

UNIVERSITE DE BOURGOGNE
UFR SCIENCES HUMAINES



Diplôme d'Université d'Hypnothérapie

**L'introduction de l'hypnose dans un processus
psychothérapique :
quels effets sur la relation patient-thérapeute?**

Mémoire présenté par Brigitte VERSET-HENRY

*Sous la direction d'Antoine BIOY,
Professeur des Universités
Université de Paris 8 Vincennes Saint Denis,
Responsable du D.U. Hypnothérapie,
Psychothérapeute*

Année universitaire 2017- 2018

Remerciements :

A mes patients si patients pour leur aide dans ce nouvel apprentissage

Au professeur Bioy, pour sa disponibilité et ses conseils avisés dans l'accompagnement de ce mémoire et plus largement pour tous ses apports dans ce DU

Aux intervenants du DU pour avoir partagé leurs connaissances et leurs pratiques

A tous mes collègues de DU pour leur soutien, leur humour, nos échanges et ce formidable esprit de collaboration

Au service de formation de mon institution, pour m'avoir accompagnée dans cette aventure

A toi qui « m'hypnotise » depuis tant d'années, pour ton aide précieuse, ta disponibilité et ta patience

Plan

1. INTRODUCTION	2
2. REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE	4
2.1 Le rapport hypnotique selon les pionniers de l'hypnose	4
2.2 Freud, l'hypnose et le transfert	5
2.3 L'alliance thérapeutique	6
2.3.1 Le concept général	6
2.3.2 L'alliance thérapeutique dans l'hypnose	8
2.4 Roustang : « pas de relation dans l'hypnose »	13
2.5 Problématique	15
3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	16
3.1 Paul	17
3.2 Luc	19
4. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES	21
4.1 L'hypnothérapie avec Paul	21
4.2 L'hypnothérapie avec Luc	27
5. DISCUSSION	31
5.1 Rappel du contexte et du choix des patients	31
5.2 La relation thérapeutique avant l'hypnose	32
5.3 L'introduction de l'hypnose et ses effets	34
5.3.1 La modification du cadre	34
5.3.2 Quels changements dans la relation thérapeutique côté patients ?	35
5.3.3 Quels changements dans la relation thérapeutique côté thérapeute ?	37
5.4 Question éthique	39
6. POUR CONCLURE	41
7. BIBLIOGRAPHIE	

1. Introduction

Psychologue dans un Centre Hospitalier, à la fois en unité fermée d'hospitalisation et en CMP (Centre Médico-Psychologique), je travaille depuis de longues années auprès d'un public adulte aux prises avec une problématique psychique et psychopathologique où s'entremêlent, dans au moins deux tiers des cas, une dimension clinique traumatique réactionnelle et une dimension structurelle.

Ma formation universitaire initiale, les enseignements suivis tout au long de ma carrière et une longue formation personnelle psychanalytique suivie de plusieurs années de supervision, m'ont amenée à proposer aux patients des psychothérapies d'orientation psychanalytique qui ont évolué au fil des années vers un travail de co-construction où l'empathie prend toute sa place. Ce sont les patients, avec le poids de leur souffrance, qui m'ont conduite à ce déplacement dans ma posture de clinicienne. A suivre Revault d'Allonnes (1989), la position du clinicien serait de travailler avec le transfert tandis que le psychanalyste dans la cure travaille sur le transfert, et que d'autres font le choix de ne pas tenir compte des problèmes transférentiels ou s'en arrangent. Je reconnais dans ma pratique la plus fréquente celle du clinicien, dans ce travail « avec le transfert » lorsque les sujets peuvent s'y prêter. Au plus juste, je dois constater la variation de ma posture qui va de l'accompagnement au long cours de certains patients, en passant par un travail d'élaboration qui se fait « avec le transfert » jusqu'à parfois l'analyse de ce transfert, au plus près du modèle de la cure mais en face à face. Il s'agit toujours de ne pas oublier l'Inconscient et de s'ajuster au sujet et à sa problématique dans un travail artisanal au cas par cas.

Une formation antérieure d'infirmière en soins somatiques m'avait laissé l'empreinte d'un souci du corps des sujets que je rencontrais, sujets qui en outre, pour la plupart, ont bien des difficultés à prendre soin de leur corps et mettent souvent leur santé en péril. Par ailleurs, j'ai souvent orienté des patients vers une prise en charge psychocorporelle de type relaxation ou vers des activités thérapeutiques à médiation (gymnastique douce, badminton, etc.) effectuées par d'autres soignants en parallèle au travail que je menais avec eux.

Les impasses de la psychothérapie d'orientation psychanalytique ou d'un travail thérapeutique de co-construction m'ont amenée à chercher d'autres voies thérapeutiques. A savoir, ce sont certains patients qui pouvaient décrire leur problématique avec beaucoup de finesse, en exposer les déterminants, sans que rien ne change dans leur existence et dans leur souffrance,

qui m'ont fait supposer qu'un changement serait possible en quelque sorte en passant par le corps, là où la parole et la prise de conscience échouaient. Il m'était arrivé à plusieurs reprises d'orienter certains de ces patients vers un collègue formé depuis longtemps à l'hypnose (et intervenant dans ce DU) qui m'a beaucoup parlé de cet exercice et amenée à m'informer plus avant.

C'est ainsi que j'ai commencé à suivre l'enseignement du DU et à pratiquer l'hypnose très tôt dans la formation, m'appuyant sur ma longue expérience de psychothérapeute. Outre le plaisir pris d'emblée à cette pratique et à ses effets rapides (dans le cas d'une aide au sevrage médicamenteux d'une patiente souffrant de troubles du sommeil), j'ai été interrogée d'emblée par certaines modifications discrètes dans la relation thérapeutique. Le contexte de ma pratique ne m'amène pas à rencontrer des sujets en demande d'hypnothérapie, mais à leur proposer ce travail au décours de la prise en charge, à l'exception de certains patients reçus depuis quelques années qui, s'informant sur Internet, ont fait cette demande pensant tirer bénéfice de cet abord thérapeutique. C'est dans ce contexte d'un transfert installé et d'un travail oscillant entre élaboration et co-construction que j'ai constaté chez ces sujets une plus grande confiance se développant vis à vis de moi, une expression de gratitude quant au bienfait immédiat de la séance et une plus grande assiduité aux séances (mes patients sont souvent irréguliers dans leur venue aux rendez-vous). J'ai également pu observer en moi un changement dans mon éprouvé face à ces sujets, essentiellement dans le sens d'une plus grande présence à eux.

Mes premières lectures sur l'hypnose et les premières sessions du DU ont placé la dimension relationnelle au centre du processus hypnotique et de son efficacité alors que j'avais depuis longtemps intégré la notion d'un transfert moteur mais parfois surtout résistance dans le travail d'orientation psychanalytique (Gilet Le Bon, 1995). Même en évoluant vers un travail au plus près de l'empathie et de la co-construction avec certains patients, je constatais souvent le poids d'un transfert non suffisamment élaborable dans le cadre qui est le mien. J'ai donc souhaité mettre au travail dans ce mémoire la question des changements dans la relation thérapeutique que peut amener l'introduction de l'hypnothérapie au décours du suivi et des effets de ce mouvement sur le travail lui-même.

2. Revue théorique des travaux et problématique

Si on a toujours attribué à l'hypnose une visée thérapeutique, c'est-à-dire une visée de changement chez le sujet, les modalités de son action ont été diversement considérées, en particulier pour ce qui relève de la relation entre hypnotiseur et hypnotisé. Plusieurs auteurs et praticiens ont pourtant cherché à la caractériser, avec des choix différents : effet du corps sur le corps, relation de maternage ou de paternage, de bienveillance, état amoureux, suggestion, alliance thérapeutique, transfert...

2.1 Le rapport hypnotique selon les pionniers de l'hypnose

A suivre Bioy dans son impressionnant travail de thèse (2005), la place attribuée à la dimension psychologique de la relation par les précurseurs de l'hypnose n'est pas d'importance, du moins pour certains, comme Mesmer qui ne croyait qu'à l'effet du corps sur le corps par l'emprise, sans paroles, et évoquera une dimension érotique qui sera oubliée jusqu'à Freud.

Puységur au 18^{ième} siècle met la parole au centre du dispositif, évoque les prémisses du transfert mais ne s'y attarde pas. On lui doit malgré tout la notion d'une relation de maternage à vocation thérapeutique.

A la même époque, Deleuze promeut l'idée « d'un lien affectif particulier, d'un attachement tendre » (cité par Bioy, 2005, p.90). On peut encore citer De Villers pour qui ce qui agit, ce sont les sentiments entre magnétiseur et magnétisé, un désir de guérison analogue chez le patient et le thérapeute avec une relation bienveillante, maternante.

Plus tard, ni Braid, ni Charcot n'accorderont une grande place à la question de la relation.

Quant à l'école de Nancy, avec Bernheim et Liebault, elle est avant tout centrée sur l'importance de la suggestion dans le processus hypnotique, même si on doit à Liébault les prémisses d'une conception de la psychothérapie actuelle puisqu'il établit un lien entre les éléments du passé du sujet et ses symptômes. Les Nancéens auront une grande influence sur Freud.

Les travaux de Janet porteront essentiellement sur la dissociation même s'il fera état, concernant la relation en hypnose, « d'une espèce très particulière d'amour » (cité par Bioy, 2005, p.92).

2.2 Freud, l'hypnose et le transfert

Avec le regret de mobiliser de manière bien lacunaire le travail de Bioy dans sa thèse (2005), je vais malgré tout y prendre appui pour évoquer brièvement les conceptions freudiennes de la relation dans le cadre de l'hypnose et de la psychanalyse.

Bioy rappelle l'énoncé de Freud « la psychanalyse gère l'héritage de l'hypnose » (2005, p.124) et déconstruit la thèse répandue selon laquelle Freud aurait abandonné l'hypnose en 1896 après une pratique de 10 ans. Officiellement, dans le discours de Freud, c'est exact, mais dans les faits, ce serait erroné puisqu'en 1924 il avait invité un jeune médecin hongrois, Polgar, qui pratiquait avec succès l'hypnose. Freud voulait en être enseigné quant à sa pratique de l'hypnose. Leur relation fut complexe et non décisive pour Freud puisqu'à suivre Bioy, le père de la psychanalyse renonça à l'hypnose, d'une part pour asseoir politiquement la psychanalyse (les relents de magnétisme de l'hypnose, sa dimension d'érotisation s'accordant peu avec la revendication d'une psychanalyse « scientifique »), d'autre part parce que Freud rencontrait des difficultés à hypnotiser certains patients, alors qu'il avait le souci d'une pratique généralisable; en outre, il constatait parfois la réapparition des symptômes à l'arrêt du traitement. Enfin, Freud reprochait à l'hypnose de masquer les résistances là où la cure se veut analyse et liquidation des résistances et du transfert. Rappelons en outre après Bioy que le père de la psychanalyse avait fui en 1886 les démonstrations affectives d'une patiente qu'il hypnotisait avec succès.

Pour Freud, le transfert est la réactualisation de relations antérieures par la régression qu'induit le dispositif de la cure, le travail se fait par le jeu des associations libres jusqu'à liquidation supposée de ce transfert. L'hypnose, quant à elle, se fonde sur la suggestion et vise à la suppression des symptômes du patient, ce qui ne correspond pas à l'éthique freudienne d'une guérison « de surcroît » (selon la formule lacanienne ultérieure).

Dans son ouvrage « Psychologie des foules et analyse du moi », le père de la psychanalyse établit la suggestion « comme un fait fondamental de la vie psychique de l'homme » (cité par Bioy, 2005, p.145) et assimile l'hypnose à un état amoureux. Il considère l'hypnose comme une dissociation structurale entre le Moi et l'Idéal du Moi dont l'hypnotiseur prend la place, et propose une analogie avec le père de la horde, la domination étant instaurée au moment de l'induction (Ibid, p.147).

La recherche menée par Bioy dans sa thèse explicite (entre autres) la place du transfert et du contre-transfert dans le rapport hypnotique, celle des suggestions et montre comment les suggestions et les figures d'analogie sont nourries des échanges transférentiels et contre-transférentiels.

2.3 L'alliance thérapeutique

2.3.1 Le concept général

L'alliance thérapeutique a fait controverse dans le champ psychanalytique, alors qu'elle est considérée comme fondamentale dans le champ des thérapies centrées sur le patient, dans les courants cognitivo-comportementaux et même dans l'ensemble des thérapies brèves (familiales, systémiques, stratégiques...) (Bioy et Bachelard, 2010).

De Roten (2011) rappelle d'abord que les recherches sur la psychothérapie ont montré des différences faibles ou négligeables en fonction des orientations thérapeutiques et que le meilleur prédicteur du succès thérapeutique se révèle être la qualité de l'alliance thérapeutique.

Freud focalisait la dimension relationnelle de la cure « sur les déformations de la relation actuelle par des éléments inconscients et conflictuels des relations du passé » (cité par De Roten, 2006, p. 112). Selon De Roten, on peut alors considérer le concept d'alliance comme une forme de transfert positif, « un lien positif et amical que le client établit entre le thérapeute et des figures du passé bienveillantes et attentionnées » (Id.).

De Roten avance que l'ouvrage de Rogers, « Thérapie centrée sur le client », serait le premier en 1951 à affirmer que la relation est en elle-même thérapeutique. « Pour Rogers, les conditions relationnelles offertes par le thérapeute - en particulier empathie, congruence et regard positif inconditionnel - sont en et par elles-mêmes suffisantes pour soigner les clients et la responsabilité de créer et de maintenir une bonne alliance thérapeutique incombe au thérapeute, et non pas au client comme dans la perspective freudienne » (De Roten, 2011, p. 5).

D'autres études ont montré qu'entraîne également en jeu dans l'alliance la perception par le client des qualités relationnelles du thérapeute (Mitchell, Bozarth et Krauft, 1977, cités par De Roten, 2011).

