De fait, depuis l'annonce des deux maladies auto-immunes, elle se sent triste, est en proie à des ruminations anxieuses et ne se projette pas concrètement dans l'avenir.

Elle ne présente pas d'idée suicidaire.

Mme M décrit la découverte des deux maladies comme suit :

Elle présentait des céphalées importantes, une difficulté à déglutir, une fatigue extrême et des sensations de sécheresse buccale et oculaire importantes et très désagréables.

Puis la sécheresse gagne les mains pour couvrir toute la peau du corps dans son ensemble sans omettre les sécheresses intimes. C'est à ce moment là qu'intervient un symptôme dont elle parlera très fréquemment : les acouphènes.

Devant ces éléments, elle décide de consulter son médecin qui l'adresse auprès d'un stomatologue pour des examens spécialisés.

En février 2021, le premier diagnostic tombe : Mme M présente une maladie de **Gougerot Sjören**, caractérisée par une diminution des sécrétions de larmes et de salive entraînant un syndrome sec pouvant toucher d'autres organes et viscères.

Ceci explique ainsi la sécheresse buccale et corporelle dont elle souffre.

Le spécialiste lui explique d'ailleurs que l'apparition de sa maladie n'est pas récente puisqu'elle en est au stade 4. Elle bénéficie d'un spray buccal pour l'aider à lutter contre cette sensation de sécheresse mais il n'existe pas d'autre traitement possible pour elle puisque celui qui lui avait été proposé a fait interférence avec une seconde maladie, découverte à ce moment là et lui a causé une perte de 10 kilos, en raison de troubles digestifs.

Elle l'avait déjà nommé à demi-mots lors de la découverte de la première maladie mais elle vivra cette incompatibilité médicamenteuse comme « un second tour joué par son corps ».

Ainsi, elle verbalise qu'à partir de cette annonce, elle a commencé à se sentir moins bien et à pleurer régulièrement. Elle se sent hyperémotive alors qu'elle avait toujours été perçue comme étant « *solide comme un Roc* » et faisait également ce portrait d'elle-même.

« *Un petit rien du tout me met dans le trac. La moindre petite chose m'affecte, je ne me reconnais pas, je ne suis plus la même* ». Elle explique qu'elle adorait faire du shopping mais qu'elle n'en a plus l'envie, du moins il faut que son mari l'accompagne. « *Je crains en permanence qu'il puisse m'arriver quelque chose* ».

Elle est frustrée de constater qu'elle n'arrive plus à être aussi active, elle qui contrôlait son ménage et l'organisation de son quotidien « au cordeau », elle perçoit qu'elle ne peut plus se comporter de la même façon. Son mari lui a signalé qu'elle ne faisait plus rien de ce qu'elle aimait faire, que seuls les rendez-vous médicaux rythment ses journées.

Elle s'estime particulièrement ralentie, fatiguée, ne sachant plus très bien si cette fatigue est due à la maladie, à ses affects, ou les deux. D'ailleurs, elle rencontre des oublis qui peuvent être attribués à forme de charge mentale.

Puis, **en août 2021**, au retour de ses vacances d'été, après une fatigue extrême et une impression d'aller de plus en plus mal, elle consulte à nouveau et un second diagnostic s'impose à ce moment : elle présente également une **maladie de Biermer** qui provoque une carence en vitamine B12 par une malabsorption de celle-ci.

Elle apprend donc qu'elle devra avoir recours à une injection de vitamine B12 une fois par mois, à vie, car son corps n'en fabrique plus.

Elle va exprimer que l'annonce de cette seconde maladie a été moins difficile à entendre que la première mais qu'elle n'a pas pu s'empêcher de se demander si les annonces allaient cesser ou continuer à s'enchaîner. Nous touchons ici à la notion d'incertitude.

Sur le plan familial, elle est mariée depuis 40 ans à un homme qu'elle décrit comme étant très gentil et soutenant envers elle. Il a tendance à la « booster » lorsqu'elle fait part de ses inquiétudes mais sans en être maladroit. Elle s'appuie beaucoup sur lui.

Elle est elle-même issue d'une fratrie de 8, avec qui elle s'entend très bien, à l'exception d'une sœur avec qui il y a eu des conflits à une époque, cela l'ayant profondément marquée et peinée.

Deux de ses sœurs ont présenté une dépression majeure et ont dû avoir recours à un traitement par anti-dépresseur.

Depuis que ces dernières savent qu'elle ne va pas bien, elles lui renvoient l'idée que son état ne peut pas être réel du fait de sa représentation « solide comme un Roc ».

Elle verbalise se sentir incomprise, que l'on banalise son mal-être ainsi que sa douleur morale.

Elle a 3 enfants (deux filles et un garçon) et précise « qu'elle est très portée famille ». Ils la soutiennent beaucoup également ; ses filles se placent volontiers du côté d'une compréhension de ses affects. Mais, elle regrette que son fils, par maladresse ou sentiment d'impuissance, tente de « banaliser » ses symptômes et aspire à entendre sa mère dire qu'elle va bien.

Elle tente donc de faire semblant pour le rassurer.

Sa maman a 85 ans. L'ensemble des frères et sœurs se refusent de la confier à un établissement pour personnes âgées. Ils l'accueillent donc une semaine chacun leur tour, à leur domicile.

Par contre, Mme M explique qu'elle ne parvient plus à accueillir sa maman chez elle ces derniers temps, depuis l'annonce de ses pathologies et l'apparition des symptômes ; cela la renvoie à ses limitations actuelles et génère pour elle une grande culpabilité.

L'histoire de Mme H :

Elle dit avoir connu une enfance heureuse jusqu'à ses 13 ans, puis son père a changé de travail et a commencé à s'alcooliser régulièrement.

Selon elle, il était très gentil mais après chaque alcoolisation il présentait des comportements violents (paroles et gestes) envers elle, ses frères et sœurs et sa maman.

Les lendemains étaient faits de repentirs suppliant la famille de le pardonner.

Elle décrit une enfance douloureuse à partir de ce moment là mais exprime une grande fierté envers sa maman qu'elle a toujours qualifiée de battante, solide, ne laissant rien transparaître.

Malgré les demandes des enfants qui lui disaient de le quitter, elle ne l'a pas fait.

Le papa est décédé à ce jour d'un cancer des poumons.

Mme M et son mari possèdent une maison de vacances au Portugal, d'où elle est originaire, et apprécie de s'y rendre chaque année. Toutefois, dernièrement, elle exprime ne plus ressentir l'élan et l'envie d'y aller, de « *peur qu'il lui arrive quelque chose là-bas* ».

Sur le plan médical, elle n'avait jamais rencontré de problèmes majeurs à l'exception d'une hystérectomie à 47 ans qui a été difficile à vivre : « *ma vie de femme en a pris un coup* ».

Au niveau de sa santé, elle verbalise qu'elle ne s'est jamais vraiment écoutée ; au travail, elle portait des charges lourdes et avait mal aux épaules le lendemain, elle avait souvent recours à l'automédication et « *c'était reparti* ».

Elle travaillait comme conductrice de ligne dans une entreprise Jurassienne qui vend des produits alimentaires (viandes, charcuterie) et portait fréquemment des charges conséquentes, aucune chaîne de transport n'étant automatisée.

Depuis l'annonce de ses maladies, elle ne se reconnaît plus et explique ne plus avoir de contrôle sur ses émotions. Elle sent que celles-ci sont exacerbées.

Elle était perçue par ses collègues, amies, famille, comme joviale et festive : la première à faire rire les autres. Aujourd'hui elle ne parvient plus à fédérer comme elle en avait l'habitude et cela surprend son entourage social qui ne manque pas de le lui faire remarquer.

L'élan habituel pour des activités qui étaient source de plaisir (sorties, balades, voyages, shopping) n'est plus présent ou du moins grandement diminué. L'anxiété est présente dès lors qu'elle s'apprête à quitter son environnement habituel. La notion de vulnérabilité est perceptible.

Par ailleurs, ses acouphènes permanents impactent considérablement sa qualité de vie et majorent son anxiété. Elle a questionné le spécialiste pour savoir si ce symptôme était en lien avec la maladie. Cela peut en effet être le cas mais il ne peut pas l'attester.

Quoi qu'il en soit, les acouphènes se sont manifestés au cours de la même période où l'annonce a été faite. Mme M est très perturbée par la présence de ces phénomènes acoustiques et a le sentiment qu'elle « va devenir folle s'ils persistent ». Elle en devient obnubilée, se questionne sur une durée, leur présence, leur absence. Elle se surprend à les chercher... « *Le matin je me lève, je me demande s'ils sont là et je me mets à les entendre* ». Elle explique qu'une fois la prise de son anxiolytique, elle semble moins les entendre, mais que vers 18h, ils réapparaissent de manière plus forte.

Elle fait d'elle-même le lien avec la perte d'efficacité de son traitement (anxiolytique) pris en matinée à laquelle s'ajoute la charge anxieuse majorée par la perception des acouphènes et l'anxiété de la fin de journée. Elle va fortement s'attacher à l'évocation de ce symptôme au cours de nos entretiens et dans le même temps va formuler le souhait de les voir disparaître.

Devant ces éléments, l'intérêt de m'appuyer sur l'hypnose s'est rapidement imposé.

Par ailleurs, il y avait une porte d'entrée intéressante car en évoquant ses acouphènes et sans savoir que j'étais en formation d'hypnothérapie, Mme M. a verbalisé qu'elle aimerait tenter le recours à l'hypnose. En effet, on lui avait suggéré qu'il y avait un travail intéressant à faire avec cette approche pour diminuer la perception des acouphènes.

C'est dans ce contexte que je lui explique que nous pourrions utiliser cet outil auquel je me forme actuellement. Le but étant ici de l'aider, plus largement, à construire quelque chose autour de son vécu actuel et dans le même temps travailler autour de la notion d'acouphène qui fait partie intégrante de la problématique anxio-dépressive actuelle.

