

Année universitaire 2019-2020

Hypnothérapie de l'enfant et l'adolescent

Approche du bégaiement

Benjamin Rousson

ENCADRANT : JB GUIMIER
SOUS LA DIRECTION D'A. BIOY

Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie



Mes sincères remerciements

- À M. Antoine Bioy pour m'avoir accepté dans cette formation et pour le temps qu'il consacrera à ce travail
- À M. Jean-Baptiste Guimier pour avoir accepté d'encadrer cette recherche
- A tous les intervenants du DU d'hypnothérapie pour leur transmission passionnée et leur partage d'expérience
- À Claire Le Meillour pour sa relecture et son regard clinique
- À la direction du Centre Médico-psycho-pédagogique pour avoir financé ma formation en hypnothérapie et m'avoir permis de me rendre disponible pour chaque session.
- À mes collègues Julie Durak et Julie Vantard qui m'ont écouté, soutenu et encouragé tout au long de cette année.
- À mes collègues et camarades de promotion 2019-2020 pour leur échanges, leur humour malgré une année tumultueuse
- Et enfin à ma compagne et ma famille pour leur soutien et leur amour inconditionnel.

Table des matières

Introduction	p5
I. Revue théorique des principaux travaux et problématique de la recherche	p7
1. Revue théorique des principaux travaux.....	p7
1.1.L'hypnose.....	p7
1.1.1. Histoire et généralités.....	p7
1.1.2. Métaphore et conte métaphorique.....	p8
1.1.3. Autohypnose.....	p9
1.2. L'hypnothérapie de l'enfant et l'adolescent.....	p10
1.2.1. Spécificité chez l'enfant et l'adolescent.....	p10
1.2.2. Développement de l'enfant.....	p12
1.2.3. Méthodes hypnotiques.....	p14
1.3.Le bégaiement.....	p18
1.3.1. Généralités et définitions.....	p18
1.3.2. Symptomatologie.....	p18
1.3.3. Conte et bégaiement.....	p19
1.3.4. Hypnose et bégaiement.....	p20
2. Problématique de la recherche.....	p22
II. Méthodologie de la recherche	p23
1. Cas clinique : M.....	p23
2. Cas clinique : L.....	p25
3. Cas clinique : À.....	p26
III. Résultats et données cliniques	p27
1) Cas clinique : M.....	p27
2) Cas clinique : L.....	p28
3) Cas clinique : A.....	p31
IV. Discussion théorico-clinique	p42
1) Rappel de la problématique.....	p42
2) Synthèse des données cliniques.....	p42
3) Confrontations des observations à la problématique.....	p44
4) Discussion éthique, critiques méthodologiques, apport de cette étude.....	p46
Conclusion	p49
Bibliographie	p51
Résumé	p53

Introduction

Durant ma formation initiale, j'ai découvert l'hypnose sur un plan théorique et c'est dans ma pratique et par les rencontres que j'y ai faites que l'hypnose m'est apparue comme une opportunité de travailler autrement, en sollicitant la créativité, le symptôme et l'histoire du sujet dans l'accompagnement psychologique que je propose. Mon parcours professionnel s'est surtout orienté dans l'accompagnement des enfants et de leurs familles, l'hypnose m'apparaît alors comme une possibilité de levier thérapeutique. Le but étant de permettre au patient de retrouver une place active, avec un sentiment de contrôle, une meilleure estime de soi et une diminution de l'anxiété. De plus, l'hypnose me semble être une mise en mouvement du corps, de la psyché et des émotions, dans cette dynamique, ce médium soutiendrait la capacité d'élaboration, souvent manquant dans la clinique que je rencontre.

Mon intérêt pour l'hypnose grandissant, je me suis intéressé aux travaux de Milton H Erickson. Ce qui est développé dans ses écrits, notamment l'idée d'un inconscient possédant des ressources au service des possibilités d'évolution de l'individu m'est apparue comme une révélation dans le travail clinique auprès du patient. De plus, le travail des métaphores et le recours aux images permettant de stimuler l'imaginaire du patient a résonné en moi et dans ma clinique comme une évidence, comme quelque chose que j'usités sans savoir la portée de leur effet. La transe en tant que phénomène naturel existe déjà spontanément comme dans les états de rêverie, d'isolation sensorielle. C'est une capacité innée que chaque individu semble mobiliser dans l'hypnothérapie.

Dans ma pratique clinique, je rencontre nombre d'enfants ayant eu des parcours institutionnels longs, pour quelques-uns, les soins ont débuté dès la petite enfance en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) avec un relais au CMPP(Centre Médico Psycho Pédagogique) et qui entrant dans l'adolescence usent de l'institution comme d'une béquille indispensable. À l'aube de la puberté, ils revendiquent leurs besoins d'autonomie tout en croyant que l'institution qui les soutient et soutient leur famille est indispensable à leur sécurité psychique.