Dans une perspective interactionnelle, l'alliance est définie par des chercheurs comme Bordin et Luborsky comme un phénomène collaboratif. Ce partenariat co-construit par le client et le thérapeute selon De Roten se fonde sur « un accord sur les buts du traitement, un accord sur les tâches à accomplir au cours de la thérapie et un lien affectif entre les partenaires » (Bordin, 1979, cité par De Roten, 2011, p.6). De Roten précise : « La collaboration dépend tout à la fois des interventions du thérapeute, des caractéristiques du client et du processus interpersonnel qui les lie » (2006, p.114). L'auteur mentionne que des tentatives ont été faites de former les thérapeutes à l'alliance mais en vain, elle ne peut pas être prescrite.

Pour sa part, Petot (2011) met en perspective les concepts de transfert et d'alliance thérapeutique. Il rappelle l'origine américaine de l'alliance thérapeutique introduite par Zetzel en 1956 et de l'alliance de travail proposée par Greenson en 1965. Ces deux psychanalystes s'inspirent de la notion freudienne de transfert positif paternel. Ils opposent l'alliance de travail et le transfert, comme Freud opposait le transfert paternel et la névrose de transfert, Greenson se fondant sur la clinique des sujets inanalysables. Le patient, dans l'alliance de travail, est capable de travailler dans la situation analytique et le moteur de l'alliance est son désir de surmonter sa maladie.

La distinction effectuée par Greenson de deux aspects du moi du sujet renvoie à la théorie de Hartman, Kris et Loewenstein, qui soutenaient l'existence d'un moi autonome, un moi qui fonctionne selon le principe de réalité, qui est indépendant des pulsions et des fantasmes et « qui échappe partiellement à l'influence de la partie archaïque, névrotique, dominée par les pulsions et le principe de plaisir [...] ». L'alliance comme telle se forme essentiellement entre le moi raisonnable du patient et le moi analysant de l'analyste » (Greenson, 1967, cité par Petot 2011, p.137). Le mécanisme essentiel de l'alliance est selon Greenson une identification partielle du patient avec l'approche analytique de l'analyste. Petot en conclut que la névrose de transfert n'est plus dans cette perspective une « crise » à traverser mais « un phénomène indésirable qu'il s'agit de limiter et de surmonter grâce à la collaboration active de la partie saine du moi du patient » (2011, p.137).

La notion d'alliance thérapeutique a continué à se développer chez les psychanalystes américains, notamment Luborsky, et est devenue au-delà un moyen pour les courants de psychothérapie non analytique de conceptualiser la relation thérapeutique.

Petot (2011) rappelle que Luborsky souligne les multiples formes de ce qu'il appelle l'alliance aidante avec deux extrêmes opposés : d'un côté des formes actives où le patient devient

quasiment co-thérapeute et de l'autre des formes plus passives, proches selon lui du transfert paternel freudien. En outre, un même patient peut se situer selon les moments à l'un ou l'autre extrême. Il a centré son travail sur les psychothérapies d'inspiration psychanalytiques plus que sur les cures-types. Pour lui, plus la psychothérapie pourra être expressive côté patient et interprétative côté thérapeute et plus elle se rapprochera des cures-types, tout comme lorsqu'elle se déroulera sans durée prescrite, à l'opposé des thérapies courtes.

Luborsky considère que chaque sujet s'est forgé un « thème relationnel conflictuel central » (cité par Petot, 2011, p.139) dans les relations de son enfance et de son adolescence et qu'il le répète tout au long de sa vie adulte. L'essentiel de la psychothérapie sera alors de lui faire prendre conscience et de cette répétition et de la manière dont elle génère ses difficultés psychologiques et interpersonnelles actuelles. Il sera même possible dans certains cas de faire prendre conscience au patient de cette répétition dans le cadre transférentiel, la neutralité du thérapeute permettant ainsi au sujet de saisir l'absence de justification de ses modalités relationnelles dans la réalité du cadre.

2.3.2 L'alliance thérapeutique dans l'hypnose

Bioy (2011) constate un certain oubli de la dimension relationnelle en hypnose, au vu des rares publications sur cette question à l'époque, et de la promotion d'une conception selon laquelle l'état hypnotique en lui-même serait thérapeutique. L'auteur évoque l'« hypnose sèche » (p.25), une pratique dans laquelle le sujet est en quelque sorte « laissé » en état d'hypnose, sans suggestions, le thérapeute maintenant l'état de transe par quelques interventions. Toutefois, Bioy rappelle qu'il y a bien là présence et relation, comme il y a eu apprentissage de l'autohypnose dans la relation au thérapeute. Qu'on me permette d'évoquer les remarques de plusieurs patients qui vont chercher sur Youtube à « faire de l'hypnose » et qui après des séances auprès de moi déclarent que ce n'est pas la même chose quand il y a une « vraie » personne.

Au travers de deux exemples cliniques, Bioy montre l'importance de la relation dans la pratique hypnotique qui vient « toucher une forme de résonance » (2011, p.28) dans la première situation et comment dans les deux il s'agit d'un « travail thérapeutique [...] dans une dynamique intrasubjective » (Ibid, p.31). L'auteur conclut en insistant sur la nécessité d'ajustement au patient lui-même, plutôt que d'appliquer une méthode généraliste visant le symptôme. Ceci fait écho aux conclusions de Bioy dans son travail de thèse où il promeut le

terme d'hypnose clinique, ce terme venant à mon sens rappeler un fondement de toute clinique, elle ne se fait qu'au cas par cas.

Plus récemment, Bioy (2017), après avoir interrogé l'éthique de la suggestion et validé la possibilité de cette éthique sous réserve d'un dispositif de réflexion du thérapeute et d'une capacité à douter de son travail, reprend la question du transfert et de l'alliance thérapeutique. Il s'accorde avec Palaci et Roustang sur la notion d'un transfert en deçà du névrotique en hypnose, du côté de l'archaïque, qu'il désigne même comme « un viscéral qui s'organise en présence de l'autre où émergent des pré-formes que l'on nommera au gré des évocations : intuition, identifications primaires, synchronie émotionnelle, mouvements empathiques... » (Bioy, 2017, p.69). L'auteur situe l'origine de l'alliance thérapeutique dans le champ de la psychanalyse et la considère comme un médiateur du changement, préférant à la notion de confiance celle de sécurité du cadre, un cadre dans lequel en outre le thérapeute renonce à une position de maître et se laisse lui aussi porter par la transe.

Collot, quant à lui, rappelle d'abord que tout message thérapeutique comporte un contenu affectif et que la transe favorise le développement d'un lien affectif intense. Il insiste sur la place de l'émotion et « l'importance des processus infralangagiers » (2011, p. 95), c'est-à-dire des processus primaires. Il souligne la différence entre le « revécu » dans la transe et la narration dans un état de conscience habituelle, ainsi que le rôle primordial de l'empathie dans l'alliance. Plus loin, il interroge le rapport de la transe au transfert : « la transe est-elle un retour vers un transfert précœdipien ? » (Ibid, p. 97).

Au vu d'un certain nombre d'études, Collot définit ainsi l'alliance : « L'alliance thérapeutique se définit comme le lien patient/thérapeute qui se crée dans un esprit de collaboration : les protagonistes s'entendent sur leurs tâches respectives et les considèrent comme importantes et pertinentes. Les objectifs de la thérapie sont clairs, bien compris et endossés par les deux parties. Un lien affectif fondé sur la confiance, l'implication, l'acceptation ainsi qu'une grande empathie de la part du thérapeute relie les deux personnes » (Ibid, p.98).

Toujours à suivre l'auteur, ce n'est pas le thérapeute dans cette situation qui fait référence mais « l'âme du monde » (Id.). En conséquence, « le thérapeute apparaît comme un intermédiaire, un passeur qui rétablit un lien essentiel rompu entre le monde et le patient [...], l'alliance thérapeutique pourrait ainsi se concevoir comme une onde porteuse, un lien ou plutôt un canal »(Id.).

Collot souligne l'importance d'une absence d'idéologie chez le thérapeute, au bénéfice d'une ouverture, chez lui comme chez le patient, dans un accordage affectif et avec l'attente croyante du patient comme éléments moteurs de la guérison. Il réhabilite l'acceptation de l'inexplicable (les placebos, les guérisons obtenues en médecine psychosomatique par les techniques psychocorporelles...), sans qu'il soit confondu avec l'irrationnel.

Pour l'auteur, l'étude de l'alliance peut bénéficier de la compréhension du phénomène de transe qui permet dissociation psychique et régression. Il mentionne la régression formelle de Freud, qui permet d'atteindre des états psychiques de structuration et d'expériences plus anciens, mais rappelle aussi qu'Erickson a su « combiner un discours à la forme métaphorique - compréhensible par la partie dissociée de la personne - travaillant ainsi à un niveau plus profond de la psyché, là où les processus seconds ne sont pas encore en action » (Erickson cité par Collot, 2011, p. 105).

Collot conclut en évoquant la présence potentialisée par la transe et amenant « une ouverture[...] un besoin de se relier [...] » (Id.).

Dans ses travaux, Greenleaf met en opposition deux modèles de l'Inconscient. Pour lui, l'Inconscient freudien c'est l'innommable et il peut faire peur quand il se manifeste dans les symptômes, tandis que l'Inconscient ericksonien est celui de l'inexprimable, dans une perspective proche de celle de Phillips : « L'inconscient cognitif consiste en un ensemble de structures et de fonctions inconnues au sujet, sauf dans leurs conséquences... » (1993, cité par Greenleaf, 2011 p. 145). Autrement dit, on apprend à apprendre sans avoir conscience de sa manière d'apprendre.

Pour Greenleaf, ce qui est inconscient encore, ce sont les processus neurophysiologiques qu'il nomme « la sagesse du corps » (Ibid, p. 146), il évoque les apprentissages précoces de l'enfant comme la marche, l'équilibre ...

Selon l'auteur, dans la thérapie, les relations interpersonnelles sont des processus inconscients importants et il pose la question : « Comment pouvons-nous dire les choses inexprimables pour lesquelles les mots n'existent pas, mais dont nous avons besoin pour parler ? » (Ibid, p. 147). Il propose trois réponses : créer un langage thérapeutique bizarre avec des néologismes pour mettre en mots les éprouvés inconscients, ou bien l'approche du bouddhisme zen (remplacer l'explication par l'acte ou le geste) ou enfin « l'utilisation de métaphores ou

d'imageries naturelles comme étant le langage approprié pour exprimer la pensée de l'inconscient » (Id.), par exemple dans les rêves, la poésie, l'art et la danse.

Pour Greenleaf, la voie royale d'accès à l'inconscient possède un langage, celui des images oniriques et non du discours explicatif. « L'hypnose est un style conversationnel approprié à la relation avec l'inconscient, non seulement car elle emploie le style des rêves et la métaphore du sommeil, mais aussi parce qu'elle accorde de l'attention au corps en présupposant qu'il communique par le biais des gestes, des positions et du toucher » (Ibid, p.148).

L'auteur précise que dans les thérapies psychodynamiques, les concepts de résistance et de transfert (pour le patient comme pour le thérapeute) sont prépondérants, tandis que l'hypnothérapie est guidée par les notions d'utilisation et d'imagination. Greenleaf rappelle que « dans les thérapies narratives modernes (White et Epston, 1990), la résistance est à nouveau utilisée pour parler d'un refus de l'influence émanant de l'autre, et est encouragée en tant que moyen de récupération, plutôt que d'être critiquée en tant qu'obstacle au changement » (Ibid, p.149).

La stratégie de l'utilisation est le fruit de l'œuvre d'Erickson, à partir des patients difficiles. Le thérapeute éricksonien ne se situe pas, à l'instar des freudiens, comme un écran vierge, au contraire il s'utilise lui-même (voix, sens de l'humour, présence...) sans jamais manquer envers le patient de sollicitude, de sympathie et de respect. Avec cette stratégie, ce n'est pas le patient qui, par l'induction, accepte de coopérer mais le thérapeute qui se met dans une posture d'acceptation des comportements du sujet et de coopération immédiate. L'approche utilisationnelle de la communication oriente le patient vers une action, à partir de son discours, par exemple en l'invitant à en dire plus sur les éléments négatifs qu'il pense du thérapeute.

Greenleaf rappelle que la conception originelle de transfert freudien le situait en équivalence à la relation hypnotique et à la suggestibilité, elle fonde selon lui l'hypnose moderne : « Il s'agit d'un processus relationnel à la fois collaboratif et focalisé, dont les significations sont construites à travers des actes imaginatifs au fil du déroulement d'une conversation » (Ibid, p.151).

Rouam (2011) confronte les concepts de transfert et d'empathie dans les contextes respectifs de l'analyse et de l'hypnose. Il rappelle trois dimensions essentielles du transfert. D'abord

l'actualisation des modalités relationnelles infantiles s'exprimant dans les attitudes du sujet et son discours, ce dernier étant le seul analysé par l'analyste, dans le contexte de l'amour de transfert. Ensuite le transfert selon Lacan, c'est-à-dire l'adresse de l'analysant à un sujet-supposé-savoir, dans l'attente, qui est une méprise, de la délivrance d'un savoir par l'analyste qui ne fera que lire la vérité inconsciente comme surgissement dans le discours du sujet. Enfin, en référence à Widlöcher, le transfert comme construction d'une co-pensée, l'interprétation comparant alors les deux systèmes de pensée, celui de l'analyste et celui du sujet, proche de l'empathie mais ne concernant que les représentations. Dans ces trois dimensions, selon Rouam, est au centre la quête du sens. Pour lui, l'empathie est une notion qui voit aujourd'hui sa signification diluée, il en rappelle l'origine en grec : « souffrir avec ». Il mentionne l'importance de l'imitation et cite Freud : « Partant de l'identification, une voie mène, par l'imitation à l'empathie, c'est-à-dire à la compréhension du mécanisme qui nous rend possible toute prise de position à l'égard d'une autre vie d'âme » (Freud, 1991, cité par Rouam, 2011, p.163).

L'auteur évoque aussi la définition de l'empathie chez Rogers : « [...] percevoir le cadre de référence d'une personne avec précision et avec ses composantes et ses significations émotionnelles de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne sans jamais oublier le comme si [...] » (Brunel et Martiny, 2004, cité par Rouam, 2011, p.164).