De fait, il me semblait important de venir stabiliser la charge anxieuse reliée aux acouphènes avant d'opter pour un travail plus profond en hypnose autour des ressources.

V- Résultats et données cliniques

Avant de faire apparaître ces données cliniques, j'ajoute que l'accord de Mme a été vivement recherché. Un formulaire de consentement a été rempli. Le document vierge figure en **annexe n°1**. L'original a été conservé en aparté pour préserver l'anonymat.

A) Première séance : Le lieu agréable

Mme M. est particulièrement favorable à cette séance d'hypnose, familiarisée avec la sophrologie qu'elle avait expérimentée dans le passé et sensible à cette manière de rentrer en contact et en connexion avec le corps.

Pour commencer, après avoir proposé à Mme M. de s'installer le plus confortablement possible, je choisis pour cette première séance une induction avec fixation du point de manière à lui laisser un certain contrôle. Elle est en effet plutôt attachée à ce besoin.

Je le lui signale d'ailleurs « *Et de commencer à pouvoir apprécier toutes les sensations qui arrivent et vivre ce moment agréable, confortable, où vous vous sentez vous-même et en plein contrôle de tout ce qui advient* »

Par ailleurs, la problématique anxieuse dans laquelle elle est installée, à ce moment ne me paraissait pas être dans un premier temps en adéquation avec une induction de type détente.

Elle s'installe très facilement dans un état de transe et montre assez rapidement des signes de détente dans son corps : relâchement des membres et respiration très lente, calme.

Pour pouvoir me permettre de travailler des exercices plus « profonds » par la suite, j'envisage dans un premier temps de lui proposer d'aller imaginer un lieu dans lequel elle se sente bien et qu'elle aime tout particulièrement.

Je passe en revue les différents canaux sensoriels (VAKOG) afin qu'elle puisse se saisir de la sensorialité qui la relie le plus à ce lieu, même si je perçois au travers des entretiens une tendance à s'appuyer davantage sur le canal kinesthésique.

T : *Est-ce que vous pouvez me dire ce que vous voyez en ce moment ?*

P : *Alors je suis assise sur une dune, face à la mer, j'entends le bruit des vagues, et le soleil qui vient juste me chauffer un peu, oh la la ... trop bien..*

T: *Très bien, ça vous fait du bien... ?*

P: *Oui...*

T: *Est-ce que c'est ce dont vous auriez besoin, que ce soleil vienne un petit peu... vous réchauffer ?*

P: *me réchauffer oui (nomme la phrase avant que je ne dise moi-même le terme « réchauffer »)*

T: *... Vous donner l'énergie dont vous avez besoin en ce moment ?*

P: *C'est ça...*

T : *D'accord, très bien.*

Et prendre le temps de savourer ce moment, ce moment de bien-être qui va vous redonner l'énergie, une forme d'harmonie dans votre corps, qui vous permet de faire circuler en vous tout ce sentiment de confort et de bien-être dont vous avez besoin... tranquillement...

T: *Est-ce que vous voyez d'autres détails dans cet endroit confortable dans lequel vous êtes actuellement ?*

P: *Oui, je vois les arrivées de bateaux avec leurs poissons, quand ils arrivent et moi j'adore ça.*

T: *Très bien... Et est-ce que vous êtes toute seule dans ce lieu ?*

P: *Non, je suis avec mon mari*

T: *Est-ce que vous percevez des odeurs, des sons particuliers ?*

P: *Des sons oui car le son des vagues qui viennent frapper sur les rochers oh... J'adore entendre ce bruit...*

T : *D'accord, très bien...*

Est-ce vous percevez une odeur particulière également qui se rattache à ce lieu ?

P: *C'est un peu l'iode ; j'adore quand j'arrive à la plage et que je sens déjà cette odeur, on dirait que ça me remplit déjà les poumons...*

T: *Bien... C'est important pour vous de pouvoir remplir vos poumons de cette odeur et cet état agréable ?*

P : *C'est ça...*

T: *Très bien... Parfait*

=> J'opère un retour progressif à la conscience en lui proposant de capturer ces différentes sensations, de les imprégner et de les retrouver à chaque fois qu'elle retournera dans ce lieu.

A posteriori, elle verbalise que la séance lui a fait énormément de bien, qu'elle se vivait réellement comme étant à la plage. Elle apparaît détendue, satisfaite d'avoir vécu ce moment et d'avoir été connectée à ces sensations. Elle ajoutera avant de partir qu'elle se sent plus légère.

Je lui propose de pouvoir effectuer cet exercice en auto-hypnose en reprenant avec elle les différentes modalités, de sorte à pouvoir l'utiliser notamment dans les moments où la perception des acouphènes est particulièrement dérangeante. L'idée est de lui offrir une sorte d'entre-deux.

Elle se montre volontaire et satisfaite à l'idée de repartir avec un « outil » à la maison.

Je perçois que c'est en effet ce dont elle a besoin à ce moment du suivi : s'emparer de quelque chose de concret qui lui donnerait justement la sensation de contrôler à nouveau, autrement.

Durant cette séance, j'ai gardé avec moi le script du « Safe place » en l'édulcorant à ma manière.

Je n'ai pas eu besoin de le lire, mais je dois reconnaître que cela m'a rassurée pour cette première séance.

B) Seconde séance : La « double réification » du symptôme

Deux semaines se sont écoulées depuis notre première séance d'hypnose.

Après un temps d'entretien, Mme M. m'explique qu'elle a pu reproduire l'exercice du lieu agréable en auto-hypnose et que cela l'a aidée plusieurs fois « à mettre un peu de côté les acouphènes ».

Elle reste dans une demande autour de ceux-ci et aimerait pouvoir les réduire.

Je lui propose ainsi un exercice d'hypnose pour transformer ce vécu désagréable.

Je me permets toutefois de préciser que l'hypnose ne viendra pas éradiquer l'acouphène de façon magique mais pourra possiblement lui permettre d'en modifier la perception et donc le vécu.

Je propose, après une induction à fixation du point, d'effectuer un exercice de **double réification du symptôme**. De fait, la sonorité des acouphènes avait débutée dans l'oreille gauche mais commençait depuis quelque temps à se propager au niveau de l'oreille droite.

Je commence donc durant l'entretien par lui demander de me représenter le bruit dans chaque oreille, en le « chosifiant » :

Le bruit d'une abeille avec sifflement : oreille gauche

Le bruit d'un bâton « toc toc » : oreille droite

Au cours de l'induction, je laisse passer l'information suivante de manière à faire écho à la fixation de la pensée aux acouphènes et solliciter la notion d'habituation :

T : Autour de vous, vous pouvez prêter attention aux différents sons qui sont présents , cette horloge au dessus de votre tête qui tourne tranquillement et petit à petit vous finirez par ne plus prêter attention à cette horloge et vous vous laisserez guider uniquement par le son de ma voix ; seul le son de ma voix sera présent et vous guidera au travers de cette séance... et vous pourrez vous rendre compte comme il est parfois facile finalement de ne porter attention qu'à un détail, un élément... votre cerveau a cette capacité de se fixer sur un élément en particulier ; ici ce sera le son de ma voix, et dans le quotidien, vous pourrez remarquer que nous avons la capacité de fixer notre attention sur un élément et de s'en détourner un peu plus tard...

T : Je vais vous proposer de focaliser votre attention sur cette abeille et je vais vous demander s'il est possible pour vous d'identifier la taille qu'elle pourrait faire

Peut-être pourrez-vous me dire si elle est plutôt petite ou plutôt grande ?

P : Elle serait plutôt grande

T : Plutôt grande, très bien...

Est-ce que vous pouvez identifier une ou plusieurs couleurs pour cette abeille ?

P : Elle serait jaune et un peu noire...

T: Est-ce que vous pouvez entrevoir une texture qui se rattache à cette abeille ?

A t-elle une texture particulière ?

P : Je dirais quelque chose de plutôt mou...

T : Très bien...

P : Est-ce que maintenant vous identifiez, en contact avec cette abeille, une forme particulière qui la constituerait ? Plutôt ronde, ovale...?

P: Non, elle serait pointue...

T : Parfait... Maintenant que vous avez bien visualisé cette abeille je vais vous proposer de reprendre les caractéristiques que nous avons citées et de voir de quelle façon ces caractéristiques pourraient se modifier de sorte de rendre cette abeille plus acceptable

(Reprise des caractéristiques)

P : Si elle est plus petite déjà...

T : Votre inconscient peut visualiser cette abeille qui devient plus petite, qui se transforme

P : Quelle soit toute jaune ça serait mieux...

Peut-être qu'il faudrait qu'elle soit ronde car pour moi pointu ça piquerait trop...

T: Très bien... Je vais vous laisser quelques instants, en lien avec votre inconscient, pour transformer tout ce qui vous semble important de sorte de la rendre plus acceptable et que finalement sa présence devienne quelque chose de plus vivable pour vous...

P : Je peux parler ?

T: Oui bien sûr

P: Je pense que si tout était plus petit j'arriverais mieux à canaliser...

T: Ce serait plus vivable si elle devenait tout petite, d'accord...

Je vous propose de vous la représenter de la taille la plus idéale pour vous...

Il est difficile d'imaginer qu'elle puisse disparaître totalement mais si vous pouvez l'imaginer plus petite qu'elle ne l'est actuellement elle pourra devenir plus acceptable dans votre quotidien

T: Quand vous aurez l'impression de l'avoir visualisée toute petite vous pourrez me le dire (signaling)

P : Je la verrais comme un petit moustique...

T : Un petit moustique, très bien...

Est-ce que vous arrivez à la voir comme ça ?

P : Oui

T: Très bien... En restant connectée à l'image de ce moustique je vous propose d'effectuer un geste d'ancrage en serrant votre poing, celui que vous voulez, en pensant très fort à cette image de l'abeille finalement qui se transforme visuellement en moustique tout en serrant votre poing, et à chaque fois que vous entendrez le bruit que fait cette abeille vous pourrez vous permettre de réaliser à nouveau ce geste d'ancrage qui vous reconnectera à toutes les sensations que vous vivez là actuellement... qui vous permettra de canaliser toutes les sensations négatives propulsées par cette abeille, et simplement en réalisant ce geste vous pourrez retrouver ces sensations agréables et de contrôle que vous avez là sur cette abeille.

P: Ok... super...

T : Est-ce qu'il y a autre chose que vous avez envie de transformer ?

P : Non c'est bon...

T: Très bien, on va rester sur cette transformation

(Seconde oreille : le bâton)

T: Désormais on va s'orienter vers l'autre oreille avec l'image de ce bâton que vous aviez choisie... Là encore je vais vous proposer de vous connecter à cette image et d'imaginer la taille que ce bâton pourrait avoir. Serait-il grand ou petit ?

P: Il serait moyen, pas trop grand

T: Très bien... est-ce que ce bâton pourrait avoir une couleur particulière ?

P: Plutôt marron...

T: Aurait-il une texture particulière?

P: Il serait rugueux...

T: Bien... est-ce qu'il aurait une forme spéciale ?

P: Oui il est tout mal, tout torsadé ...

T: Parfait... Je vous laisse prendre le temps de bien le visualiser ce bâton, de bien l'identifier, et d'observer comment il pourrait se transformer afin qu'il devienne plus acceptable pour vous...comme si vous cherchiez à cohabiter...

(Reprise des caractéristiques)

T: Quel serait l'idéal pour vous ?

P: Comme une petite baguette... Qu'il devienne plus petit

T: Est-ce que sa couleur devrait changer selon vous ?

P: Pas spécialement

T: Sa texture rugueuse ?

P: Oui il faut que ça change, un genre de caoutchouc, assez mou...

T: Très bien... Et sa forme torsadée ?

P: Oui il faudrait qu'elle devienne lisse...

T: Il faudrait que ce bâton devienne comme une petite baguette, lisse, un peu en caoutchouc, tout mou... Je vous laisse penser très fort à cette transformation, à ce petite baguette plutôt molle et lisse, de la visualiser, de la mentaliser, tranquillement...

T: Est-ce que l'image de cette petite baguette est plus confortable pour vous et vous amène à des sensations plus agréables ?

P: Plus agréables oui...

(=> Seconde proposition de geste d'ancrage, avec l'autre poing)

=> **Puis retour progressif à la conscience**, sans difficulté.

Mme M. décrit se sentir bien, détendue, et ne pas entendre de façon massive ses acouphènes sur le moment présent. Elle exprime qu'elle a bien pu se représenter les deux objets (abeille, bâton).

Je l'invite à l'avenir à effectuer le geste d'ancrage qu'elle a pu apprendre lorsqu'elle se sent envahie par la sensation de gêne provoquée par les acouphènes.

J'encourage également les exercices d'auto-hypnose pour renforcer le sentiment de contrôle au quotidien.

C) Troisième séance : l'usine

Deux semaines se sont écoulées depuis notre précédente séance d'hypnose.

Mme M. explique que les acouphènes s'apparentent désormais à de légers sifflements, discontinus. Elle verbalise qu'elle s'est trouvée davantage débordée ces derniers jours par l'anxiété et qu'elle a eu un accès plus limité aux exercices d'auto-hypnose. Je perçois un besoin d'étayage.

Pour cette séance, je propose à Mme M. un exercice de visualisation au sein d'une usine dans l'espoir de lui permettre d'expérimenter la façon dont il est possible de réguler la présence d'un bruit ou de s'en accommoder. Du fait qu'elle ait travaillé dans une usine, je compte sur cela pour lui permettre d'entrer plus facilement dans cet univers.

Après une induction où je lui propose de fermer les yeux et porter son attention sur les bruits environnants puis une focalisation sur les différentes parties du corps, je propose à son inconscient de partir voyager au sein d'une usine : je lui fais passer en revue via le VAKOG toutes les sensations qui se présentent en insistant plus précisément sur le **canal auditif**, où elle pourrait être témoin des différents bruits imposants qui se présenteraient, propulsés par les machines, le chahut des personnes présentes...

Nous échangeons essentiellement par **signaling** au cours de cette séance car je souhaite lui permettre de bien s'imprégner de la sensorialité et ne pas être trop interférante.

D'ailleurs, je perçois une abréaction en milieu de séance, poussée par une accélération de sa respiration. Par **signaling** : je vais m'assurer qu'elle est en sécurité et que tout va bien en lui signifiant que j'ai perçu un mouvement de sa part. Elle signale oui avec son doigt.

Je lui propose ensuite d'imaginer qu'elle se rend dans une pièce où il est possible de régler le bruit via une molette sur une machine de sorte à contrôler l'effet sonore et donc dérangeant, présent.

Pour ne pas qu'elle se sente « abandonnée », je lui précise que je lui laisse un temps de latence pour vivre ces expériences et je lui propose de me faire un geste du doigt quand elle aura suffisamment pu stabiliser le bruit présent.

=> **Puis retour progressif à la conscience**, sans difficulté.

Nous prenons le temps pour débriefer sur la séance.

Mme M. verbalise « *C'était trop bien, j'ai ressenti quelque chose en moi que je n'avais jamais ressenti auparavant* ». C'est en effet ce que j'ai pu moi-même expérimenter.

Il m'était difficile, au cours des deux séances précédentes, hormis via l'échange, d'entrevoir des éléments sur le plan para-verbal mais j'ai pu percevoir sur moi-même combien sa respiration changeait et combien la mienne, en effet miroir, se réajustait également.

Durant le debriefing :

Elle explique que lorsque j'ai parlé de son travail et des bruits (je n'avais pas suggéré de penser à son travail, mais son inconscient s'est porté sur ce lien là), elle a senti sa respiration s'accélérer très vite. Elle nomme que tout le bruit a envahi sa tête ; se l'est très bien représenté puisqu'à l'usine où elle travaillait, « *on était sur du 100 décibels* ». Elle aura travaillé ainsi 25 ans de toute sa carrière professionnelle sans protections auditives.

Elle explique qu'elle n'a pas réglé la molette du son pour stabiliser le bruit mais elle s'est rendue dans la seule pièce qui était calme dans l'usine : la salle de pause. Elle dit s'être vue « *assise sur le côté, vers la fenêtre où elle avait l'habitude de se placer et là elle était bien* ».

Elle a pu trouver son propre ajustement au sein de la séance, sa propre ressource.

Après avoir nommé cela, elle fond en larmes en me disant qu'elle a peut-être minimisé l'impact de son départ de l'usine. Elle m'explique alors que lorsqu'elle s'est présentée le dernier jour pour obtenir ses documents en vue de son départ, la personne chargée du secrétariat était en longue absence et remplacée par une personne qui ne connaissait pas très bien l'entreprise.

Elle a ainsi eu l'impression de partir comme si elle n'avait jamais vraiment fait partie de l'usine. Après toute sa carrière là-bas, elle n'a pas pu organiser un pot de départ et officialiser symboliquement ce passage, ce qui lui a laissé le sentiment « *d'avoir été mise au placard* » après 43 années de travail.

Puis elle a dit à ses collègues en partant, qu'elle reviendrait les voir mais elle n'y est jamais retournée depuis. Elle garde un goût amer de ce départ, en quête d'une reconnaissance qu'elle n'a pas obtenue, même si elle tentait de se convaincre qu'elle n'était pas affectée par la fin de cette carrière.

Elle conserve aujourd'hui des acouphènes, peut-être comme s'ils étaient une sorte de lien entre ce travail très bruyant et son quotidien aujourd'hui, comme si le fil n'avait pas encore été rompu et venait résonner...

D) Quatrième séance : L'appui sur les ressources (souvenirs)

Deux semaines se sont écoulées depuis notre précédente séance.

Mme M. revient sur les acouphènes qu'elle arrive quelquefois très bien à mettre de côté, grâce aux exercices mais qu'à d'autres moments elle n'y parvient que très partiellement.

Elle est alors envahie de pessimisme.

Durant l'entretien :

Elle revient sur un élément qui la culpabilise énormément.

Ils avaient projetés avec son époux de partir au Portugal dans leur maison de vacances courant mars et son mari s'était chargé d'acheter les billets. Elle pensait être capable d'aller jusqu'au bout de la démarche malgré sa crainte qu'il puisse lui arriver quelque chose.

Quelques jours avant la date du départ, l'anxiété l'a envahie considérablement au point qu'elle a fini par dire à son mari qu'elle se sentait incapable de partir et que le fait de perdre l'argent des billets d'avion l'importait peu. Son mari s'est montré très compréhensif mais elle cultive depuis la culpabilité de ne pas avoir pu aller jusqu'au bout et d'avoir privé son époux du voyage dont il avait vraisemblablement très envie.

Elle exprime un fort sentiment de vulnérabilité alors qu'elle estime avoir toujours été très solide.

Je perçois ce jour Mme M. comme étant « très fragile ».

Je lui propose donc un exercice d'hypnose autour de souvenirs dans l'espoir de lui permettre de se connecter à ses ressources et d'identifier des moments où elle s'est sentie fière.

L'idée est implicitement de lui suggérer que tout n'a pas toujours été négatif et qu'en elle sommeillent donc des ressources.