Rouam nous rappelle que Kohut aux Etats-Unis a mis l'empathie au centre de la relation thérapeutique et fait évoluer la théorie de l'intrapsychique vers l'intersubjectif, notion que les tenants de l'empathie amèneront à celle d'interaction. Pour Rouam, «[...] l'empathie dépasse le clivage corps-esprit, puisqu'elle s'avère aussi bien motrice, gestuelle, corporelle que perceptive, émotionnelle et affective ou encore concernant les pensées» (Ibid, p.165). Dans un registre empathique, qui est préférentiellement celui de l'hypnose, le thérapeute intervient sur la base d'une représentation mentale et d'une émotion partagée, le patient est concerné dans ses processus primaires tandis que l'intervention de l'analyste agit plutôt sur les processus secondaires.

Zindel (2011) souligne lui aussi l'absence de littérature sur l'aspect relationnel dans le champ de l'hypnose. Il centre son propos sur la relation hypnotique dans le temps de la séance, de l'induction au retour à l'état de conscience habituel.

Il voit dans le dispositif de l'hypnose lui-même, dans les postures corporelles des deux protagonistes, dans le ton de la voix du thérapeute, dans ses paroles apaisantes, les signes

d'une dimension de proximité et d'intimité. Il rappelle la perte de contrôle à laquelle est amené le sujet, ne serait-ce que visuel la plupart du temps, mais aussi à suivre les paroles du thérapeute, le renoncement à la cohérence habituelle du discours. « Les yeux fermés, ce contrôle devenu impossible, les suggestions du thérapeute nous parviennent comme venant d'une personne de moins en moins contrôlée et donc de moins en moins identifiée et de ce fait de plus en plus impersonnelle » (Zindel, 2011, p.190). Selon l'auteur, c'est donc l'intensité de la présence venant du thérapeute qui importe. Cette anonymisation du thérapeute va permettre une sorte de fusion du monde extérieur et du monde intérieur, comme si les paroles du thérapeute surgissaient du monde de l'inconscient du sujet.

Zindel emploie le terme de « symbiotique » pour caractériser la relation dans la transe, renvoyant selon lui à la relation mère-enfant des premiers temps, avec la restriction pour le thérapeute d'une asymétrie l'amenant à garder le contrôle de la situation et à s'abstenir de satisfaire ses propres désirs d'amour et de proximité.

Zindel réfute l'idée d'un transfert symbiotique car «[...]le caractère de projection, caractéristique du transfert, est absent dans la relation symbiotique de l'hypnose. Celle-ci est bien réelle, actuelle, adéquate à la situation co-crée avec le thérapeute [...] » (Ibid, p.192). Il considère que ce sont le patient et son inconscient qui font le travail tandis que le thérapeute n'est qu'un catalyseur.

Bioy et Bachelard (2010) soulignent le lien complexe entre transfert et alliance, et rappellent la position de Greenson qui considère la relation thérapeutique comme une « real relation », tout en admettant que des mouvements transférentiels infiltrent l'alliance.

2.4 Roustang : « pas de relation dans l'hypnose »

Situer mon étude sur la relation thérapeutique dans la perspective de Roustang m'amène à faire un pas de côté et déjà à rappeler brièvement et de façon bien lacunaire les conceptions de cet auteur.

Sa représentation de l'humain s'oppose à celle de la psychologie habituelle, il dénonce la dualité corps/psychisme et promeut l'idée d'un corps qui pense, qui ressent, qui a l'intelligence face aux difficultés. Il montre avec certains exemples cliniques comment en une seule séance, en demandant au patient de trouver la juste place dans le fauteuil, ce dernier peut remettre en mouvement ce qui était figé dans sa vie et le faisait souffrir, comment ainsi il peut prendre sa place dans son existence.

L'hypnose pour Roustang est une « écothérapie » : « refondre le système des relations à partir d'un nouveau centre et d'une nouvelle force, trouver la source d'une puissance qui renverse l'ordre ancien et en provoque un nouveau » (Roustang, 2015, p.511). Il ne s'agit donc pas d'une thérapie qui vise à supprimer le symptôme mais à remettre en mouvement le sujet dans sa relation aux autres, à lui-même et au-delà à tout son environnement. Le corollaire de cette approche est le refus du diagnostic, l'oubli par le thérapeute des références psychopathologiques et le renoncement à la quête du sens du symptôme qui n'est considéré que comme arrêt du mouvement. Ce qui amène le changement, c'est la transe, qui donne au patient la possibilité de faire cesser ses ruminations pour être là « à ne rien faire », simplement vivant. L'auteur met en avant la vanité de la pensée, voire celle de la parole, quand elle n'est que « petit parler » (Ibid, p.438), le « grand parler » étant celui « qui ne contredit pas le geste » (Ibid, p.433), « le geste peut rassembler en un tout l'esprit, le cœur, le corps, la relation aux autres corps et à l'histoire personnelle » (Ibid, p.397).

On doit à Roustang le développement de la notion de perceptude. Alors que la perception est discontinue et partielle, la perceptude est un mode de perception « marqué par la continuité et la prise en compte de tous nos liens avec le monde » (Ibid, p. 485). La perceptude, c'est l'état de la transe, de l'hypnose même, un état qui amène à sortir de la pensée, de l'attention à son humeur.

Qu'en est-il selon l'auteur de la relation thérapeutique dans l'hypnose ? Le transfert doit être mis « [...] hors course. Car il est le signe de la répétition[...] » (Ibid, p.114). Bioy évoque chez Roustang deux conceptions du transfert, un transfert médiat qui est celui de la psychanalyse et un transfert immédiat « comme la passion de se fondre dans l'autre et de l'absorber » (Bioy, 2005, p.170).

Pour Roustang, il n'y a pas de relation dans l'hypnose, pas de relation à deux car le thérapeute s'abstrait de son propre monde et s'approche de celui du patient, mais plutôt un rapport qui ne dure que le temps de la transe et « doit conduire le patient à la solitude de la décision et de l'action » (Roustang, 2015, p.681). Pour autant, l'auteur propose certaines indications sur la posture du thérapeute, comme être dans l'attente, dans l'impuissance et même dans l'impersonnalité, un thérapeute réduit à la sensorialité mais aussi un thérapeute dans la présence. Je développerai ces éléments au moment de la discussion, à partir de la clinique.

2.5 Problématique

Partie d'une question clinique, se posant dans le cadre contraint de mon lieu de travail, j'ai postulé d'éventuels changements induits par l'introduction de l'hypnose dans une relation thérapeutique ancienne. Cela m'a amenée à interroger ce qu'il en est de la relation thérapeutique en général et surtout dans l'hypnose, selon trois perspectives théoriques essentielles, le transfert, l'alliance thérapeutique et le point de vue original de Roustang.

Si les pionniers de l'hypnothérapie se sont peu centrés sur la question de la relation, il a fallu attendre la révolution freudienne du transfert considéré comme moteur et résistance de la cure pour qu'elle soit élaborée. Toutefois, si l'analyse et la liquidation du transfert constituent le fondement de la cure, ces éléments ne sont pas l'essentiel de l'hypnose et même si le transfert y est présent, il n'a pas à être analysé. Comme l'a montré Bioy (2005), il vient nourrir les suggestions dans le rapport hypnotique.

L'accent peut être mis sur les différences entre analyse et hypnose et leurs conséquences sur la relation : dans l'analyse, « neutralisation » du corps, interprétation de matériaux langagiers, actualisation de relations passées, processus secondaires ; dans l'hypnose, présence du corps, gestes, productions imaginaires, relation ici et maintenant, processus primaires... (Greenleaf, 2011 ; Zindel, 2011 ; Bioy, 2017).

Dans l'ensemble des approches de la psychothérapie, l'un des facteurs de guérison, du moins de persévérance, systématiquement rappelé est celui d'un socle « affectif » qui peut tenir autant au thérapeute et à son empathie (Rogers, 1951 ; Collot, 2011 ; Rouam, 2011) qu'au patient, dont « l'attente croyante » et l'« attachement » (Freud, 1890, 1913) constituent les ingrédients.

De Roten (2006, 2011) rappelle que le succès d'une thérapie, quelles qu'en soient les modalités, réside dans ce qui se conceptualise à partir des travaux de psychologie du Moi comme « alliance thérapeutique » ou « de travail », selon Zetzel, Greenson ou encore Luborsky (Petot, 2011). Si elle se fonde sur un thérapeute avec un regard positif inconditionnel et sur le transfert positif du patient, la relation qui les lie consiste en une collaboration, une co-construction ou encore un partenariat (De Roten, 2006, 2011; Collot, 2011), qui intègre également un accord sur les buts du traitement et les tâches à conduire selon ce qu'avance Bordin (De Roten, 2006).

Quant à Roustang (2015), dans un paradigme singulier, il postule l'absence de relation, au sens habituel du terme, entre thérapeute et sujet puisqu'il est question d'une impersonnalité du premier qui s'abstrait de son propre monde. Il prescrit la mise « hors course » du transfert afin de permettre au sujet de se libérer des répétitions du passé et d'accéder à la perceptude.

Au terme de cette brève exploration, peut-on s'attendre à des changements dans la relation thérapeutique par l'introduction de l'hypnose, du côté du transfert et/ou de l'alliance thérapeutique, ou pourra-t-on observer des éléments nouveaux?

Ces perspectives théoriques vont maintenant être confrontées à la clinique à partir de deux exemples.

3. Méthodologie de la recherche

Les patients dont il sera question dans ce travail sont reçus dans le cadre d'un CMP situé en ville mais faisant partie de l'hôpital psychiatrique, dédié aux adultes de 18 à 65 ans. Ils peuvent y être accueillis soit après une hospitalisation, soit par orientation de leur médecin généraliste, de travailleurs sociaux ou de leur famille, ou bien encore ils viennent spontanément. Un premier entretien infirmier confirmera ou infirmera leur demande de rencontrer un certain type de professionnel et s'il s'agit d'un psychologue, ils sont alors inscrits sur la liste d'attente. Il est exceptionnel que la demande soit nominative. Les séances sont gratuites, leur fréquence hebdomadaire le plus souvent (dans ma propre pratique) et d'une durée de 30 à 45 minutes. Le travail peut durer le temps nécessaire, temps non estimable d'emblée et donc non précisé au sujet.

Je vais proposer l'étude de la prise en charge de deux patients masculins qui seront ici nommés Paul et Luc. J'ai choisi d'exposer les cas de deux patients « difficiles », pour lesquels le travail était plus ou moins enlisé, stagnant. L'introduction de l'hypnose a été problématique pour les deux, de manière différente. Il m'a semblé plus opportun de mettre à l'œuvre l'investigation dans la complexité, plutôt qu'avec d'autres sujets pour lesquels l'hypnose est venue nourrir le suivi, sans grands obstacles. Voici d'abord un résumé de la psychothérapie, antérieure à l'introduction de l'hypnose.

3.1 Paul

J'ai rencontré Paul au CMP en 2005, exceptionnellement il demandait à me parler nommément sur le conseil de ses parents qui avaient eu l'occasion de m'entendre lors d'une conférence et pensaient que je pourrais aider leur fils alors âgé de 34 ans. Paul souffrait d'un trouble du sommeil depuis l'enfance, trouble qui s'était accentué grandement jusqu'à une insomnie quasi-totale à cette époque. Ce trouble s'inscrivait dans le contexte d'une dépression névrotique elle aussi très ancienne. Le patient avait consulté un psychiatre dans l'enfance, deux ou trois séances pour une phobie des microbes. A 25 ans après un divorce, il avait rencontré un psychiatre/psychanalyste durant un an mais ne voulait pas reprendre un travail avec lui car il ne supportait pas son silence. Bien qu'il eut une profession et les moyens de financer une thérapie en libéral, il le refusait, d'une part car il estimait ne pas en avoir les moyens et surtout il disait « je ne veux pas payer, j'ai déjà assez souffert, le service public c'est pour tout le monde ». Dans ce contexte un peu contraint, j'ai accepté de recevoir Paul sous réserve qu'il consulte un psychiatre au CMP pour l'établissement d'un traitement médicamenteux, ce qu'il a accepté non sans une grande réticence et des reproches tout au long de la thérapie, jusqu'à récemment encore.

Ce qui caractérise le plus ce patient c'est sa négativité, encore bien présente aujourd'hui. Il oscille entre idées de grandeur, « je suis supérieur aux autres » et l'auto dévalorisation « je suis ridicule » (concernant son physique, ses goûts musicaux, ses aspirations ...). Il est aussi aux prises avec une rumination quasi constante sur la mort, à la fois dans la colère et le désespoir.

Il a fallu une année pour que je voie un sourire sur le visage de Paul, lorsqu'il m'a annoncé que son amie était enceinte tout en tenant un discours extrêmement négatif sur l'évènement. J'avais formulé l'hypothèse chez ce sujet d'une structure obsessionnelle, cela m'armait de patience sachant la longue durée du travail dans ce cas. Même si j'appréciais son intelligence fine et son humour, il fallait supporter sa négativité y compris concernant notre travail qui ne servait à rien selon lui et il déployait beaucoup d'énergie à réfuter mes constructions dans un refus farouche de son Inconscient. Pour autant, il était d'une grande régularité dans ses séances. Son insupportation du silence m'avait fait prendre le parti d'une écoute soutenue avec de nombreuses relances et la proposition fréquente de constructions, dans une tentative de faire ouverture dans un discours plus que plaintif.

Au plan biographique on retiendra que Paul est le fils unique d'un couple rigide et dépressif. Bien que cela soit rare à l'âge du patient, j'ai rencontré ses parents qui le souhaitaient, sans sa présence, c'était ses conditions. Ils m'ont parlé de leur inquiétude concernant leur fils pour qui ils redoutaient une schizophrénie, la mère ayant un frère schizophrène. En fait, depuis sa naissance, le patient était un objet d'inquiétude du fait d'une prématurité d'un mois et de la suspension d'un diagnostic médical dans une petite ville de province, jusqu'à ce que Paul ait un an. Il était parlé aux parents d'un risque de séquelles neurologiques et motrices. Ils m'ont dit dans quelle anxiété ils avaient traversé cette période. Ils étaient lors de notre rencontre dans un rejet de Paul dont ils supportaient mal l'agressivité à leur encontre et dans une lutte contre leur culpabilité. J'avais tenté de les apaiser, sans grand succès puisque le père de Paul m'a rappelé un an plus tard me reprochant le manque d'évolution de son fils et demandant encore une fois s'il était schizophrène. J'avais aussi essayé de leur faire entendre leur propre souffrance et leur avais même donné les coordonnées de collègues pour qu'ils se fassent aider.

Paul a de ses parents les représentations suivantes : sa mère est un peu bête, elle a toujours été dépressive, quand il était adolescent elle a même fait des tentatives de suicide ; son père ne s'est jamais occupé de lui tout accaparé par son travail, sauf pour l'humilier et le frapper quand il était énervé. Il lui reconnaît une grande intelligence et garde encore aujourd'hui les valeurs transmises par ce père : « nous ne sommes que des esprits, la sexualité c'est animal, il ne faut pas se faire plaisir », sans vraiment les critiquer tout en souffrant de leur impact.

De son enfance, le patient garde le souvenir d'une certaine liberté pour aller jouer avec ses copains, d'avoir souffert d'ennui à l'école (il était un enfant à haut potentiel, ses parents ont refusé qu'il passe une classe car lui-même voulait rester avec ses amis) et d'avoir toujours eu des difficultés à s'endormir, entre la peur de ne pas se réveiller et la jalousie de laisser ses parents ensemble, lui-même se sentant exclu. A l'adolescence, il a grandi tardivement, était chétif et s'est mis à la musculation malgré les quolibets de son père qui le traitait de bœuf. Refusé pour un problème de vision à la grande école militaire qu'il voulait faire, il a alors choisi une voie opposée à celle que souhaitait son père (la sienne et celle de son propre père) pour une carrière dans la fonction publique. Il aime son métier mais se plaint de ne pas gagner assez.

Paul a commencé sa vie sexuelle à 18 ans, s'est marié à 20 et a divorcé à 24 ans, son ex-femme ne supportait plus son attitude négative et agressive à son encontre. Il a ensuite

rencontré la mère de sa fille et a vécu 12 ans avec elle, elle l'a finalement quitté pour un autre, depuis que le patient allait mieux, elle lui reprochait les mêmes choses que son ex-femme.

Le travail avec Paul a concerné pendant plusieurs années son trouble du sommeil, il a fini par dire qu'il ne voulait pas s'autoriser à dormir, qu'il voulait être un surhomme depuis l'enfance, s'obligeant à dormir en plein hiver dans le froid et à ne pas porter de vêtements chauds. Mes notes indiquent que c'est à partir de ce moment que son sommeil s'est régulé, la castration symbolique venant enfin entamer quelque chose de son idéal narcissique mégalomane.

Il a aussi beaucoup été question de sa colère envers ses parents, surtout son père qu'il est allé jusqu'à frapper durant la première année de thérapie, un père auquel il reproche encore ses « fautes » d'éducation. La relation père-fils est apparue très marquée par une jalousie réciproque encore difficile à dépasser. A l'heure actuelle, la colère de Paul s'est un peu érodée et il a le souci, même dans les périodes conflictuelles, du maintien du lien de sa fille avec ses grands-parents.

Au total, Paul est donc venu me parler durant 9 ans, à une fréquence mensuelle la dernière année où il a surtout parlé de la relation à sa fille. Son sommeil était correct et une certaine distanciation s'était malgré tout établie quant à sa jalousie et ses ruminations sur la mort. En outre, il s'était autorisé certains loisirs.

3.2 Luc

Luc a 25 ans quand je le rencontre au CMP en juillet 2014, il est venu demander à poursuivre une prise en charge commencée dans une autre ville durant 5 mois dans un CMP où un psychiatre lui prescrivait des antidépresseurs tandis qu'il était suivi par un psychologue. Il arrivait à Dijon pour accompagner son amie sans y connaître personne. Il avait fait une attaque de panique dans un train 3 ans plus tôt, disait avoir eu peur de perdre le contrôle. Il m'est apparu comme un jeune homme très intelligent, sympathique et capable d'humour vis-à-vis de lui-même. Je faisais l'hypothèse d'une structure phobo-obsessionnelle chez ce jeune sujet et le pari d'un travail thérapeutique moins pesant que celui mené avec la plupart des patients en CMP.

Quand nous reprenons en septembre, il est effondré car son amie est en train de le quitter, elle lui reproche la routine de leur vie de couple et lui, dit aimer cette routine. En fait, il passait de plus en plus de temps sur les jeux vidéo et ils ne partageaient plus grand-chose. Luc fait face à la situation, décide de rester à Dijon et trouve une colocation dans une grande maison avec

neuf jeunes, en majorité des artistes, il s'installe dans une existence un peu marginale soutenu par une idéologie de décroissance. Il est surtout partagé entre une envie d'insertion pour faire plaisir à ses parents, tandis que lui se satisferait de vivre du RSA et d'avoir ainsi du temps pour exercer sa créativité qui est très développée. Durant quatre ans, il va alterner des périodes où il tentera de s'insérer professionnellement, trouvera même quelques mois un travail administratif, avec d'autres périodes où il est dans une grande passivité, allant même jusqu'à se mettre en danger socialement (perte des aides financières). Dans ce second cas, il se soutient avec ses activités de création et sa participation à la vie de la colocation (bricolage, jardin), quand il va plus mal il peut à nouveau passer beaucoup de temps sur les jeux vidéo. Actuellement, il est tout occupé à passer son permis de conduire avec le projet d'effectuer ensuite une formation dans un centre en périphérie de Dijon, il a prévu de s'acheter une voiture et de ne pas avoir ainsi à supporter les transports en commun et le surgissement de son angoisse. Il a depuis un an une nouvelle amie qui s'est trouvée enceinte récemment (acte manqué ? Ils auraient oublié le préservatif). Alors que le patient m'avait dit ne pas vouloir d'enfant, il a été très affecté de prendre avec elle la décision raisonnable à leurs yeux, compte tenu de sa situation professionnelle, d'une IVG, remettant à plus tard la réalisation de leur désir d'avoir un enfant ensemble.

Au plan biographique, on retiendra que Luc est originaire de l'ouest de la France, il est le fils aîné d'un couple de cadres moyens issu d'un milieu catholique. Ce point est d'importance car la mère de Luc s'est trouvée enceinte au bout de six mois de relation avec son père qui se croyait stérile et dans leur milieu la seule issue était alors le mariage. Les deux parents ont beaucoup investi leur métier, la mère dans le champ social, le père reprenant une formation pour évoluer dans sa carrière. Luc maintiendra quelques années une certaine idéalisation parentale, ce n'est que récemment qu'il s'autorisera à dénoncer leur indisponibilité, la violence de son père (lui-même élevé par un père très violent), assortie d'une incapacité à faire preuve d'autorité et la rigidité de sa mère pour qui le ménage tient une place centrale et qui pouvait rester des jours sans rien dire lorsqu'elle était en colère contre son mari ou ses enfants. Le patient retrouve ce fonctionnement avec son amie actuelle qui s'enferme dans le silence lorsqu'elle ne va pas bien, il en souffre, fait le lien avec sa mère et parvient à briser son silence de plus en plus souvent. La jeune sœur de Luc, puînée de deux ans, occupe très peu de place dans son discours, elle termine une formation dans le champ des psychothérapies. Il ne peut rien dire de sa jalousie envers elle ayant été installé dès sa

naissance dans un rôle de grand frère protecteur jusqu'à lui donner son propre Doudou à la maternité. Malgré tout, un rêve récent de Luc a permis une ouverture de ce côté.

Au plan scolaire, on peut penser que Luc était très intelligent et il a d'ailleurs bien réussi à l'école primaire, ses résultats se sont effondrés au collège et ses parents n'y ont prêté que peu d'attention. Il a fait des études supérieures mais n'a pas trouvé de travail dans son domaine d'études qui nécessite de vivre dans une grande ville ou de se déplacer pour un emploi, ce que sa phobie empêche.

Luc a beaucoup déplié la question de sa phobie durant la thérapie, il s'est construit des hypothèses, a finalement abouti à la conclusion qu'il n'avait pas coupé le cordon ombilical. Je lui ai également proposé différentes constructions, tout cela sans grand résultat puisque la phobie demeure et lui pose problème, surtout dans le regard des autres, même s'il a avancé sur ce point. Un autre symptôme a disparu chez le patient, celui d'un eczéma des membres supérieurs qui survenait dans les périodes de stress, sans que nous y ayions d'ailleurs beaucoup prêté attention dans notre travail. En outre, il a réduit ses consommations d'alcool et de cannabis. Luc avait souhaité suite à ses lectures sur Internet « essayer l'hypnose », il a été un des patients qui m'ont amenée à cette formation et nous verrons plus loin ce que l'hypnothérapie a permis dans cette situation d'impasse où, comme pour Paul, le travail par la parole semblait insuffisant quant au symptôme. Celui-ci a sans doute sa place dans l'économie psychique de Luc mais aussi un effet délétère dans son existence.

4. Résultats et données cliniques

4.1 L'hypnothérapie avec Paul

Après deux ans d'interruption, Paul m'a rappelée en septembre 2016, il souffrait à nouveau de troubles du sommeil et au-delà, il ressentait une jalousie dévorante envers le passé amoureux de sa nouvelle amie, jusqu'à en avoir des idées de suicide. Début novembre, il expose à son amie ses idées de suicide avec l'espoir qu'elle reste à parler avec lui toute la nuit. Mais elle part et envoie chez Paul la gendarmerie et le SAMU et il est emmené au service d'accueil de l'hôpital psychiatrique où le psychiatre ne procède pas à une hospitalisation sous contrainte face au refus du patient. De novembre à janvier, je vais le recevoir deux fois par semaine, il évoque un projet suicidaire assez précis (se jeter en voiture contre un arbre pour donner aux assurances et à sa fille l'illusion d'un accident). Il rencontre

également le psychiatre qui l'avait traité auparavant et qui essaie de l'aider avec un traitement médicamenteux assez lourd. J'éprouve beaucoup d'inquiétude, je parviens à le convaincre d'une hospitalisation mais quand il se présente à l'hôpital, il n'y a pas de place, ce qui lui convient dans son ambivalence quant à la démarche. Son état est fluctuant avec des moments aigus où il ne dort que deux heures par nuit et semble au bord du suicide, et d'autres plus sereins mais la rumination sur la rupture est quasi constante, avec beaucoup d'auto-reproches et de culpabilité. Il a en outre perdu dix kilos en deux mois. Il écrit à son amie qui ne lui répond pas mais cela semble le soutenir. Il passe du temps chez ses parents et en est un peu apaisé, il se plaint beaucoup de solitude et d'ennui, il est en arrêt de travail. Progressivement en 2017, Paul va aller mieux tout en maintenant sa plainte quant à sa situation, les séances vont aussi beaucoup porter sur la relation avec son amie et sur la manière dont elle a pu attiser sa jalousie, allant jusqu'à lui montrer la robe de son mariage avec son ex-mari.

En avril 2017, Paul me dit qu'il a bénéficié de cinq ou six séances d'hypnothérapie, en libéral, mais qu'il a arrêté car « ça ne marchait pas ». Il voulait améliorer son sommeil, ayant vu une de ses collègues changer en quelques mois. En fait, il s'était adressé à la même thérapeute que son ex-amie, espérant avoir ainsi des nouvelles d'elle mais la thérapeute avait bien sûr refusé.

Son état va continuer à se stabiliser au cours de l'année 2017 et sa plainte quant à la solitude et l'incapacité d'y échapper demeure mais la crise suicidaire semble dépassée. Le patient me parlera pour la première fois de sa difficulté à supporter ses attributs masculins, à partir d'un rêve où il coupait son pénis, faisant le lien avec l'attitude de son père envers lui. De même, il finira par dire qu'à ses yeux la jalousie dont il souffre envers ses compagnes quant aux hommes de leur passé est « normale », tant elles les avaient mal choisis, et qu'il ne voit pas pourquoi cela changerait en lui.

Fin décembre 2017, alors que je viens de commencer le DU, je lui propose une séance d'hypnose, j'ai l'impression que Paul a repris sa plainte peut-être encore pour des années et il fait partie des patients qui m'ont amenée à cette formation. Il accepte non sans réticence, mettant en avant son expérience antérieure. Comme tout novice suivant à la lettre les indications, je formule l'exercice en termes de « lieu sûr ». Malgré une transe assez profonde, au retour il est en colère, il n'est pas parvenu à trouver un lieu sûr et dit « ce sont toujours les mêmes exercices ! ». Il part très vite sans que je puisse lui en faire dire plus. Ce n'est que fin janvier que je le reverrai, après l'avoir sollicité par téléphone. Pour la première fois depuis toutes ces années de suivi, ce patient a raté une séance sans m'avertir !

Quand je le reçois à nouveau fin janvier, j'essaie de lui en faire dire plus sur son agacement et son absence, mais il nie toute colère et soutient m'avoir prévenue. Son discours est à nouveau une longue plainte sans ouverture possible. On parle de l'hypnose, il se montre très critique : « ça ne marche pas avec moi », à quoi je lui réponds que ce n'est sans doute pas le moment. Il mentionne qu'il en est à fumer quatre paquets de cigarettes, je lui enjoins de faire ce que lui-même dit vouloir faire depuis plusieurs mois, aller le jour même s'acheter une cigarette électronique et réduire la consommation de cigarettes (il avait déjà cessé de fumer ainsi durant l'interruption de notre travail).

Quand Paul revient en février il me dit avec un petit sourire avoir diminué à moins de dix cigarettes sa consommation et utiliser la cigarette électronique. Je lui « propose/impose » de reprendre l'hypnose immédiatement avec l'exercice de réification du problème, il choisit « la solitude », qu'il veut représenter par sa table de cuisine « trop grande pour lui tout seul ». Une précédente expérience de cet exercice avec un autre patient, phobique des transports, avait amené à une impasse du fait de son choix, un train, validé à tort dans ma compréhension insuffisante de l'exercice. Je récusé donc la table de cuisine et demande à Paul de trouver quelque chose qui ait à voir avec son corps. Il avance : « ça tord, ça comprime...comme un bourreau du Moyen Age avec un masque sur les yeux, grand et costaud, comme au cinéma...Il me tord le ventre, il m'appuie sur le ventre, avec ses mains fortes, j'ai l'impression d'être broyé ».