Je lui propose de me citer des souvenirs de son passé qui l'ont particulièrement satisfaite, dans lesquels elle s'est sentie fière d'elle, heureuse :

- *« Je vais vous proposer celui qui me vient le plus vite : on était 8 enfants, et j'ai été la première à avoir mon permis de conduire avec des frères qui étaient plus grands que moi ; je me suis sentie très heureuse, je disais à mon frère « regarde mon papier rose », et j'étais alors vraiment fière de moi ».*

Mme M. commence à avoir l'habitude des séances : elle s'installe d'emblée confortablement et se met directement à fermer les yeux. Après une induction avec focalisation sur les bruits environnants puis sur les parties de son corps et l'état agréable qui se propage dans chaque cellule de son corps, nous débutons la séance en elle-même.

T: Je vais vous proposer à présent de vous connecter à ce souvenir dont vous m'avez parlé tout à l'heure, le souvenir de vous en train d'apprécier la satisfaction de l'obtention de votre permis de conduire, vous qui étiez présente dans une grande fratrie et vous avez pu m'expliquer combien l'obtention de ce permis a été source de satisfaction et de bien-être.

*Je vous laisse quelques instants pour vous connecter au souvenir de ce moment là...
toutes les sensations positives, la sensation de fierté qui a pu advenir à ce moment,
comme si vous feuilletiez un album et que vous retombiez sur la photo de ce moment là...
Je vous laisse quelques secondes pour retrouver ce souvenir et le revivre à nouveau*

T: Est-ce que vous arrivez à le revoir ce souvenir ?

P : Oui. Je vois ma maman qui était super contente, « mon papa qui m'a dit je suis fière de toi », mon frère aîné a dit : « tu as eu un coup de bol ». Et j'étais tellement contente que je courais dans la maison et je disais : « non c'était pas un coup de bol c'est que j'étais bien ! »

T: Comment vous sentiez vous à ce moment là vous avec vous même ?

P: J'étais super bien... j'étais fière de moi, j'étais la première à l'avoir, j'étais très très contente.... j'étais satisfaite (insistance sur le mot) de moi

T: Très bien... C'est un beau sentiment que vous vivez là... un sentiment de fierté d'avoir accompli quelque chose

P: Voilà, c'est la fierté.

T: La fierté d'avoir accompli un examen, un événement important dans la vie d'une femme, la clef de l'indépendance et tout ce qui vient se jouer derrière... et vous étiez satisfaite de cette réussite

P: Oui, voilà surtout que j'étais la 4ème de la fratrie et j'étais la première à l'avoir...

T: Très bien... un moment important pour vous... vous avez pu vous rendre compte que vous étiez capable de réussir, d'entreprendre des choses et d'aller au bout des choses, de prévoir quelque chose et pouvoir le réussir...

T: Est-ce que ce souvenir vous amène à penser à un autre moment de votre vie où vous avez peut-être pu ressentir une forme de satisfaction ?

P: Oui, j'étais très très très heureuse quand j'ai eu mon fils car dans la famille il n'y avait qu'un garçon à l'époque, on était 7 filles, pour ma première grossesse je voulais un garçon et quand j'ai eu mon fils, j'étais heureuse, j'ai pleuré de joie de me dire : enfin un garçon !

T: Là aussi une forme de fierté, la fierté d'avoir mis au monde un enfant, d'avoir perpétué le nom

P : Oui, c'est ça. Alors et y a un autre élément qui me vient : Quand je travaillais, la hiérarchie a décidé à un moment de me mettre formatrice de la jeunesse, là j'étais comblée.

T: Très bien...

Une belle satisfaction, la fierté d'avoir été choisie.

P : C'est ça , pour eux j'étais la plus ancienne, la plus compétente

T: Quelles émotions vous viennent en repensant à tout ça

P : Une explosion de bonheur... Quand même ils reconnaissent mes qualités...

T : Est-ce que vous avez eu l'impression d'être reconnue justement au cours de votre carrière?

P: Oui à une certaine période, entre 30 et 50 ans. Car j'ai participé à plein de choses... Une fois que j'ai eu 50 ans ça s'est dégradé.

T: D'accord, en tout cas on sent une reconnaissance et une satisfaction... quelque chose qui vous portait beaucoup.

T: Si vous deviez choisir une émotion qui relierait ces 3 souvenirs, quelle émotion vous nommeriez ?

P: Je m'appuierais sur le souvenir de mon fils car ça été le plus gros, et l'émotion... le bonheur intense.

T : Autour de la valeur familiale, qui est quelque chose qui vous porte beaucoup dans votre vie, on sent que la famille est une ressource importante dans votre histoire, qu'elle vous porte et continue de vous porter..

P: Ah oui totalement

T : Finalement, par le fait de nommer ces souvenirs, vous pouvez visualiser à quel point vous avez en vous ces ressources... ces ressources d'accomplir des choses fortes, de réaliser des objectifs et de vous dépasser... car dans chaque exemple que vous avez cité, il y a la notion du dépassement de soi... cette notion de concrétiser quelque chose de fort et vous vous rendez compte aujourd'hui que ces exemples, parmi tant d'autres j'imagine, sont là pour illustrer à quel point vous êtes capable au fond de vous de réaliser des choses, dans des situations où parfois c'est difficile... mais vous avez dans votre passé des exemples très précis qui nous montrent que vous avez réussi, et vous pourrez finalement à chaque fois que vous vivrez à l'avenir des situations difficiles, de doutes, des moments inconfortables que l'on rencontre tous dans la vie... vous pourrez repenser à ces souvenirs et surtout à l'émotion que vous avez revécue aujourd'hui en y repensant... Et vous dire que pour toute situation, vous avez en vous des ressources qui elles, n'ont pas disparu. Ces ressources qui vous ont permis de vivre des choses formidables vous aideront au présent et au futur à dépasser certaines situations désagréables que vous aurez bien sûr encore à revivre. Quand ça sera le cas, n'hésitez pas à vous reconnecter à ces moments, cette émotion que vous avez vécue là aujourd'hui et vous dire combien vous avez été aidée par ces ressources et combien vous avez en vous, tout ce qu'il faut pour aller justement au-delà des difficultés que vous pourrez rencontrer.

Je vais vous proposer de dire au revoir à ces souvenirs que vous pourrez reconvoquer à tout moment...

=> Retour progressif dans la conscience, sans difficulté.

Après la séance, je demande à Mme M. ce qu'elle a retenu de cet exercice.

Elle verbalise s'être sentie vraiment bien après, avec un sentiment de joie qui l'animait.

Elle nomme ensuite qu'elle pense que cet exercice va l'aider, « *quand j'aurai un coup de blues, c'est à ça que je vais m'accrocher, retrouver aussi l'énergie que j'ai, car je pense qu'elle est toujours là, elle attend qu'on la booste un peu* ».

Je lui suggère également d'utiliser cet exercice en auto-hypnose.

Cette séance a permis d'aller pointer les ressources et les capacités présentes de façon intrinsèque. L'espoir était aussi d'ouvrir une certaine dynamique.

E) Cinquième séance : La maison

Deux semaines se sont écoulées depuis notre précédente séance.

Durant l'entretien :

Mme M. exprime qu'elle commence à accepter davantage les sorties, à se placer moins fréquemment du côté du refus. La période qui reste la plus compliquée est celle du soir, avec la charge anxieuse qui s'accélère.

Elle a rencontré la spécialiste avec qui elle aura un suivi chaque année désormais, pour contrôler et vérifier qu'il n'y a pas de nouvelles maladies. Elle a quand même été rassurée par ce rendez-vous.

Je propose une séance d'hypnose à partir de l'exercice de la maison.

Après une induction basée sur la détente, je propose à Mme M. de laisser son esprit imaginer la maison de son choix, réelle ou imaginaire et d'observer toutes les caractéristiques qui composent cette maison, tout d'abord d'un point de vue extérieur, d'en observer tous les détails qui l'entourent ; puis à l'identique d'un point de vue intérieur :

T: Je vous laisse fermer les yeux si vous le voulez bien et prendre la position la plus confortable, tout en sachant que vous avez la possibilité de réajuster votre position en cours de séance, comme d'habitude, vous êtes absolument libre de vos mouvements.

Vous vous laissez porter tranquillement par ce sentiment de détente qui va s'installer progressivement dans votre corps au rythme de votre respiration qui commence elle-aussi à se poser tranquillement, autour d'un rythme plus calme, plus lent et tous les sons provenant de l'extérieur que vous devez percevoir en ce moment vont petit à petit s'amenuiser et devenir de plus en plus lointains, au fil des secondes, au fil des minutes... Ces sons que vous allez pouvoir petit à petit voir disparaître de votre conscience et il est étonnant parfois de constater que certains bruits que notre cerveau avait observés finissent par s'en aller sans que l'on s'en rende vraiment compte... Notre cerveau a cette capacité de chasser certains sons de notre conscience pour se concentrer sur d'autres éléments plus importants.

Et votre corps est justement en train d'effectuer ce travail en connexion avec votre esprit ; de vous laisser l'opportunité de vous laisser aller, loin de tout bruit, juste dans cette sensation que vous vivez actuellement, de bien être, de confort... ce confort qui va s'emparer de tout votre corps, tranquillement, pour vous laisser dans un état de sérénité... et pendant que votre corps prend le temps de savourer ces instants de bien-être, peut-être que votre esprit quant à lui commence à s'éloigner un petit peu du champ de la conscience et de vouloir partir sur le chemin de l'imaginaire...

Je vais vous proposer aujourd'hui de laisser votre esprit se détacher de votre corps pour imaginer une maison... la maison de votre choix, qui peut être réelle ou imaginaire, ça n'a pas d'importance ; je n'ai pas besoin non plus de connaître cette maison. Je vous laisse vous connecter avec l'image d'une maison et une fois que vous l'aurez visualisée, je vous propose d'en observer les moindres caractéristiques depuis l'extérieur comme si vous faisiez le tour de cette maison et que vous preniez le temps de l'observer.