Après une induction centrée sur la respiration et l'établissement d'une transe suffisante (Paul a la tête qui penche sur un côté, signe à mes yeux de relâchement), je lui propose de trouver un lieu suffisamment bon pour se ressourcer puis m'attache à une réduction des critères délétères du bourreau et à une diminution de la sensation d'être broyé. Au retour, à mes questions du comment cela s'est passé pour lui et du comment il se sent, il répond brièvement qu'il a perçu un petit relâchement dans son ventre.

Fin février, une semaine après le dernier rendez-vous, le patient revient en se plaignant de très mal dormir depuis deux nuits et s'inquiète d'un retour de ses insomnies rebelles. Je lui propose un travail d'hypnose, à partir d'un exercice figurant dans l'ouvrage de Hammond (2004), qui invite à s'adresser au patient enfant ou à l'amener à s'adresser à lui-même enfant. Mon projet est alors de faire un travail « sur mesure », compte tenu de la longue thérapie préalable avec Paul, et se fonde aussi sur des expériences au début de notre travail. Il m'arrivait alors de m'adresser à lui avec une voix plus basse et douce et de lui parler

notamment de sa jalousie, il y semblait réceptif. Après une induction longue, centrée sur la respiration mais aussi beaucoup sur la pesanteur, la lourdeur, la chaleur, je lui parle du petit garçon en lui, des souffrances qu'il a ressenties face à la violence de son père, à la dépression de sa mère, de la peur et de la jalousie éprouvées lorsqu'il devait aller se coucher. Je lui parle ensuite de l'homme qu'il est devenu, de la liberté qui est maintenant la sienne d'avoir une vie qui lui convienne. Après le retour, Paul me dit spontanément qu'il a failli s'endormir, qu'il entend souvent en lui « le petit garçon qui hurle de douleur, de tristesse, de solitude ». Il avance aussi qu'il veut atteindre cent kilos (il fait de la musculation et pèse quatre-vingt-dix-sept kilos), qu'il aime avoir un corps-machine et qu'il trouve tout ça ridicule. Il se demande pourquoi cent kilos, je lui retourne la question mais il n'y répond rien. Il précise qu'il résiste à la tentation de commander des anabolisants sur Internet pour arriver plus vite à son but. Je propose un lien avec sa situation d'enfant face à son père violent, il me répond qu'il y a longtemps qu'il a dépassé son père sur le plan physique. Avant d'arrêter la séance, je lui dis que peut-être il veut simplement devenir un « homme de poids », avec un sourire, qu'il me renvoie, il me semble plutôt détendu (et je me sens de même).

Quinze jours plus tard, le patient mentionne qu'il dort un peu mieux, que c'est peut-être parce qu'il a plus de travail. Je lui demande s'il se souvient de la dernière séance, il dit que non et qu'il pensait que l'hypnose, c'était de parler en état hypnotique. Je lui propose alors un autre travail. Après une induction avec des éléments très proches des précédentes, en ajoutant la dimension du ressenti d'être tenu par le fauteuil (indication donnée par une intervenante lors d'un exercice en groupe et qui m'avait paru intéressante), je lui demande de se représenter lui petit et de me dire ce qu'il voit. Son débit est plus lent, avec des pauses, et il évoque « je me vois faire du vélo, à trois, quatre ans, dans un parc...je ne vois pas ma mère mais je pense qu'elle était là...il n'y a pas d'autres enfants...c'est une journée d'été...ça me fait plaisir de faire du vélo ». Je lui suggère ensuite de se représenter lui au même âge au moment du coucher. Il dit « il est 20h, 20h30, je ressens de la tristesse, de la colère de laisser mes parents avec du café devant la télé, je lis au lit et je m'endors d'épuisement ». Je lui demande s'il y avait des rituels d'endormissement (histoire, câlin...), il répond que non. Je l'interroge sur ce qu'il ressent dans l'instant, il me dit que c'est pénible. Je l'invite alors à imaginer un objet représentant son ressenti et qu'il éloigne avec son expiration, afin de le mettre à une distance qui lui convienne. Au retour il ne dit pas grand-chose, simplement que ça va et qu'il doit aller travailler. Je ne me sens pas très bien, début de problème ORL et un exercice lors de la dernière session du DU qui m'a ramenée à un mauvais souvenir d'enfance dont je n'ai pu me

déprendre. Le lieu du parc évoqué par Paul était le lieu pour moi de ce mauvais souvenir, je n'étais pas assez dans la transe, trop soucieuse peut-être de soulager ma douleur à travers la douleur de Paul, et ce faisant dans l'inquiétude de ne pas bien faire.

A la séance suivante, je lui rappelle qu'il a pu évoquer spontanément sous hypnose un souvenir de l'ordre du plaisir, il en mentionne alors d'autres, essentiellement les jeux partagés avec ses copains. Il refuse l'hypnose « pour aujourd'hui ».

Quinze jours plus tard, Paul commence en me disant qu'il veut se débarrasser du petit garçon qui crie, il accepte l'hypnose. Après l'induction sur le même mode que précédemment, je lui propose de s'installer sur une colline, un jour de printemps ensoleillé, de s'asseoir dans l'herbe et de laisser le petit garçon s'asseoir en face de lui, de lui dire ses regrets, peut-être de le consoler et de lui dire au revoir, de le laisser s'éloigner tranquille sur la colline sous le soleil. Au retour, le patient me dit avoir bien vu le petit garçon s'éloigner et que c'était plutôt paisible mais qu'il a du mal à ne pas savoir où il va. Je me sens à nouveau mal à l'aise, j'ai l'impression de ne pas bien faire, je me sens « coincée » (c'est ainsi que je le note).

Lorsqu'arrive la séance suivante, quinze jours plus tard, j'ai eu la possibilité de présenter la problématique de Paul en supervision et j'ai bien entendu que j'attendais trop et trop vite des effets de l'hypnose... Dans ce contexte, je laisse ce jour-là le patient parler de la fin de l'histoire avec sa dernière amie, de son impossibilité à tourner la page, sur laquelle il s'interroge sans apporter de réponse. Il s'est fait arracher une dent la veille et se dit « shooté » par la codéine, ce qui n'est pas trop perceptible. Je lui demande ce qui lui manque le plus de la relation avec son amie, il me répond que c'est l'échange de paroles. Après un silence, je l'interroge sur la relation à sa mère. Il me dit qu'elle lui parlait mais « pour se donner l'image d'une bonne mère », qu'il avait l'impression qu'elle n'était pas vraiment intéressée. Je lui rappelle la dépression maternelle mais il dit alors être toujours en colère envers ses parents.

Une semaine plus tard, le patient reprend sa plainte et sa colère envers ses parents qui lui ont dit vouloir à nouveau me rencontrer. Il ne sait pas pourquoi mais il voudrait que j'accepte pour leur dire à quel point ils ont « fait des erreurs ». Je lui dis fermement mon refus car ce qui m'avait semblé juste il y a dix ans, les rencontrer, me paraît aujourd'hui infondé. Je lui rappelle qu'aujourd'hui ils n'ont plus de pouvoir sur lui que dans son esprit, et que l'on peut plutôt continuer à interroger ce qu'il a fait de leurs « erreurs ». Son visage est plutôt fermé et il ne dit mot.

La semaine suivante, Paul a rendez-vous à 14h15, il arrive à 14h40 croyant avoir rendez-vous à 15h. Je l'interroge sur ce « loupé », il dit n'avoir pas vérifié et qu'auparavant il venait pour 15h ... Je décide de déborder sur le temps imparti car j'ai en tête un autre type de travail par l'hypnose. Je viens de terminer la lecture de Roustang, j'essaie de tendre vers la posture du « ne rien attendre » du thérapeute et il m'a été renvoyé en supervision qu'un travail focalisé sur le corps pourrait être intéressant. Après l'induction « habituelle », j'invite le patient à se centrer sur ce qu'il peut ressentir dans son corps, sur sa respiration, les battements de son cœur, d'éventuelles tensions ici ou là, sur la détente qui peut se faire dans son ventre (il se plaint souvent de douleurs abdominales). Au retour il me dit être bien « parti » mais n'avoir ressenti que sa respiration, à quoi je lui renvoie que c'est déjà bien. Il a eu beaucoup de clignements d'yeux durant le travail, je me demande s'il s'agissait d'une transe plus légère ou d'autre chose qui se passait en Paul. De mon côté, je me sens détendue, j'étais paisible durant l'exercice.

La dernière séance présentée dans ce mémoire avec ce patient a lieu mi-mai, un matin avant qu'il n'aille travailler et il sort de la salle de musculation. Il me dit que son sommeil est meilleur car le psychiatre l'a amené à reprendre la dose de somnifère prescrite, dose que Paul avait réduite de lui-même car il supporte difficilement les effets secondaires d'endormissement le matin. Pour la première fois depuis que je le reçois, il ne se lance pas dans une plainte mais me dit qu'il n'a rien à dire. Je laisse un peu de silence puis je lui propose un travail en hypnose. Il accepte d'emblée. La veille en supervision, un intervenant nous avait mentionné l'exercice des limitations acquises, exercice qui me semblait intéressant pour un homme en colère contre ses parents et encore si englué dans les valeurs transmises par son père. Après une induction assez longue, le patient semble dans une transe assez profonde et je l'invite à faire le tri dans ce qu'on lui a transmis, à garder ou abandonner les éléments selon qu'ils conviennent ou pas. J'insiste sur ce qui peut-être ne correspond pas à l'époque actuelle, à ce qui vient des souffrances des transmetteurs et ne le concerne finalement pas. Et garder ce qui malgré tout a sa place aujourd'hui. Au retour il me dit, pour la première fois après l'hypnose, qu'il se sent bien mais qu'il n'a rien gardé. Je valide. Il affirme que de toute façon, il n'y a pas que la famille qui transmet mais aussi l'école, les copains et que l'on peut se passer de la famille. Je lui parle des études de Spitz sur les bébés en institution, il entend. Je ne sais plus comment, j'en arrive à lui évoquer l'importance de l'amour inconditionnel des parents et lui raconte comment un de mes patients supportait l'exigence catégorique d'avoir constamment la note minimale de dix-huit, il me répond avec

un sourire que pour lui c'était dix-sept. Il dit s'efforcer de faire différemment avec sa fille mais que ce n'est pas toujours facile. Durant tout cet échange post-hypnotique, il est assez souriant et détendu. Je lui demande son autorisation pour le mémoire et il accepte sans hésiter. Pour la première fois depuis que je le reçois (dix ans environ), il me dit merci sur le pas de la porte. Je me suis sentie tranquille durant toute la séance.

4.2 L'hypnothérapie avec Luc

Quand je commence l'hypnose avec Luc fin 2017, il est en train de réaliser son projet de passer son permis de conduire pour pouvoir intégrer une formation artisanale dans un domaine où il se montre déjà créatif. Il veut ainsi échapper aux transports en commun, dont la phobie demeure active pour lui. Ce qui a changé, c'est le rapport à son symptôme, puisqu'il en avait une grande honte et qu'il a pu récemment en parler à ses amis proches. Il avait, dans les derniers moments de notre travail, intégré son droit à être manquant comme tout humain.

Le patient obtient son code en septembre et commence ses premières leçons de conduite, il éprouve le besoin de prendre un anxiolytique avant chaque séquence de conduite. Mi-décembre, nous commençons l'hypnothérapie par un premier exercice de « lieu sûr » qui se déroule très bien. Il suit mes recommandations de faire régulièrement ce travail et cesse de prendre un médicament avant les leçons de conduite qui se déroulent pour autant sans anxiété, il lui substitue l'exercice du « lieu sûr », avec succès.

Fin décembre vont suivre deux séances d'hypnose où mon inexpérience va donner toute sa mesure. Dans la première, j'ai voulu amener Luc à effectuer l'exercice de réification du problème, il a choisi le train comme objet, j'ai appliqué la procédure et réduit ainsi différents critères du train et de l'ambiance du voyage. En janvier, une intervenante du DU m'expliquera mon erreur d'avoir accepté cet objet qui ne peut bien sûr en aucun cas changer. Luc avait néanmoins apprécié l'exercice mais vécu une attaque de panique en allant chercher, quelques jours après, les billets de train qui devaient l'emmener dans sa famille pour les fêtes de fin d'année, à un point tel qu'il avait renoncé à partir. Lors de la dernière séance de l'année, il me fait le récit de cet événement et me dit « j'étais comme un animal qui ne pensait qu'à s'enfuir ». Seconde erreur de débutante, je lui demande ce que serait cet animal, il me répond « mon chat Georges » et je me lance à le mettre en transe et à lui raconter une sorte de conte assez niais dans lequel un chat a peur d'un chien puis s'aperçoit qu'il est inoffensif et

revient sur les genoux de son maître. Luc a peu de réactions et semble peu convaincu, ce que l'on peut comprendre...

En janvier, les deux premières séances sont consacrées à la relation à son amie qui se replie lors des conflits, ce qui ramène Luc à sa mère, qui pouvait ne pas dire mot pendant une semaine ni à son mari, ni à ses enfants. Le patient souffre de l'attitude de sa compagne, il déploie beaucoup d'énergie à l'amener à lui parler à nouveau, avec succès d'ailleurs. Il n'a pas encore osé lui parler de ses phobies. Fin janvier je lui propose un exercice d'hypnose, un apprentissage réussi, j'ai lu que l'abord des phobies pouvait se faire par un travail sur la confiance en soi (Prévoit-Stimec, 2017). Après une induction centrée sur la respiration, il est comme à l'habitude dans une transe assez profonde, facilement, nous réalisons l'apprentissage de la marche, comme il l'a choisi. Au retour il dit se sentir bien, que ça s'est bien passé. Il a pour projet d'enchaîner seul l'exercice du lieu sûr avec un exercice de méditation qu'il pratique, « le palais intérieur », à visée de mémoration, et d'installer une porte qui irait vers l'exercice d'apprentissage de la marche.

Les trois premières séances de février vont être centrées sur la grossesse de son amie, la décision à prendre puis l'IVG elle-même. Il dit avoir envie d'avoir des enfants (il m'avait dit le contraire au début du suivi) mais ne pas se sentir prêt à être père du fait de sa situation professionnelle et de ses phobies, phobies qu'il aurait peur de transmettre à son enfant. En outre, il se croyait stérile car il avait eu des rapports sans préservatif avec des filles sans contraception, et parfois dans la durée. Luc a été très présent et soutenant avec son amie, il lui a laissé le choix ultime avec la promesse qu'il ferait de son mieux si elle gardait l'enfant. Après la réalisation de l'IVG, il m'a dit « être triste de ne pas être papa ». La semaine suivante il se plaint d'avoir mal aux épaules, je lui propose un travail d'hypnose et nous réalisons sans difficulté l'exercice du « sac à dos », après une induction centrée sur la chaleur et la détente dans les épaules. Au retour il me dit avoir un peu moins mal, il a gardé certains objets dans le sac à dos.

En mars Luc est plus anxieux, il reprend un anxiolytique avant de conduire, il s'agit maintenant de séquences de deux heures et il a peur de ne pas supporter. De plus, il n'arrive pas à faire la démarche de s'inscrire à la formation qu'il envisage. Je me suis souvenue des propos de notre premier intervenant du DU sur la nécessité de confronter, en transe, le sujet à son angoisse et je propose à Luc de refaire sous hypnose le trajet en train durant lequel il a présenté sa première crise d'angoisse. Après l'induction et l'établissement d'une transe

suffisante (le relâchement musculaire est toujours perceptible chez ce sujet, soit dans un certain affaissement du haut du corps, soit dans une posture de sa tête penchée sur un côté), je l'invite à me parler de ce qui s'est passé lors de ce voyage. Il raconte le train, « un vieux train sale et pourri », presque vide, et les divers symptômes qu'il a ressentis : tachycardie « comme si mon cœur allait exploser », respiration rapide, la nausée, les mains glacées et la peur de mourir. Il parle d'une voix calme, avec ce débit particulier des sujets en transe. J'insiste sur le fait qu'il est à la fois imaginairement dans le train mais aussi dans la sécurité du fauteuil qui le tient. Au retour il me dit avoir ressenti un début des manifestations physiques d'angoisse. Je réinstalle l'état de transe et lui propose l'exercice qui consiste à éloigner sur l'expiration un objet représentant le problème à une distance convenable pour lui. Au retour il me dit qu'il se sent bien.

A la séance suivante, fin mars, le patient exprime avoir apprécié les derniers exercices, que ça l'a aidé en voiture, qu'il se disait pouvoir être dans la voiture et dans le fauteuil où il vit les sessions d'hypnose. Ce jour-là il parle à nouveau de la relation à son amie et à sa mère, de sa souffrance face à leurs silences. Il raconte un souvenir dans lequel, vers huit ans, sa mère lui avait confié dans le métro un sac qu'il a oublié à la descente. S'en est suivie une des colères « froides » et muettes de sa mère et en lui, un grand sentiment de culpabilité. Je prends la parole pour un recadrage, lui montrant la responsabilité de sa mère envers un enfant de son âge, l'exagération de la colère compte tenu de l'évènement et en évoquant une probable colère de sa mère envers elle-même, Luc est tout à fait réceptif à mes propos.

Début avril il dit aller bien et demande à faire un exercice d'hypnose. Je lui propose de reprendre le dernier effectué en l'invitant à partager avec moi ses ressentis corporels, ce qu'il n'avait pas fait précédemment. Après l'induction, il se remet en situation de sa première crise d'angoisse dans le train, sous hypnose il dit sentir son cœur qui commence à battre trop vite, sa respiration qui s'accélère. Je lui parle alors de sa respiration qui s'apaise, de son cœur qui ralentit doucement, de la sécurité dans laquelle il est, ici et maintenant, de son sentiment d'être vivant, paisible dans son fauteuil et l'invite à choisir un ancrage pour retrouver plus facilement cet état. Au retour il dit se sentir bien et se met à parler d'un « sentiment de solitude, d'être délaissé », affects ressentis lorsqu'il était avec son amie de l'époque de sa première crise d'angoisse. Il associe sur le ressenti éprouvé le soir, en rentrant de l'école, il était à la maison avec sa sœur et parfois une baby-sitter, le même ressenti d'angoisse et de solitude. Sans y réfléchir je lui parle du sentiment de continuité de soi, il dit que cette expression lui convient et qu'il évite les ruptures.

A la séance suivante il se plaint d'être enrhumé, il a eu un « coup de stress » en voiture mais a repensé au fauteuil dans mon bureau et ça l'a calmé. Je pense qu'on pourrait encore travailler la confiance en soi et lui propose l'exercice de Becchio où l'on fait une boule /problème après avoir moissonné le champ/problème et où l'on convoque trois animaux pour choisir un animal totem. Luc est content de l'exercice, il me dit avoir choisi un lièvre et se sentir moins enrhumé...

Toujours en avril, le patient arrive assez abattu, il « déprime » car son amie arrête de fumer et ils se disputent beaucoup. Il est en outre dans l'inquiétude quant à son permis. Il reprend donc sa plainte habituelle et sans y réfléchir, il me vient de m'arracher et de l'arracher à cette plainte avec un exercice dont j'ai un souvenir assez flou, les mains de Rossi. Après l'induction, je propose à ses mains l'une après l'autre d'avoir peut-être l'envie de se lever des accoudoirs et de se rejoindre paume contre paume. Luc exécute le mouvement et je commente alors assez longuement comment il peut sentir l'énergie circuler d'un côté à l'autre de son corps, la sensation d'harmonie qu'il peut éprouver. Le retour est perturbé par mon téléphone, je réponds à un médecin sans arriver à lui donner les éléments que j'ai sous les yeux et je prends conscience d'à quel point j'étais moi-même dans la transe. Luc revient pour ainsi dire tout seul, il est souriant et me dit qu'il se sent beaucoup mieux.

La semaine suivante le patient dit aller bien, il a oublié ce qu'était l'exercice de la semaine précédente mais il se souvient du bien-être ressenti après, il demande à le refaire. Nous reprenons donc le même exercice avec une insistance sur ce qui se passe dans son corps, à écouter, à laisser faire. Luc me semble dans une transe assez profonde, il n'a pas cillé alors qu'un bruit important est survenu dans le couloir. Au retour il dit apprécier beaucoup, qu'il a l'impression d'aller mieux depuis le début du travail en hypnose, qu'il se sent plus posé et qu'il parle plus facilement dans le cadre du suivi. Je lui demande son accord pour mon mémoire, il accepte sans hésiter.

En mai, la première séance est consacrée à la relation avec son amie, à leur jalousie réciproque qui provoque des conflits qui font souffrir Luc. Je l'invite à lui parler de ce qu'il ressent plutôt que de lui faire des reproches ou de vouloir savoir ce qu'elle ressent.

La semaine suivante est la dernière avant l'examen du permis. Le patient me dit qu'il n'est pas inquiet mais qu'il dort mal, avec un sommeil haché. Il est tombé dans les escaliers de la maison et s'est fait mal à un coude mais son bras fonctionne normalement, il a malgré tout pris rendez-vous chez son médecin. Il me vient de lui proposer l'exercice de la salle des

machines pour l'aider à mieux gérer son anxiété. Sous hypnose, Luc ajuste le niveau de ses battements cardiaques, de sa respiration et de tout autre chose qui lui semble utile. Au retour il me dit « il est bien aussi celui-là », je l'invite à le refaire seul.

La dernière séance que nous relaterons dans ce mémoire sera consacrée au « débriefing » de l'examen du permis, où il a échoué. Dès son entrée dans la voiture, il a été déstabilisé par la froideur de l'examineur qui n'a pas répondu à son bonjour, et par la présence d'une monitrice accompagnante qu'il n'apprécie pas du fait de sa rudesse relationnelle. Il n'a pas fait d'erreurs importantes mais a manqué d'assurance. Il dit avoir été pris dans ses pensées anticipatrices de ce qu'il avait à faire et avoir conduit avec beaucoup moins d'aisance que lors des leçons. Luc avait fait beaucoup d'auto-hypnose les jours précédant l'examen mais n'avait pas mobilisé l'ancrage de son lieu sûr dans la situation, comme il le faisait habituellement avant les leçons. Il est assez triste et déçu, nous dédramatisons cet échec tellement répandu chez les candidats au permis de conduire. Je ne sais pas dans l'instant quoi lui proposer en matière d'hypnose, je lui dis qu'après mes congés et avant sa prochaine épreuve, nous travaillerons sa sensibilité à l'attitude de l'examineur.

5. Discussion

5.1 Rappel du contexte et du choix des patients

Travailler dans le champ de la psychiatrie adulte amène à rencontrer des patients aux problématiques complexes et pesantes, y compris en CMP. Nombre d'entre eux associent des difficultés liées à leur structure humaine (l'Œdipe et la castration, la jalousie archaïque, l'identité sexuelle, la mort) à des souffrances réactionnelles au contexte délétère de leur histoire familiale ou à des traumatismes. A mes yeux, une thérapie doit tenir sur ces deux dimensions pour aboutir à des changements réels et durables dans la vie de ces sujets : développer leur capacité à aimer et travailler (dans une perspective très freudienne), ou du moins à être en lien avec les autres et actifs dans le monde (tous mes patients ne peuvent pas avoir un travail salarié, notamment parmi les psychotiques). Récemment j'ai découvert dans la perspective de Roustang (2015), sa conception d'un changement en thérapie comme modification de tous nos liens, conception qui l'amène à réfuter le terme de psychothérapie au profit de celui de thérapie, plus global.

Dans le contexte contraint de mon travail, nombreuses sont bien sûr les impasses. J'ai choisi pour ce mémoire deux sujets plus ou moins dans cette situation d'impasse. Ils ont en commun des éléments structurels, comme leur organisation psychique avec une dimension obsessionnelle prégnante (le contrôle, la place de la question de la mort) ou encore leur jalousie, mais aussi leur identité sexuelle. Ils partagent aussi un vécu difficile dans leur histoire familiale avec des parents en souffrance. En revanche, si Paul est « en panne » dans sa vie amoureuse, Luc est lui empêché dans son intégration professionnelle mais quoi qu'il en soit les deux patients se présentent en quelque sorte figés dans leur mouvement vers l'autre, dans le travail ou dans la relation amoureuse, par leurs symptômes. Les deux patients ont en commun de susciter ou d'avoir suscité mon inquiétude, Luc dans une moindre mesure mais surtout Paul quant à son projet suicidaire. Même si l'expérience m'a appris à repérer chez Paul un certain souci quant à sa santé, comme vis-à-vis de sa consommation de cigarettes, souci contradictoire avec son envie de mourir, cette expérience m'a hélas amenée à voir aboutir le projet suicidaire d'autres patients.

La thérapie elle aussi est comme figée, ces sujets intelligents pourraient dire la formule proposée par Roustang « j'ai tout compris, rien n'a changé » (Roustang, Ibid., p.14). Ils illustrent la vanité du paradigme du « pourquoi » (le symptôme) dans la psychothérapie et font partie de ceux qui m'ont amenée à chercher un autre paradigme, celui du comment changer, c'est ainsi que je me suis tournée vers l'hypnose, effectuant moi-même un premier déplacement.

Pour rappel, j'ai choisi de centrer ce travail sur la relation thérapeutique et les éventuels changements apportés par l'introduction de l'hypnothérapie. Je vais dans un premier temps caractériser la relation avant l'hypnose pour tenter ensuite d'objectiver une possible évolution.

5.2 La relation thérapeutique avant l'hypnose

Si l'on s'intéresse d'abord à Paul, quels éléments peut-on retenir quant à la relation thérapeutique initiale ? Côté transfert bien peu de manifestations patentes, je ne suis pas arrivée à déterminer quelle place imaginaire j'occupais pour lui. Au tout début de nos rencontres, il était avant tout dans l'agressivité avec les autres, allant même jusqu'à de petits passages à l'acte (altercation avec des automobilistes au moins une fois jusqu'aux coups) puis il s'est installé dans la plainte/colère concernant ses parents ou lui-même. Il n'a jamais vraiment manifesté de tels éléments vis-à-vis de moi, tout au plus un usage systématique du « mais » après chaque construction que je lui proposais, dans mes tentatives d'ouverture. Paul

semblait avoir le goût de la controverse, ce point fait écho à ce que qu'il m'a dit de sa relation à son père au début de son âge adulte. Ils avaient de longues discussions où le patient ne cédait rien et il aimait ces conversations. Il a une fois fait une sorte de lapsus en nommant nos entretiens des conversations, ce que je lui ai fait remarquer sans qu'il s'en saisisse. On peut malgré tout garder cette hypothèse d'un transfert ambivalent côté paternel, avec une dimension d'agressivité bien peu exprimée. La figure maternelle était peu présente dans son discours, ce que je lui avais fait observer, il en avait convenu sans en dire plus, l'absence d'expression d'affects envers elle était surprenante.

Patient très ponctuel et régulier dans ses venues aux rendez-vous, il avait à la fin des séances l'habitude de repousser sa chaise contre le bureau (alors qu'à son arrivée elle en était éloignée) de manière systématique. J'ai fini par l'interroger sur cet acte, il n'a rien répondu. J'en suis venue à lui interpréter cet acte comme un souhait d'être le seul patient que je recevais, sans succès puisque Paul n'en a rien dit et par la suite s'est efforcé de laisser la chaise à la place attendue, en commentant « sinon vous allez dire je ne sais quoi » avec un sourire. Il est difficile, dans ce registre non verbal, d'évaluer le sens de cet acte, peut-être étais-je dans l'erreur. Le transfert était établi mais il n'a donc pas pu être analysé, il en est le plus souvent ainsi dans ma pratique où fait peut-être défaut le maniement du prix des séances et d'autres éléments du cadre. Quant à mon contre-transfert, il avait d'abord été envahi par l'inquiétude quant au risque suicidaire pour ce patient, s'en est suivi un temps où je prenais un certain plaisir dans le travail avec Paul avant que ne s'installe une forme d'ennui vers la fin des neuf premières années.