Est-ce que vous avez l'impression d'avoir déjà pu visualiser cette maison ? (signaling=>oui)

Alors je vous laisse prendre le temps de vous connecter plus profondément avec cette maison et de faire le tourObserver la façade, comment est-elle constituée... est-elle petite ou plutôt grande... s'agit-il d'une maison récente ou plutôt ancienne... avec quels matériaux est-elle constituée... est-ce que cette maison comporte des fenêtres, beaucoup ou peu, la manière finalement dont cette maison est composée... sur quoi elle repose... est-ce qu'elle repose sur de la terre, des graviers, comment est-elle implantée... prenez le temps d'observer tous les détails.

Peut-être que vous pouvez également vous focaliser sur le haut de cette maison, le sommet, la façon dont le toit est aménagé, et puis peut-être également observer si cette maison comporte une ouverture, une cheminée par exemple ou tout autre détail que votre inconscient aura choisi de capter au travers de cette balade...

Et puis, pour finir cette découverte extérieure de la maison vous pouvez peut-être observer comment cette maison est orientée, les détails qui s'ajoutent à elle au niveau de l'extérieur... y a t-il de l'herbe, des fleurs, des détails qui ornent cette maison et la manière peut-être également dont cette maison est protégée, y a t-il une clôture, un élément qui fasse que cette maison soit protégée par quelque chose...

Quand vous avez l'impression d'avoir pu faire le tour de cette maison, vous pouvez faire un geste de la main pour me le signaler (= > oui).

Je vais vous proposer de vous diriger à l'avant de cette maison, devant la porte d'entrée, d'entrer dans cette maison... ouvrir cette porte, ancienne ou récente, et en entrant, prendre le temps d'appréhender les détails qui s'emparent de vous à ce moment ainsi que toutes les sensations... Prendre le temps de découvrir l'intérieur... découvrir la hauteur qui sépare le bas du plafond par exemple, regarder les murs, comment sont-ils présentés. Y a t-il des couleurs ou sont-ils plutôt ternes... observer si des décorations apparaissent dans cette maison, et petit à petit pouvoir prendre le temps de visiter chacune des pièces qui constituent cette maison... vous seule connaissez le nombre de pièces qui sont présentes et le type de pièces... Peut-être pouvoir observer une cuisine, un salon, un séjour, des chambres également à certains endroits de la maison et voir le mobilier qui est présent, les décorations, tous les détails qui peuvent apparaître au décours de cette découverte... Et vous vous laissez porter par la découverte de cette maison comme si vous veniez la visiter pour la première fois... tout en vous laissant porter par les sensations présentes... peut-être au niveau olfactif : y a t-il une odeur dans cette maison...

Au niveau auditif également : y a t-il un son particulier, une musique ou peut-être une voix, également pouvoir appréhender la température qui est présente dans cette maison... est-ce qu'il fait plutôt froid ou à l'inverse plutôt chaud... tous ces détails que vous pouvez prendre le temps de ressentir tranquillement à votre rythme. Puis quand vous avez l'impression d'avoir pu suffisamment parcourir les différents endroits de cette maison je vous propose d'imaginer un sous sol et que vous vous rendez dans le sous-sol de cette maison... vous y arrivez progressivement et vous découvrez une chaudière qui est présente...

Une chaudière plutôt ancienne et qui rencontre des difficultés... elle se met à biper, à sonner fort pour avertir qu'un élément dysfonctionne... Un dérèglement est présent... et cette chaudière ne peut donc pas fonctionner de manière efficace... il y a des sons de plus en plus forts... une odeur peut-être particulière qui s'ajoute et qui montre qu'un élément ne fonctionne pas... et peut-être que des tuyaux sont également défectueux. En tout cas, cette chaudière montre des signes de détresse.

Ce que je vous propose c'est peut-être d'imaginer qu'il est temps de réparer cette chaudière, d'effectuer des réglages de manière à ce qu'elle puisse fonctionner à nouveau de manière efficace.

Peut-être qu'il est important de changer une pièce particulière sur cette chaudière ou alors d'effectuer des réglages manuellement, de tourner des manivelles ou que sais-je...

Je vous propose de prendre le temps d'appréhender quels pourraient être les réglages à effectuer pour que cette chaudière fonctionne à nouveau. Je vous laisse quelques secondes...

Est-ce que vous avez eu l'impression d'avoir pu visualiser quelle pourrait être la solution ?

P: Moi, pour moi déjà il faudrait lui faire un bon nettoyage

T: Très bien, parfait...

P: Est-ce que vous pensez qu'il est possible d'effectuer ce nettoyage pour la rendre plus fonctionnelle ?

P: Oui.

T: Très bien...

Est-ce que vous voyez d'autres éléments ?

P: Changer peut-être le tuyau de sortie et faire appel à un professionnel...

T: Très bien et faire appel à un tiers pour trouver une solution...

Est-ce que le signal sonore sonne toujours ?

P: Non. Il est stable.

T: Vu que la situation semble sous contrôle, je vous propose de quitter ce sous sol, cette chaudière et de remonter du sous-sol, maintenant que la chaudière est stable pour le moment...

Et pouvoir à présent effectuer un nouveau tour de la maison, des pièces parcourues juste avant, et d'observer si des éléments ont changé, est-ce que des détails apparaissent soudain différents de ceux que vous avez parcourus juste avant... de vous laisser porter par un dernier tour de la maison, tranquillement à votre rythme...

Comme si vous faisiez un dernier tour de cette maison avant de la laisser.

Prendre le temps d'observer les murs, le mobilier une dernière fois, puis peut-être la manière dont cette maison est rangée, organisée. Et quand vous avez l'impression d'avoir pu vérifier les différentes pièces de cette maison, je vous propose de pouvoir vous approcher de la porte d'entrée, de dire au revoir à l'intérieur de cette maison et de franchir cette porte pour aller explorer une dernière fois l'extérieur. Faire à nouveau le tour... regarder comment les choses sont présentes, les détails extérieurs qui appartiennent à cette maison, l'état de la maison, et prendre le temps de mémoriser la manière dont cette maison apparaît...

Est-ce que vous avez pu voir des choses se modifier ?

P: Déjà au début dans l'intérieur, les peintures sont à refaire, les plafonds sont un peu noircis. La cheminée est toujours en bon état, elle est bien, par contre dehors il y a un petit jardin vers le garage qui est totalement à refaire et le crépis de la maison il tombe ; il est en train de défraîchir, et pour moi c'est à refaire...

Au second tour, l'extérieur : la terrasse était beaucoup plus propre, le jardin était bien, l'herbe était bien, c'était plus entretenu... A l'intérieur de la maison, il restait des choses à rafraîchir.

T: Très bien, parfait...

Vous pouvez garder l'image de cette maison en vous et observer comme des changements peuvent advenir à partir du moment où l'on opère certains ajustements, certains réglages... les choses peuvent nous paraître différentes.

=> Retour progressif à la conscience, sans difficulté.

Mme M. exprime avoir fortement apprécié cette séance.

L'objectif était de remettre en mouvement quelque chose de l'ordre d'une régulation émotionnelle au travers de cette séance avec la métaphore de la maison et de la chaudière, même si bien sûr elle ne peut s'y résoudre à elle-seule.

Durant le debriefing :

P : Cette maison à moi ne m'a apportée que du bonheur ; c'était une maison connue.

Pour moi il faut que je garde ça dans ma tête et me dire que j'ai tellement de choses qui m'ont été bénéfiques dans ma vie alors reste dans le bonheur et ne pense qu'à ça.

T : Qu'est-ce qui justement vous a toujours aidée jusqu'à présent à rester dans le bonheur ?

P: Être toujours entourée de ma famille, c'est mon cocon à moi ; sans eux je ne vivrais pas car pour moi c'est le plus important, c'est ma plus grosse solidité.

T: C'est important pour vous de rester connectée à cette envie d'être avec eux car c'est ce qui vous représente le plus ?

P: Oui c'est ça, trop bien cette séance...

Ça va me donner des choses à pratiquer tous les jours.

F) Sixième séance : Le conte métaphorique de « La Lionne aux griffes étoilées »

Un mois s'est écoulé depuis notre dernière séance d'hypnose.

J'ai pu revoir Mme M. deux semaines auparavant mais nous n'avons pas fait d'hypnose.

J'ai choisi de réaliser un temps d'entretien classique, de questionner Mme M. sur sa représentation de ses maladies auto-immunes, comment elles résonnaient en elle aujourd'hui.

Elle verbalise qu'au jour d'aujourd'hui, elle sait qu'elle a ces deux maladies, elle pense qu'elle ne va pas mourir à cause d'elles et finalement ses pensées ont évoluées :

Durant l'entretien :

« Je disais toujours je ne serai plus comme avant » . « Aujourd'hui j'accepte cette idée, il faut que j'aïlle de l'avant, que je fasse avec ça. Je sais qu'aujourd'hui, elles sont là ; j'ai oublié ces mots là : « tu sais que tu n'es plus comme avant ! ». Il faut prendre comme tu es et demain sera un autre jour ! »

« Plus d'un an que je me bats avec ça, je répétais toujours la même chose, avec des traitements est-ce que je serai comme ça ? Maintenant je sais que ce n'est pas récupérable, quand on n'est pas bien on se repose : je fais rien, j'accepte ça. Et le lendemain ça ira peut-être mieux »

S'il est trop tôt pour dire qu'un début d'élaboration de la perte s'enclenche, je perçois dans son discours une forme d'appivoisement. Comme si les maladies perdaient en potentialité dangereuse.

Nous revenons ensuite sur l'idée que tout se présente comme si ces deux maladies étaient venues la sensibiliser à l'importance d'être à l'écoute de son corps, à l'importance de prendre en compte autrement celui-ci. Voir la maladie comme un message, tout aussi désagréable qu'elle puisse être.

Aujourd'hui, je propose à Mme M. un conte métaphorique que j'ai rédigé pour elle.

Ce conte a été imaginé lors d'une mise en situation de rédaction à partir du cas de ma patiente, en formation d'hypnothérapie, avec une collègue.

Puis, je l'ai repris quelques jours plus tard en l'édulcorant davantage à ma façon et en injectant des éléments qui me semblaient nécessaires aux yeux de sa problématique.

J'ai ensuite fait valider ce conte à ma directrice de mémoire avant de le proposer en séance hypnotique à ma patiente.

Pourquoi un conte, pourquoi maintenant ?

Le fait que quelque chose se mette doucement en mouvement et que les prémisses d'une élaboration de la perte se dessine, m'a permis de considérer que c'était le moment opportun.

Il fallait, à mon sens, un niveau de cheminement déjà bien instauré pour le proposer.

Le conte représentait pour moi un très bon moyen d'illustrer ce que nous avons élaboré ensemble, deux semaines auparavant, et d'aller plus loin dans la réflexion autour des représentations de la maladie et des ressources.

Je vous propose de retrouver la lecture de ce conte en annexe n°1.

Après une induction avec focalisation sur les bruits environnants et les sensations de confort remplissant son corps, je propose la narration de ce conte. Mme M. apparaît très concentrée durant cette séance.

Nous faisons un debriefing suite à l'évocation de ce conte.

Elle verbalise que cette histoire la représente, mais elle ne s'arrête pas là.

Elle vient s'appuyer sur les données identificatoires qui lui permettent d'aller plus loin dans son élaboration. Comme si elle voyait une projection d'elle-même et de ce qu'elle peut être, au travers de ce conte.

Durant le debriefing :

« La lionne, c'est un peu moi et un jour elle voit qu'elle est plus comme avant

Je ne suis plus comme avant mais il faut aller de l'avant ; toute l'histoire me représente

Elle me correspond totalement, elle s'est battue.

Ça me fait penser, tu vois, t'es pas la seule, il y en a plein donc il faut au jour d'aujourd'hui aller de l'avant et tu verras tout ira bien »

Je propose à Mme M. de lui transmettre le conte, pour qu'elle puisse à tout moment s'y plonger.

Cette proposition l'enchant.

Pour la première fois depuis longtemps, elle m'explique qu'elle a envie de retourner dans leur maison de vacances, elle en a même parlé à son mari. Elle entrevoit la possibilité d'être à nouveau porteuse de projets, ce qui peut être de bonne augure pour la suite... Je la sens fière d'avoir cette pensée là et reprendre les rennes. Elle ne m'aura pas parlé de ses acouphènes une seule fois au cours de la séance. De mon côté, je n'ai volontairement pas relancé le sujet, j'ai laissé faire...

VI- Discussion théorico-clinique

Ce travail clinique a porté sur l'apport de l'hypnose dans un contexte de maladies auto-immunes générant des réaménagements sur le plan psychique, identitaire, créant donc par-delà des affects anxio-dépressifs, témoins de la chute du contrôle et d'un vécu de perte associés.

Grâce au lien avec l'inconscient, nous faisons l'hypothèse générale que les séances d'hypnose allaient permettre à notre patiente présentant deux maladies auto-immunes de sortir du caractère figé imposé par les maladies, en visant un changement et à terme, une réappropriation de Soi.

Cet objectif était sensé se traduire par deux phases :

- Dans un premier temps, nous suggérions que le travail en hypnose sur les troubles anxieux, en lien avec les maladies auto-immunes, allait aider notre patiente à retrouver un certain contrôle (ébranlé dans les maladies).

- Dans un second temps et de façon concomitante, nous suggérions que l'hypnose allait permettre, avec un travail autour des ressources, une remise en mouvement et un dépassement de la perte (illustrée par les affects dépressifs).

1) Retour sur les hypothèses et résultats

Dans un premier temps, nous avons choisi de travailler en hypnose autour de la perception des acouphènes qui venaient finalement représenter la charge anxieuse associée aux maladies.

Il apparaissait capital de stabiliser l'évocation particulièrement anxiogène associée à ces derniers avant d'aller explorer toute autre thématique. Ceux-ci prenaient beaucoup de place dans les échanges que nous pouvions avoir en amont de la construction de la séance hypnotique.

Nous voulions observer comment l'approche de l'hypnose allait permettre de décentrer la plainte liée aux acouphènes tant ils étaient décrits comme omniprésents et générateurs d'inconfort.

Nous avons pu constater des changements dans le sens où la perception des acouphènes s'est modifiée en réduction d'intensité (*sifflements largement moins envahissants*) à la suite de l'exercice de réification, de la métaphore de l'usine et grâce au travail d'auto-hypnose réalisé par la patiente.

Cela lui a permis de restaurer un certain contrôle face à ces derniers en ayant un outil à portée de mains.

La notion de contrôle venait lui échapper au quotidien de manière conséquente puisqu'elle répétait combien elle ne se reconnaissait plus et nous pouvons entrevoir combien cette rupture identitaire était difficile à verbaliser.

Le fait de pouvoir lui donner le sentiment de retrouver une forme de contrôle apparaissait donc crucial. Par la suite, vers la fin des séances, elle ne mentionnait plus les acouphènes comme elle avait coutume de le faire dès le début des entretiens sur un mode répétitif. Cela sonnait comme si elle n'en attendait plus une résolution magique et qu'elle avait appris à y faire face, à les apprivoiser. Du moins, elle avait réussi à se décoller du symptôme.

Grâce à l'hypnose, nous avons pu accéder à ce que Roustang (2000) nomme « *la fin de la plainte* ». Cette plainte légitime qui doit être entendue et ne pas être banalisée mais qui ne peut non plus ensevelir l'autre sous peine de se répéter indéfiniment.

Tout porte à croire que l'hypnose permettrait ce juste milieu, à savoir cette prise en compte de la plainte et sa sublimation.

A mon sens, elle a donc pu se détacher à minima de la composante anxieuse qui s'y rattachait.

Il n'est pas possible de savoir si ce sont les maladies auto-immunes qui ont provoqué ces acouphènes ou s'ils se sont créés de manière psychogène.

Quoi qu'il en soit, il y avait un cercle vicieux autour de ces derniers traduit derrière les manifestations anxieuses. Ils étaient probablement les témoins de l'anxiété associée aux maladies et se manifestaient de la sorte en donnant à voir l'étendue de la souffrance psychique en se répétant inlassablement. Mme M se mettait d'ailleurs à les chercher et ils devenaient de plus en plus massifs le soir, au moment même où les angoisses nocturnes sont réactivables.

Introduits ou non par les maladies, ils étaient peut-être une sorte de déplacement de la souffrance caractérisée par la maladie : le symptôme officiel de celles-ci.

L'hypnose a probablement permis d'ouvrir un autre champ et dans le même temps de prendre réellement conscience de ce désagrément causé par le symptôme.

Ce dernier a pu être appréhendé autrement que par des mots.

Ici, la plainte n'a pas été écartée, elle a été prise en compte au travers des séances d'hypnose et nous avons peut-être pu en faire quelque chose de plus grand, sans rester figés autour d'elle.

Ce travail autour des acouphènes et donc de l'anxiété nous a permis de travailler ensuite au plus près des ressources. A l'endroit où notre patiente s'est présentée au départ avec des propos très pessimistes et des affects dépressifs, elle a pu au fil des séances d'hypnose faire évoluer son cheminement.

Des détails nous indiquent sur le fait que quelque chose semble s'être remis en mouvement. En premier lieu nous pouvons citer le manque tout d'un coup de leur maison de vacances et l'envie d'y retourner, de pouvoir au moins se projeter. Jamais auparavant elle n'avait abordé ce terme et cet état là. Le manque implique inévitablement la notion de désir, de quelque chose de l'ordre de la pulsion de vie, chose qui n'était plus aussi présente chez Mme M.

En effet, nous avons nommé dans la revue théorique combien la symptomatologie dépressive impliquait un défaut de faculté à ressentir intérieurement la présence du désir : c'est typiquement ce que je percevais chez Mme M et ce qui l'incommodait quand elle verbalisait ne plus se reconnaître au travers de ses émotions.

Les sujets qu'elle investissait auparavant ne l'étaient plus et même les temps de présence avec ses proches devenaient anxiogènes car ces moments l'obligeaient à faire des efforts pour être en relation.

Dernièrement, son entourage a également pu pointer cette remise en mouvement en lui renvoyant qu'elle était en train de changer, que quelque chose était différent dans sa manière d'être.

Ses petites-filles ont souligné l'effort qu'elle plaçait dans les détails pour s'apprêter.

Elle m'a surpris à se laisser aller aux rires, à sourire...

Nous entrevoyons clairement la notion d'envie qui vient progressivement rejaillir.

De toute évidence quelque chose s'est réanimé du côté du désir.

En somme, tout porte à croire que l'état psychique de Mme M a vraisemblablement évolué au fil des séances : d'une dépression « classique » à cette « *dépression dynamique* » nommée par Bacqué et Hanus (2000) qui permettrait un cheminement progressif vers une intégration de la perte.

Il n'y aurait plus ce caractère figé au travers de la maladie mais bien une remise en mouvement et un renouveau en terme de dynamisme.

2) Évolution de notre posture respective et données éthiques

La posture de Mme M. nous laisse davantage entrevoir le commencement d'une élaboration de la perte quand dans son discours, elle verbalise que le combat contre la maladie n'a plus lieu d'être et qu'elle n'a d'autre issue que de la dépasser.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y aura pas des hauts et des bas et que tout se soldera autour d'un long fleuve tranquille ; mais il y a cette notion réaliste de l'avant et de l'après et de comment mobiliser ses ressources pour dépasser la faille causée par les maladies.

Ce rapport entre l'avant et l'après vient signer ce travail de deuil dont nous avons déjà parlé ou plus précisément ce travail autour de la représentation de la maladie.