Du point de vue de l'alliance thérapeutique, on peut considérer que Paul s'est engagé dans le « partenariat » en souscrivant « aux buts » et « aux tâches du traitement » (Bordin, 1979, cité par De Roten, 2011, p.6), puisqu'il vient régulièrement et parle. C'est ainsi sans doute que se manifeste le lien affectif. Pourtant, si le moteur de l'alliance est le désir du patient de surmonter sa maladie (Greenson, 2011 cité par Petot), cette dimension est très empreinte d'ambivalence chez des sujets comme Paul.

Quant à Luc, il n'est guère plus aisé de situer la place que j'occupe pour lui dans le transfert. Toutefois un élément est à retenir, son souci de me satisfaire en parlant et son regret, certains jours, de ne pas pouvoir le faire, quand le silence s'installe et malgré mes réassurances. Satisfaire les autres est une posture fondamentale chez ce sujet, il s'y est installé dans la relation à sa mère, jouant sa partie dans un jeu qu'elle avait initié par la place de phallus qu'il

occupait pour elle. Ce point a pu être travaillé avec lui et il a un peu renoncé à cette pente dans ses relations en général, moins dans le cadre de nos entretiens. Il a gardé son habitude d'oublier nos rendez-vous ou d'arriver en retard durant tout ce premier temps de travail, malgré mes interrogations sur ces agirs, ou mes interprétations sur la difficulté à venir parfois et à parler de certains points. Façon peut-être pour lui d'échapper à la pression qu'il se mettait de produire assez de discours en supprimant ou en réduisant le temps de sa séance. Pas de contestation manifeste de mes constructions chez ce patient mais j'avais parfois l'impression qu'il n'osait pas le faire et le lui disais, sans effet. Mon contre-transfert était assez serein, je faisais mon travail au mieux sans grande inquiétude pour ce jeune sujet qui me semblait plein de ressources, notamment quant à sa créativité. Durant la dernière période avant l'hypnose, j'étais un peu découragée face à l'impossibilité de Luc de faire le pas d'une entrée en formation.

L'alliance thérapeutique montrait Luc dans un grand souci de guérir, du moins dans ses déclarations, l'ambivalence n'était patente que dans ses actes, irrégularité de sa présence aux séances et inhibition à se mettre en route sur la voie de la formation. La dimension de collaboration ne manquait pas dans notre travail, et nous pouvions partager des éclats de rire. Comme Paul, mais de façon moins systématique, Luc repousse la chaise à la fin des entretiens, il ne m'est pas venu de lui en parler. Ce sont les deux seuls patients que j'ai jamais vus agir ainsi.

5.3 L'introduction de l'hypnose et ses effets

5.3.1 La modification du cadre

Par l'introduction de l'hypnose, le cadre thérapeutique a été modifié concrètement, non sans conséquences sur la relation. Auparavant j'écoutais les patients derrière mon bureau, avec deux chaises me faisant face, le patient choisissant sa place. Les hasards institutionnels avaient amené, quelques mois avant mon entrée en formation d'hypnose, dans le bureau que j'utilise à mi-temps au CMP, un petit fauteuil adossé au mur sur ma droite et j'avais d'emblée pensé qu'il serait dédié au travail d'hypnose. Il permet au patient d'appuyer sa tête contre le mur et surtout je peux en tournant mon propre fauteuil être face à lui sans l'obstacle du bureau entre nous. La séance commence ainsi toujours avec un patient assis derrière le bureau et qui doit se lever pour changer de place au moment du travail d'hypnose quand il a lieu, les échanges post-hypnotiques se font dans ces mêmes places puis le patient revient s'asseoir en face de moi derrière le bureau pour la prise du rendez-vous suivant, qui n'est pas toujours

possible aux mêmes jours et heures. J'ai également instauré un rituel de mise en silence des téléphones portables, celui du sujet mais aussi le mien s'il ne l'est pas déjà.

Ni Paul, ni Luc n'ont fait de commentaires sur ce changement de place induit par le travail en hypnose, ils effectuent rapidement le mouvement, sans que leurs corps ne témoignent d'une hésitation. Mon propre ressenti a été modifié en termes d'intimité, de proximité non seulement physique mais aussi psychique, comme si en tournant mon propre fauteuil je me mettais dans une posture d'une plus grande réceptivité, d'une empathie et d'une disponibilité accrues, ressenti exacerbé sans doute par le partage de la transe.

Le cadre temporel des séances n'a pas été modifié, la contrainte institutionnelle m'amenant à une durée de quarante-cinq minutes, le travail hypnotique en lui-même dure entre quinze et vingt-cinq minutes.

De même la fréquence de nos rencontres reste la même, à un rythme hebdomadaire stable avec Luc et pour ce qui concerne Paul, la plupart du temps en quinzaine compte tenu de son indisponibilité quand il a la garde de sa fille.

5.3.2 Quels changements dans la relation thérapeutique côté patients ?

Des changements assez limités. Il faut prendre en compte les effets de ma posture d'apprentie et la durée de seulement quelques mois du travail hypnotique. Ne pas oublier non plus la variable des problématiques lourdes de ces patients, la différence des exercices proposés à l'un et l'autre, et leur expression très restreinte sur la relation.

Pour autant, on peut faire un premier constat interrogeant. Alors que Luc avait été demandeur d'hypnose, alors qu'il peut réitérer cette demande au fil des séances, je constate finalement qu'il demeure dans ce même fonctionnement repéré dans le transfert : me satisfaire. En me disant à plusieurs reprises combien il apprécie les exercices, en me proposant un bilan positif du travail, en répondant favorablement et avec enthousiasme à ma demande pour le mémoire, allant même jusqu'à me proposer de signer un écrit que je ne sollicite pas. Je ne doute pas de la sincérité du sujet et j'accrédite son évolution, du moins dans sa plus grande capacité à prendre la parole dans nos entretiens, l'échec au permis ne me semble pas un point significatif, mais force est de constater le maintien de ce souci de me satisfaire par ses déclarations. Ni le travail antérieur sur ce point, ni l'introduction de l'hypnose, ne l'ont, pour le moment du moins, fait évoluer. Sans doute cela demeurera chez lui et ce n'est d'ailleurs pas

forcément problématique, s'il continue à avancer plus globalement dans ses relations aux autres.

Dans un registre non verbal, on peut constater deux changements chez ce patient. Il ne rate plus de séance et il est ponctuel, on peut supposer que l'introduction de l'hypnose a malgré tout réduit la pression qu'il se mettait à vouloir parler pour me satisfaire, puisque le travail hypnotique lui économise un peu de cette prise de parole. Enfin, Luc n'a plus jamais remis la chaise en place à la fin des séances. Je ferai cette hypothèse un peu audacieuse et non vérifiable, de ce que le travail de la transe, dans l'intimité et la régression qu'elle génère comme Zindel (2011) et d'autres l'affirment, vient peut-être instaurer, dans l'ici et maintenant, un nouvel éprouvé pour ce sujet. Il s'agirait d'un vécu de sécurité et d'attention de l'autre, de trouver/retrouver le maternel archaïque dans la fusion inhérente à la transe. Peut-être d'avoir ainsi ressenti dans son corps l'expérience d'être un temps tenu, permet-il à Luc de pouvoir laisser la place à d'autres patients avec moins d'angoisse.

Quant à Paul, pas de grand bouleversement non plus dans la relation thérapeutique. Néanmoins il faut mentionner certains points. D'abord rappeler que Paul n'avait pas de demande d'hypnothérapie me concernant. Il savait que j'étais en formation lorsque nous avons commencé et m'avait interrogée sur ma capacité à pratiquer déjà. Je lui avais dit les incitations des intervenants d'un début immédiat. En outre il gardait un mauvais souvenir de son essai auprès d'une hypnothérapeute bien plus expérimentée que moi, j'avais alors mis en avant la longue antériorité de notre travail. Rappelons également que le patient, par l'introduction de l'hypnose, se retrouvait frustré de nos échanges, échanges qu'il appréciait et qui le ramenaient aux joutes oratoires avec son père, figure qui semblait m'être dévolue dans un transfert ambivalent. Cette frustration peut éclairer les réticences de Paul à l'hypnose et ce d'autant plus qu'il se retrouvait ainsi arrêté dans le déroulement de sa plainte répétitive et même amené à courir le risque d'un changement.

Plusieurs nouveautés sont apparues dans son fonctionnement relationnel : il s'est mis en colère après l'exercice du lieu sûr (même s'il a nié par la suite cette colère) et il a manqué deux séances sans me prévenir. Il est à noter que Paul m'a parlé de son poids pour la première fois, alors que j'avais inclus dans l'induction les dimensions de lourdeur, de pesanteur, illustration d'une co-construction émergente avec ce sujet. Un autre élément est d'ordre non langagier, dans un mouvement inverse de celui de Luc, Paul s'autorise à s'absenter. On peut se demander si pour Paul également l'expérience de la transe n'a pas installé une plus grande

sécurité dans la relation, lui permettant un mouvement de prise de distance (par la colère exprimée et par l'absence). Autre élément nouveau : les dernières séances de travail hypnotique avec ce patient l'ont fait apparaître dans l'acceptation de ce type de travail, il est même allé jusqu'à se taire lors de notre dernière rencontre, ne cherchant pas à occuper l'espace verbal par sa plainte. Retenons encore un autre élément nouveau, Paul m'a dit merci sur le pas de la porte. J'en ai été si surprise qu'il ne m'est pas venu la question du pourquoi merci, et sans doute est-ce mieux ainsi. Enfin il est étonnant que Paul, à l'instar de Luc, a totalement cessé de repousser la chaise à la fin de la séance, qu'elle soit avec ou sans hypnose. Ce détail est d'importance car on aurait pu attribuer à l'effet de la transe, dans un relâchement du contrôle, l'oubli de ce geste rituel. Peut-être s'agit-il là, comme pour Luc, d'une plus grande sécurité du cadre avec l'expérience de la transe, sécurité permettant de laisser la place à un autre à la fin de la séance.

Chez de tels patients, au fonctionnement rigide et figé, des changements même limités comme ceux que je viens d'évoquer, ne peuvent pas être considérés comme négligeables mais semblent bien aller dans le sens d'un effet du travail hypnotique sur la relation thérapeutique. Pour Paul comme pour Luc, on semble bien assister à un développement de l'alliance thérapeutique, tandis que les effets du transfert seraient diminués. Pour nombre de mes patients les figures du passé n'ont pas été « bienveillantes et attentionnées », le transfert, dans la répétition de l'éprouvé relationnel délétère, peut alors être plus empêchement que « moteur ».

Il n'est pas possible d'explicitier plus les mobiles et les processus de ce changement, sauf à envisager la perspective de la thérapeute, ce que nous allons effectuer maintenant.

5.3.3 Quels changements dans la relation thérapeutique côté thérapeute ?

J'ai défini plus haut mon écoute des patients comme alliant empathie, co-construction, sans oublier pour autant les phénomènes transférentiels. Dans un premier temps de pratique de l'hypnose, j'ai eu l'impression d'un accroissement de l'empathie, m'éprouvant vraiment centrée sur le sujet, dans une abolition de mes perceptions autres que sa respiration, les mouvements de son visage, de son corps, de sa parole le cas échéant. Bioy considère l'empathie « comme un lien viscéral où l'on se met en disposition de ressentir le monde interne de l'autre en soi, « comme si » il s'agissait du sien » (Bioy, 2017, p.88). Il m'avait déjà été donné de vivre sur un mode proche la relation thérapeutique, dans ma pratique antérieure à l'hypnose, avec un court-circuit total de mes pensées, de mon propre monde,

allant jusqu'à une sorte d'oubli de ma personne et m'étonnant de la retrouver à la fin du travail. Cela arrivait dans des moments très intenses du suivi mais je restais alors centrée sur les paroles du patient et leur sens. Dans la situation de l'hypnose, durant la transe, cet état était présent systématiquement, à l'exception de certaines séances avec Paul, où j'ai été envahie par des pensées de doute, de critique du travail en train de se faire. Il s'agissait d'un moment particulier où j'étais fatiguée par l'hyperthermie et où j'avais été bousculée lors d'un exercice m'ayant ramenée à un souvenir douloureux, de façon inattendue. Je postulerais volontiers d'une exacerbation de la pulsion de mort en moi à ce moment. Roustang indique « si le thérapeute n'est pas vivant, s'il se contente d'être un vivant qui n'est plus qu'un mort en sursis, s'il ne redouble pas sans arrêt son existence d'être vivant par le plaisir et l'abondance de l'être, s'il n'éprouve pas le plus haut de sa joie à relancer pour un autre le mouvement de la vie, que pourrait-il pour susciter l'étonnement de se mouvoir ? » (Roustang, 2015, p.401). Dans la même page, l'auteur exprime la nécessité d'un thérapeute qui ne pense à rien. Mon expérience négative à certains moments avec Paul m'amène à saisir les propos de cet auteur dans toute leur acuité.

Je mentionnerai un autre auteur, Le Pelletier-Beaufond, qui invite elle aussi à « stopper les bavardages de sa pensée » (2017, p.27), il s'agit, par la « déparole », celle qui provoque la confusion et induit la transe, d'amener le patient au corps. Proximité de conception avec Roustang : « une déparole qui vise à faire perdre aux mots toute signification » (Ibid, p.346).

Les processus relationnels en jeu dans la transe me demeurent, après ces quelques mois de pratique, de cours et de lectures, difficiles à caractériser dans mon éprouvé. Que se passe-t-il dans cet état de mon côté ? Que se passe-t-il entre le patient et moi ? Collot insiste sur le lien affectif intense dans la transe, sur la place de l'émotion et l'importance « des processus infralangagiers » (Collot, 2011, p.95), Zindel (1996) souligne l'importance de l'implication archaïque dans l'hypnose et de l'actualisation du préverbal, Bioy avance la notion d' « une dimension relationnelle particulière, intersubjective » dans l'hypnose (Bioy, 2017-B, p.91). Quant à Roustang, il réfute la relation au bénéfice de la présence (cité par Bioy, Ibid., p.93). Même si ce n'est pas toujours évoqué par les auteurs, j'ai l'impression dans ma propre transe d'une activation des processus primaires, quand cela se passe bien, d'une porte s'ouvrant sur mon propre inconscient, ou peut-être serait-il plus juste de dire sur mon préconscient. Difficile de trancher, quoi qu'il en soit, le conscient doit être mis en veille, sous peine d'une perturbation du travail par les pensées.