Elle a également pu insister sur la notion de rythme, l'importance de pouvoir s'écouter sur le plan physique et de reporter quand ce n'est pas possible pour elle de se sentir efficace, ce même fait qui était source de frustration au début du suivi.

Cela nous laisse penser qu'il y a aujourd'hui une plus grande prise en compte de ses limites, ce qui n'était pas à l'ordre du jour auparavant.

Il y a ici la possibilité de réapprendre à écouter son corps et ses besoins : ne plus seulement être ce Roc, solide, invincible ?

Il semblerait que Mme M. se réapproprie pas à pas sa vie en ne restant plus seulement dans une lutte de ce qui advient, mais en tentant de faire quelque chose de ce qui lui arrive.

Barrier (2007) présente d'ailleurs la maladie sous un contre-pied en insistant également sur le positif qui peut advenir en après-coup : « *Aujourd'hui, je sais que l'on peut être heureux non pas malgré sa maladie mais grâce à sa maladie. Grâce à ce qu'elle révèle en nous de ressources insoupçonnées, d'amour de la vie qui se dissimulait* ».

Mais il n'y a pas que la posture de Mme M. qui a évolué au fil de ce suivi, il y également la mienne. Dans un premier temps, je dois avouer que je me suis questionnée lorsque j'ai commencé à travailler avec elle autour des acouphènes car je percevais en elle une demande presque magique de les voir disparaître. Il y avait du moins cette croyance que l'hypnose avait la possibilité de faire cesser ces manifestations.

D'emblée, en psychologue que je suis avant tout, je fais résonner intérieurement le fait que tout symptôme est présent pour une certaine raison et que vouloir le supprimer radicalement comporterait des risques.

Je me suis toutefois retrouvée en proie au doute et face à un questionnement éthique vis-à-vis de cette croyance. *Fallait-il que je m'appuie sur cette dernière au risque de décevoir la patiente et pire encore de lui faire croire quelque chose qui ne se produirait peut-être pas ? Ou fallait-il que je surfe sur cette croyance et que je m'appuie dessus un peu à l'image d'un placebo ?*

Comme tout questionnement éthique, la réponse ultime n'est pas possible.

Toutefois, j'ai choisi pour ma part d'opter pour un juste milieu.

J'ai présenté à ma patiente le fait que nous n'avions pas de certitude quant à l'idée que les acouphènes allaient disparaître complètement mais que je pouvais lui donner des clés pour, à coup sûr, modifier le rapport qu'elle pouvait avoir avec eux.

Par la suite, ils ont diminué en intensité et elle a fini par ne plus les évoquer.

La question qui se pose est la suivante : *en ayant suivi complètement la patiente dans sa croyance, est-ce que les acouphènes auraient cessés dans leur intégralité ? Mais si oui, je ne peux m'empêcher de me demander à quel prix ?*

Je continue à m'interroger aujourd'hui mais j'imagine que les années de pratique m'aideront à résoudre ce type de questionnement.

La satisfaction d'avoir pu aider la patiente à reprendre un certain contrôle sur ces acouphènes a, dans tous les cas, été un pari réussi.

Ce questionnement m'amène d'ailleurs à songer plus largement à tous ces patients qui pourraient venir en consultation avec une demande magique de suppression d'un symptôme : dépendance au tabac etc. Il y a derrière ces demandes un caractère passif qui interroge et qui ne correspond pas à la vision que je me suis construite de l'hypnose.

Ici cela sonne comme si le patient apportait son symptôme en nous demandant de le supprimer. Mais qu'en est-il de la part active du sujet, de l'appui sur ses ressources et de sa propre solution ? Il me semble important de rappeler au patient que l'hypnose n'est pas en soi un outil qui viendrait supprimer le symptôme mais bien une aide supplémentaire au travers de la relation, une co-construction pour aider à contourner ce dernier, en modifiant le vécu et les perceptions qui y sont rattachées.

Au sein même de ma posture en hypnose, j'ai pu également observer un avant et un après et je comprends désormais davantage la nuance entre *faire de l'hypnose* et *être hypnotique*.

J'ai en effet eu la sensation de me sentir bien plus libre au fil des séances, loin d'une volonté de contrôle (*moi aussi*) des mots employés et j'ai pu ressentir ces moments de créativité qui font tant de bien, où l'on se surprend à se laisser aller à des évocations fluides, sans anticipation par ailleurs.

J'avais déjà expérimenté des séances d'hypnose avec d'autres patients quand je me suis mise à travailler avec la patiente décrite dans ce mémoire. Au départ, le fait d'échanger avec le patient durant la séance d'hypnose était quelque chose que je ne m'autorisais pas spontanément et j'opérais davantage par signaling jusqu'au jour où un patient a vécu une telle abréaction que je l'ai guidé intuitivement et verbalement au travers de cette dernière.

En effet, il avait systématiquement ce besoin de parler sous hypnose (alors que tous les signes de la transe étaient présents) et dans ce cas présent ce besoin s'était décuplé. Je me suis donc mise à le questionner sous hypnose pour aller plus loin dans la compréhension de ce qu'il vivait et l'accompagner face à cette abréaction. L'alliance thérapeutique avec cette personne était déjà instaurée depuis plusieurs mois et la notion de confiance était centrale.

J'ai analysé à posteriori que cette abréaction avait également pu se vivre en raison de la présence de cette alliance. Ce même patient m'a rapporté à la fin de la séance combien il avait apprécié que je lui nomme qu'il avait « le temps » et combien il s'était senti étayé. Je me suis ensuite autorisée à créer une interaction verbale de plus en plus librement au cours des séances quand cela pouvait s'avérer nécessaire. J'avais chassé de mes représentations l'idée que faire parler un patient sous hypnose allait impliquer un travail de moins bonne qualité ; bien au contraire.

Puis, j'ai pu constater que le niveau de transe était bien présent puisque la manière de répondre qu'avait ma patiente n'était pas aussi fluide et rapide qu'en entretien classique.

Il y avait bien un effet de la transe qui rendait les propos plus lents.

Même s'il me faudra bien plus de temps pour maîtriser complètement cette belle approche qu'est l'hypnose, j'ai le sentiment d'avoir pu assimiler certains fondamentaux de la technique pour pouvoir me laisser aller à la liberté du moment présent, de cet « *ici et maintenant* ».

Je regrette, après-coup, de ne pas avoir proposé à Mme M. un exercice d'hypnose autour de la gestion de la colère que les maladies ont pu venir susciter.

Nous avons effectué l'exercice autour de la maison qui visait justement une régulation émotionnelle et une remise en mouvement mais une séance orientée sur l'émotion de la colère aurait probablement pu être riche également et venir aider au cheminement en lien avec la perte.

Il semblerait que cela n'ait pas entaché la possibilité de déclencher un début d'élaboration à ce niveau-là mais il pourrait être intéressant d'y songer à l'avenir, bien que chaque séance soit adaptée à l'unicité du patient et que nous ne pouvions calquer la progression des séances d'un patient à l'autre.

VII- Conclusion

L'hypnose a pu faire émerger des résultats très encourageants au travers de cette illustration clinique et nous a fait vivre des moments très riches, aussi bien à ma patiente qu'à moi-même. Les pierres figées qui pourraient représenter de façon métaphorique les maladies auto-immunes ont pu se mettre à rouler au travers d'un chemin et laisser entrevoir de belles perspectives d'avenir par cette remise en mouvement.

L'attrait pour cette approche s'est donc majoré avec la satisfaction de savoir que les ressources et les connaissances autour de celle-ci sont inépuisables, de même que la créativité que l'on peut convoquer. En cela, nous retrouvons tout le charme de l'hypnose.

Plus qu'un outil, que je nommais ainsi au départ : elle vient magnifier la relation thérapeutique. J'envisage donc de continuer à m'appuyer sur ce champ de conscience élargi pour accompagner mes patients au travers de leurs problématiques tout en continuant à m'inscrire dans un schéma de progression et de partage, au cours de séances de supervision et de déploiement des connaissances.

Sensible au courant humaniste, à la possibilité de s'ancrer dans *l'ici et maintenant*, j'apprécie l'idée de pouvoir, au travers de l'hypnose, raviver des ressources en partage avec le patient.

En toute écologie, elle vient à mon sens permettre de renforcer cette base essentielle qui fait le lit de notre profession et qui n'est autre que l'empathie.

J'ai pu entrevoir des différences entre des suivis menés par hypnose et des suivis sans l'utilisation de celle-ci. Il y aurait quelque chose de plus profond, de viscéral. Cela s'explique probablement en raison de cette expérience similaire vécue, où nous sommes tous les deux dissociés mais à des niveaux supposés différents. L'empathie est probablement renforcée car elle est facilitée par cette expérience commune. Il est bien plus aisé de se mettre à la place de l'autre quand on partage une base commune, sans bien sûr s'y confondre.

Loin d'être banalisée, loin d'être épousée, j'ai l'intime conviction que l'hypnose pourrait permettre à la plainte de se vivre dans son essence même et de pouvoir ensuite se taire.

Non pas disparaître mais se taire pour permettre enfin un déploiement des ressources.

Pour finir, peut-être que l'hypnose pourrait se résumer par cette phrase de Roustang que nous avons déjà employée : *une autre façon d'être au monde...* Et si l'état hypnotique témoigne d'une autre façon d'être au monde, nous sommes donc dans le même temps une autre façon d'être thérapeute... *A l'écoute de nos ressentis et nos sensations les plus profonds, les plus vrais...*

« L'hypnose n'est pas un pied de biche pour ouvrir par effraction un « inconscient » ou autre instance intérieure. Mais, grâce à l'imagination, elle contribue à restituer de la sécurité, cicatriser les plaies physiques, psychiques pour qu'elles se ferment et ne restent plus béantes » Bellet (2015)

Annexe n°1 : Le conte de la Lionne aux griffes étoilées

T: Il était une fois une très grande Lionne qui vivait dans la Savane.

Elle était connue pour être très maternelle, elle s'occupait de sa famille avec ardeur.

Elle savait précisément et à chaque fois ce qu'elle avait à faire ; les lignes de son horizon étaient tracées, droites, pleines, lisses. Le ciel au-dessus d'elle était clair et limpide.

Elle se sentait sûre d'elle, remplie d'une énergie et d'une volonté inexorables.

Chaque jour, elle rapportait la nourriture après une chasse finement menée ; rien ne lui résistait.

Elle apparaissait aux yeux de tous comme étant solide comme un roc, solide comme le plus gros et grand des rochers. D'ailleurs, il était facile de se reposer sur elle car elle donnait l'apparence de ne jamais faiblir devant une quelconque difficulté.

Mais un jour, sans savoir pourquoi ni sans même pouvoir le prédire, la Lionne se réveille sans ses griffes. Elle n'en croit pas ses yeux, pense d'abord avoir fait un mauvais rêve, mais il n'en est rien.

Très vite, elle se sent perdue, abasourdie par cette situation si atypique.

Elle se demande instantanément comment elle va pouvoir continuer à assurer son rôle.

Elle imagine qu'elle n'arrivera plus à courir de cette façon fluide et élancée mais surtout, comment allait-elle pouvoir continuer à chasser et assurer l'équilibre de tous sans ces attributs félins.

Ces mots se mettent à résonner et tambouriner dans sa tête, jusqu'à devenir omniprésents.

Une question l'anime à chaque seconde : savoir si ses griffes vont repousser avec la même rapidité qu'elles ont pu disparaître ? Au fond d'elle, elle en connaît déjà la réponse.

Les jours passent et se ressemblent, elle se sent de plus en plus triste.

Tout autour d'elle lui semble devenir terne, même les points d'eau dans la Savane semblent se tarir et commencent par s'assécher, de part et d'autre.

L'inquiétude la guette, chasser va devenir difficile, nos réserves vont s'amenuiser et même l'eau indispensable à la vie va bientôt manquer.

La nuit suivante, alors qu'elle s'apprête à dormir, encore très attristée, elle aperçoit l'ombre d'un éléphant à la défense cassée qui s'approche d'elle ; il l'interroge sur la raison de ses pleurs qu'il perçoit à distance depuis plusieurs jours.

Elle lui explique sa mésaventure et son désarroi de n'avoir aujourd'hui plus rien d'une lionne.

Elle décrit un coup de tonnerre dans un ciel serein.

L'éléphant, à son tour, lui raconte son histoire et lui explique avoir lui-même connu le même déboire et les mêmes doutes. La Lionne est sceptique et traduit : vous semblez pourtant si sûr de vous, malgré votre défense cassée ! L'éléphant sourit et lui répond « Cela n'a pas toujours été comme ça. Cela n'a pas toujours été facile ». Mais il raconte avoir constaté qu'avec le temps, même en dépit de sa défense cassée, il restait toujours identifié aux yeux des autres animaux de la Savane comme un éléphant solide... La Lionne s'endort alors sur ce discours positif et chargé d'espoir.

Le lendemain matin, elle ressent comme une énergie nouvelle qui la traverse.

Elle observe son environnement avec un œil nouveau et se sent prête à partir chasser.

Toutefois, elle consent à devoir adapter sa méthode de chasse et surtout à aller à son propre rythme en s'autorisant des pauses à sa guise et au nombre de son choix.

Elle réalise également qu'elle n'a plus besoin de chasser autant qu'avant pour nourrir toute la tribu : elle peut aussi compter sur les autres pour alimenter les réserves.

Elle se surprend à retrouver du temps pour elle et s'autorise à parcourir des sentiers dans la Savane jusqu'alors inconnus, à faire de nouvelles rencontres qu'elle n'avait pas encore pu faire tant la Savane est grande et tant elle était, pour sa part, occupée à chasser.

Cependant, Il lui arrive encore d'évoquer ses griffes avec nostalgie, la larme au coin de l'œil ; mais elle reconnaît avec une certaine fierté avoir exploré la Savane, rencontré de nouveaux animaux, plus profondément dans la brousse, et avoir découvert que l'eau était présente, qu'il suffisait d'aller la chercher plus loin, dans des endroits préservés.

Elle sourit en se disant qu'elle aurait finalement pu ignorer la présence de cette eau si précieuse mais quelque chose l'a conduite au plus près d'elle.

Son reflet dans l'eau lui a montré que ses griffes n'avaient pas repoussées.

Mais, dans le même temps, elle a pu voir de multiples étoiles scintiller à la base de ses phalanges, comme si ces étoiles venaient cicatriser, une à une, les racines de ces griffes, à vif.

Des petites étoiles qui allaient permettre à ces pattes félines de bondir et rebondir aussi loin que la Savane les mènerait.

Annexe n°2 : Formulaire vierge de consentement

Recueil de consentement

Je soussignée accepte que le travail effectué lors de mes entretiens avec Mme Corentine FAIVRE, psychologue, soit réutilisé dans le cadre d'un travail universitaire de mémoire. Toutes les données seront anonymisées.

Je suis informée qu'il est possible à tout moment d'exprimer mon refus d'être incluse dans ce travail de mémoire universitaire dans le cadre de cette formation d'Hypnothérapie.

Enfin, la participation ou non à ce travail ne changera pas la qualité des soins dont je dois bénéficier par ailleurs.

Accord signé le

Entre Mme Corentine FAIVRE, psychologue

et

Mme

VIII- Bibliographie

- Barrier P. Le corps malade, le corps témoin. Les cahiers du Centre Georges Canguilhem, 2007 ; 1 : 79-100
- Barruel F, Bioy A. Du soin à la personne, clinique de l'incertitude. Paris : Dunod ; 2013
- Bacqué M-F, Hanus M. Le deuil. 8Ème édition. Paris : PUF/Humensis ; 2000
- Bellet P. L'hypnose pour réhumaniser le soin. Paris : Odile jacob ; 2015
- Bioy A, Fouques D. Psychologie clinique et psychopathologie. Paris : Dunod ; 2008
- Bioy A. L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin. Paris : Dunod ; 2012
- Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. Aide-mémoire d'hypnose. Paris : Dunod ; 2020
- Bioy A. 17 cas pratiques en hypnothérapie. 2Ème édition. Paris : Dunod ; 2021
- Cascales T, Baruteau J. Deuil de la maladie, une identité qui vacille. Cliniques, 2012 ; 4 : 30-47
- Corydon H. Métaphores et suggestions hypnotiques. Bruxelles, coll. Le Germe : Satas ; 2004
- Drouin-Hans A-M. Identité. Le Télémaque, 2006 ; 29 : 17-26
- Freud S. Le moi et le ça. (1923) In : Freud S. Essais de psychanalyse. Paris : PUF ; 2001. p.243-291
- Graziani P. Anxiété et troubles anxieux. Paris : Dunod ; 2005
- Grimaldi A. La maladie chronique. Les tribunes de la santé, 2006 ; 13 : 45-51
- Lemogne C. Dépression et pathologies somatiques. In : Bellivier F, Haffen E. Actualités sur les maladies dépressives. Paris : Lavoisier ; 2018. p.511-525

- Marin C. La maladie, catastrophe intime. Paris : PUF ; 2014
- Nasio J-D. La dépression est la réaction à la perte d'une illusion. Cliniques, 2012 ; 4 : 100-113
- Martinot D. Le soi, les approches psychosociales. Grenoble : PUR ; 1995
- Pedinielli J-L, Bernoussi A. Les états dépressifs. Paris : Dunod ; 2011
- Philippin Y. Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. Infokara, 2006 ; 21 : 163-166
- Quin D. Implacables acouphènes, l'apport de l'hypnose. Hypnose et thérapies brèves, 2015 ; 36 : 16-25
- Roustant F. Qu'est-ce que l'hypnose ?. Paris : les éditions de Minuit ; 2003
- Roustant F. La fin de la plainte. Paris : Odile jacob ; 2000
- Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose. 5Ème édition. Paris : Elsevier masson ; 2012
- Sibony D. Pathologie auto-immune et psychosomatique relationnelle. Psychosomatique relationnelle, 2017 ; 7 : 92-105
- Simard C. Identité, vieillesse et société. Santé mentale au Québec, 1980 ; 2 : 22-32
- Tron F. Maladies auto-immunes : quand notre système de défense nous trahit. Paris : L'Harmattan ; 2015
- Varma D. Hypnose et dépression. Paris : L'harmattan ; 2014
- Yapko M. L'hypnose et le traitement de la dépression. Bruxelles, coll. Le Germe : Satas . 2007

Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie (2021-2022)

Corentine FAIVRE

Mémoire :

Dirigé par Antoine BIOY

Supervisé par Anabelle CASTOR

Quand des maladies auto-immunes érodent une part de Soi. L'hypnose comme voie possible de réappropriation ?

Notre recherche porte sur l'apport de l'hypnose dans un contexte de survenue de maladies auto-immunes chez l'adulte. Il conviendra d'observer l'impact que pourrait avoir l'hypnose sur les bouleversements identitaires et la notion de perte favorisés par les maladies.

Au travers d'une étude de cas clinique, nous faisons l'hypothèse que le travail en hypnothérapie aura un impact sur les troubles anxieux, en lien avec les maladies auto-immunes et que notre patiente retrouvera un certain contrôle sur sa vie.

Enfin et dans un second temps, nous suggérons que l'hypnose permettra, avec un travail autour des ressources, une remise en mouvement de ce qui a été figé par les maladies et un dépassement de la perte.

Mots clés : Hypnothérapie, adulte, maladies auto-immunes, identité, perte, mouvement, ressources internes.