Plus généralement dans le travail hypnotique avec ces deux patients, avant la proposition de ce travail et la mise en transe, j'avais éprouvé l'impression d'avoir à « m'arracher » et à les « arracher » à la répétition de leur plainte. J'avais en tête l'image d'un hamster qui tourne sans fin dans la roue de sa cage, ou plutôt de deux hamsters dans deux cages, le patient et moi-même. Sans doute cela fut-il plus fréquent face à Paul. Cette répétition me semble participer d'une mise en œuvre de la pulsion de mort en eux et aussi en moi. Or, pour Zindel, la relation dans la transe renvoie à la relation mère-enfant des premiers temps, une mère « pas trop abstinente » (Zindel, 2011, p.191), dimension que je comprends comme étant celle d'une mère dans la tendresse mais aussi dans la séduction, en référence à la séduction originaire de Laplanche. La dimension d'érotisation dans la relation hypnotique a été souvent évoquée. Mon éprouvé dans l'induction, en nommant le corps du sujet, ses différentes parties, le fait d'être centrée sur son corps durant la transe, m'évoque quelque chose de cet ordre. Sans doute suis-je influencée par des années d'une pratique centrée sur la parole, où le corps était exclu. Zindel insiste d'ailleurs sur l'importance d'une intégration solide par le thérapeute de la nécessité de l'abstinence, ce qui me semble installé au vu de la durée de mon expérience de thérapeute. Pour aller au bout de mon questionnement, je me demande si la transe hypnotique, par sa dimension d'érotisation, ne viendrait pas réduire les effets de la pulsion de mort (la répétition infinie de la plainte), ou du moins favoriser l'intrication pulsionnelle chez des sujets comme Paul. C'est peut-être dire, en termes métapsychologiques, donc moins poétiques, l'importance d'être vivant pour le thérapeute, selon Roustang.

Lutz caractérise la relation en hypnose comme un lien « d'une extrême proximité affective et sensorielle » (2011, p.213). Selon elle, les mots ne suffisent pas, « c'est l'intonation modulée, soudainement différente, qui amène la relation sur un autre mode » (Id.). Elle propose la notion d'alliance primordiale, avec la constitution d'un « corps intersubjectif temporaire » (Id.). Cette dimension du sensoriel, avec la voix, me semble proche de la dimension maternelle proposée par Zindel, qu'il s'agisse d'un thérapeute féminin ou masculin. Lutz parle aussi d'une enveloppe sonore qui serait un étayage narcissique, calmerait l'angoisse « en rétablissant la perception d'une continuité dans le sentiment de soi » (Id.), ce qui m'évoque Luc, et d'autres patients qui traversent des éprouvés fréquents de rupture de leur être.

5.4 Question éthique

Si chaque thérapeute a, selon mes échanges avec de nombreux collègues, un point « d'insupportable » ou de « difficile à supporter », le mien concerne le risque de suicide

pour certains patients. C'est une problématique que j'ai souvent affrontée, travaillée, sans jamais vraiment m'en affranchir totalement, comme si face à chaque nouveau sujet suicidaire, le travail pour moi était à refaire. En quoi consiste ce travail ? C'est un cheminement pour accepter ce risque et mon impossibilité à empêcher le passage à l'acte létal, pour en arriver à partager cela avec le patient, à lui dire mon absence de pouvoir sur sa décision ultime, et lui dire aussi mon souhait d'œuvrer avec la part de lui, toujours présente, qui veut continuer à vivre. Car ce que m'ont appris les suicidaires, c'est leur ambivalence sur ce point, ainsi Paul, qui, dans les moments aigus s'inquiétait d'avoir perdu dix kilos aussi rapidement. Durant de nombreuses années, j'ai poursuivi un travail théorique et clinique avec des psychanalystes qui scandaient qu'il fallait « ne rien vouloir pour l'autre », même avec un sujet suicidaire. Leur énoncé se faisait dans une posture éthique psychanalytique tout à fait légitime à leur place, mais intenable dans l'institution hospitalière qui est mon lieu d'exercice. J'ai coutume de dire que l'on est « payé pour essayer (d'aider les patients) », plus élégamment, on peut rappeler que le statut de fonctionnaire comporte une obligation de moyens, si ce n'est de résultats. Toujours est-il que ce très ancien dilemme personnel a contribué à un certain éloignement de la psychanalyse, mais il s'est trouvé actualisé à la lecture de Roustang.

Si la plupart des indications de cet auteur, quant à la posture du thérapeute, me semblent accessibles, même au prix d'un travail personnel, comme faire taire le souci de comprendre, faire même « s'éteindre la pensée explicite » (Roustang, 2015, p.550), déparler ou encore tendre vers ou être dans la sérénité, c'est-à-dire ne pas partager la souffrance du patient (Ibid., p.605), il en est une autre qui me paraît inatteignable. Roustang énonce « ce qui nous passionne, c'est d'amener quelques-uns avec la plus grande lucidité et le plus grand courage possibles à décider de leur vie et de leur mort. Et il importe peu, pourquoi ne pas le dire crûment, que ce soit la mort qui soit décidée » (Ibid., p.570). Plus loin l'auteur incite à être dans l'impuissance en tant que « renoncement à tout pouvoir » (Ibid., p.578), au bénéfice du « rien-faire » et de l'attente. Roustang fournit un très bel exemple clinique des effets du « ne rien faire » et montre comment le travail effectué par une patiente dans la solitude lui permet et de résoudre le problème et de se détacher du thérapeute (Ibid., p.732), par une sorte d'acceptation de sa difficulté, le « jamais contre, d'abord ». C'est un processus que l'on peut observer, même dans un suivi classique, ce temps où le sujet accepte sa souffrance, ce qui la réduit sensiblement. Bien sûr dans le cadre de l'hypnose, s'ajoute la dimension d'apprentissage dans la transe de la capacité à s'en sortir seul, pour peu que le thérapeute soit lui aussi dans ce « ne rien faire ». Pour autant il s'agit dans l'exemple d'une problématique de

la patiente sans risque vital et la posture thérapeutique indiquée par Roustang me semble accessible. En revanche, si cette posture d'impuissance a fait partie de mon cheminement face au sujet suicidaire, si je l'ai même explicitée au patient, il ne m'est pas possible de suivre Roustang, sur la voie du « il importe peu, que ce soit la mort qui soit décidée ». L'expérience m'a également appris à ne pas forcément suivre à la lettre les préconisations des maîtres, à rester avant tout dans la clinique, au cas par cas, selon la responsabilité professionnelle qui est la mienne. En outre, bien des patients rencontrés après une tentative de suicide ont plus tard, au cours de la thérapie, choisi la vie.

Revault d'Allones, sur la question du dispositif clinique, constate « une part de méconnaissance : tout dispositif ne peut fonctionner qu'avec des zones aveugles, revers obligé de son efficacité. Tenter de les connaître, de les évaluer, de les faire reculer le plus possible : asymptote ici aussi... et qui rencontre vite ses limites » (1989, p.32). Ce texte, lu il y a bien des années, est resté pour moi une sorte de boussole éthique. Il me semble que le mieux que l'on puisse offrir aux patients c'est de travailler sur les zones aveugles, non seulement celles du dispositif, mais aussi celles du thérapeute, même si ce travail ne sera jamais achevé.

6. Pour conclure

Le travail soutenu de ce mémoire m'a permis d'approfondir cette question de la relation thérapeutique, de son évolution avec l'introduction de l'hypnose. Également j'ai pu développer ma compréhension de la problématique complexe de deux patients, ce qui j'espère m'aidera à les aider. Malgré leur discrétion, des changements sont repérables lorsqu'on introduit au décours d'une psychothérapie classique, le travail hypnotique. Cela me semble après-coup inévitable puisqu'il s'agit alors de mettre en jeu les corps, de retrouver comme l'indique Roustang l'unité corps-esprit par le geste, en passant d'une psychothérapie à une thérapie, dans un engagement du corps du thérapeute qui précède celui du patient. Mes observations sont limitées par le nombre et par la durée mais témoignent néanmoins des prémices d'un mouvement pour les sujets, mouvement dans le sens d'un plus de lien aux autres, déjà dans le cadre thérapeutique pour Paul et au-delà pour Luc.

Mais plus encore, ce mémoire est aussi le récit d'une transition personnelle, bien loin d'être achevée, entre un ancien paradigme de travail, dominé par la référence psychanalytique même assouplie et élargie quant au cadre, et un nouveau encore loin d'être assimilé. Transition, mutation, mue peut-être même, avec l'inquiétude et la joie inévitables dans tout mouvement,

dans tout changement. A la relecture je constate combien je m'accroche encore aux repères métapsychologiques tout en allant sur un tout autre chemin conceptuel, bien souvent plus poétique. Dans une sorte de hâte, je vais maintenant me lancer dans la lecture d'Erickson et d'autres pour poursuivre la mue.

Il me semble également important de m'inscrire dans un dispositif de supervision, c'est d'ailleurs un point de vue partagé par d'autres collègues et qui nous amènera à installer un dispositif groupal de supervision.

Et surtout continuer à pratiquer, car je reconnais y prendre plaisir de surcroit, et qu'importe si je ne sais pas caractériser ce plaisir, ne pas comprendre...

7. Bibliographie

- Bioy A. La relation inter-individuelle en hypnose clinique et sa dynamique thérapeutique. [Thèse de Doctorat en Psychologie]. Poitiers : Université de Poitiers UFR de Sciences Humaines et Arts ; 2005
- Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy* 2010 ; 49(4) : 317-326
- Bioy A. Relations et alliances. In : Bioy A, Servillat T (Eds). *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose*. Paris : Dunod ; 2017. p.61-78
- Bioy A. *L'hypnose*. Paris : PUF; 2017-B
- Bioy A. L'oubli de la dimension relationnelle en hypnose : quelles incidences? In : Collot E, (Ed). *L'alliance thérapeutique*. Paris: Dunod ; 2011. p.17-32
- Collot E. La transe comme forme d'alliance thérapeutique. In : Collot E, (Ed). *L'alliance thérapeutique*. Paris: Dunod ; 2011. p.93-106
- De Roten Y. L'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ? In : Collot E, (Ed). *L'alliance thérapeutique*. Paris: Dunod ; 2011. p.4-14
- De Roten Y. L'alliance thérapeutique, un processus de co-construction. In : Grossen M, Salazar-Orvig A, (Eds). *L'entretien clinique en pratiques - Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris: Belin ; 2006. p.111-126
- Freud S. (1890). Traitement psychique (traitement d'âme). In : *Résultats, idées, problèmes*. Paris : PUF ; 1984, tome 1. p.1-23
- Freud S. (1913). Le début du traitement. In : *La technique psychanalytique*. 10^{ème} ed. Paris : PUF ; 1992. p.80-105
- Gilet-Le Bon S. *L'hystérie*. Séminaire des sections cliniques. Dijon : 1995-96, non publié
- Greenleaf E. De la relation hypnotique à l'alliance thérapeutique : l'inconscient après Freud. In : Collot E, (Ed). *L'alliance thérapeutique*. Paris: Dunod ; 2011. p.146-158
- Hammond C, (Ed). *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : SATAS, coll. Le Germe; 2004
- Le Pelletier-Beaufond S. De parole en déparole : genèse d'une transformation. *Tranes* 2017; 1: 23-33
- Lutz B. Le lien hypnotique au théâtre du corps. In : Collot E, (Ed). *L'alliance thérapeutique*. Paris: Dunod ; 2011. p.203-218
- Petot J-M. Le transfert psychanalytique entre les illusions narcissiques du rapport magnétique et les réalités observables de l'alliance thérapeutique. In : Collot E, (Ed). *L'alliance thérapeutique*. Paris: Dunod ; 2011. p.119-141

Prévot-Stimec I. Hypnose et phobie. In: Bioy A, (Ed). 15 cas pratiques en hypnothérapie. Paris : Dunod ; 2017. p.258-272

Revault d'Allonnes C. La démarche clinique en sciences humaines. Documents, méthodes, problèmes. Paris : Dunod ; 1989

Rouam F. Empathie et transfert. In: Collot E, (Ed). L'alliance thérapeutique. Paris : Dunod; 2011. p.159-173

Roustang F. Jamais contre, d'abord. La présence d'un corps. Paris : Odile Jacob ; 2015

Zindel JP. How can hypnosis enrich psychoanalytic therapy and vice versa? Journal of Clinical. 1996; 24(1) : 59-64

Zindel P. La relation hypnotique, une symbiose thérapeutique. In : Collot E, (Ed). L'alliance thérapeutique. Paris : Dunod ; 2011. p.183-200

Résumé

Ce travail a pour objet les effets de l'introduction de l'hypnose, dans une psychothérapie psychodynamique, sur la relation thérapeutique. Il consiste en l'étude de deux patients, dans une pratique de psychologue à l'hôpital psychiatrique. Ces deux sujets se caractérisent par une problématique partagée d'enfermement dans le symptôme, malgré la compréhension intellectuelle de ses déterminants, dans le cadre d'un suivi de longue durée. Après une revue théorique abordant le transfert et l'alliance thérapeutique, en général et surtout dans l'hypnothérapie, sont mentionnés quelques repères des conceptions de Roustang sur la question.

S'en suit un exposé des cas cliniques, avant l'introduction de l'hypnothérapie et après. Le changement de paradigme thérapeutique semble apporter quelques modifications dans la relation, en termes d'accroissement de la sécurité du cadre et de développement du mouvement vers l'autre, côté patient, ainsi qu'une plus grande présence côté thérapeute. Ces effets se fonderaient chez le patient comme chez le thérapeute sur la mise en jeu du corps dans la transe et sur une alliance thérapeutique renforcée.

Mots-clefs

Hypnothérapie, psychothérapie psychodynamique, transfert, alliance thérapeutique