L'hypnothérapie m'est apparue comme un moyen de proposer à l'enfant d'être sujet désirant de sa prise en charge, lui permettant ainsi d'accéder à ses propres ressources pour faire face à ce qu'il traverse. L'institution semble remplir la fonction de béquille imaginaire pour ces jeunes, il s'agirait alors de leur permettre de trouver en eux le béquillage suffisant à leur bon développement. En co-construction avec les familles, l'hypnothérapie pourrait rendre les parents, eux aussi, plus acteurs de cette démarche soignante. D'autre part, nous assistons à un rallongement des délais d'attente et des

listes d'attente, l'hypnothérapie pourrait remettre la thérapeutique au cœur de leurs projets individuels d'accompagnement. En effet, cet outil thérapeutique semble permettre d'activer les ressources du patient et ainsi le mettre en mouvement, qu'un changement soit possible.

Dans ce travail de mémoire pour le diplôme universitaire, j'ai choisi de centrer mon écrit sur l'approche du bégaiement par l'hypnothérapie. En effet, c'est un trouble, un symptôme que l'on retrouve très régulièrement dans le centre médico-psycho-pédagogique dans lequel je travaille. C'est un symptôme avec lequel nous travaillons en pluridisciplinarité notamment avec nos collègues orthophoniste. C'est donc avec une collègue et un patient qu'elle m'a orienté après avoir proposé ce qu'elle pouvait faire avec lui que l'hypnose m'est apparue comme une possibilité de levier thérapeutique. Ce mémoire vise à rendre compte du champ des possibles qu'ouvre l'outil hypnotique dans le processus de subjectivation chez l'adolescent bègue.

Revue théorique des travaux et problématique

I. Hypnose

1) Histoire et généralité

Il semble que l'hypnose soit très ancienne, en effet, les trances induites par les chamanes semblent relever d'un phénomène hypnotique. Dès l'antiquité, on trouve des traces de l'hypnose mais c'est au 18^{ème} siècle qu'A. Mesmer démontre que l'imagination a un effet sur l'état psychique et physiologique du sujet. On parle alors de magnétisme et de phénomène surnaturel. A. de Puységur poursuit les travaux d'A. Mesmer et montre que c'est le patient qui sait se guérir. Le terme « hypnose » n'apparaît qu'en 1843 avec les travaux de J. Brai qui tente de conceptualiser cette approche thérapeutique. S. Freud a commencé par utiliser l'hypnose dans sa pratique et s'en est éloigné pour conceptualiser la psychanalyse. M. Erickson fait renaître l'hypnose en la diversifiant et en l'enrichissant. Il a alors posé les bases de l'hypnose moderne, il s'intéresse à l'approche communicationnelle, à l'aspect non directif et à l'adaptation au patient. Il se base à la fois sur les travaux de Rogers avec l'approche centrée sur le patient et les travaux de Watson et l'idée de boîte noire, pensant ainsi l'inconscient comme un réservoir de ressource. F. Roustang, par ses écrits sur l'hypnothérapie a contribué à faire évoluer cette pratique. Il met en avant que le patient soit expert de lui-même et de son problème. De ce fait, il suggère de mettre le sujet dans une position où ses ressources vont pouvoir s'exprimer. Depuis des années, D. Michaux et A. Bioy ont grandement permis le développement de ce concept. Aujourd'hui, l'imagerie cérébrale et les neurosciences permettent d'attester de l'existence réelle de l'état hypnotique et d'en comprendre le champ d'action. D'ailleurs elle est de plus en plus reconnue notamment dans les services de neurochirurgie, de périnatalité etc.

A. Bioy (2014) nous explique que l'hypnose peut être définie comme un « mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi ». On caractérise ainsi l'hypnose par la sensation de détente et d'attention focalisée, une diminution du jugement et de la censure, une modification de l'orientation temporo-spatiale, une expérience de réponse quasi-automatique, une interactivité et une mise en mouvement. Cette mise en mouvement semble être le réel objectif de l'hypnothérapie, permettre au sujet de penser et ressentir le changement. F. Roustang (2004) nous rappelle la notion de mobilité qui « est le mouvement produit par le thérapeute qui met en mouvement l'existence du patient figée en

un ou plusieurs endroits ». L'état de conscience modifiée est un état naturel que l'on expérimente quotidiennement et dont l'outil hypnothérapeutique va se saisir au service du sujet. En effet, chacun peut expérimenter des états de consciences modifiée comme en hypnose. Par exemple en voiture lorsqu'il ne s'est pas rendu compte du trajet parcouru car il pensait à la liste de chose à faire le lendemain ou bien lorsqu'il est plongé dans l'imaginaire d'un livre et perd ses repères spatio-temporels tout en continuant sa lecture dans l'ici et maintenant...etc. Cet état de conscience modifiée peut être appelé « transe » puisqu'il modifie la perception induite par le maintien d'une attention focalisée.

Rappelons qu'il est nécessaire d'ancrer une alliance thérapeutique solide comme base du travail hypnotique. A. Bioy (2014) décrit les quatre grandes étapes d'une séance d'hypnose :

- la prise de contact
- l'installation qui correspond à l'induction d'un état modifié de conscience
- l'accompagnement qui est la phase de travail avec les suggestions et métaphores
- le retour à l'état de conscience ordinaire, dans l'ici et maintenant de la séance.

L'état hypnotique n'est pas nécessairement thérapeutique en soi. Il s'agit bien d'une relation dynamique entre le thérapeute et son patient, et c'est dans l'intention que la séance trouve ses effets thérapeutiques. A. Bioy (2010) explique que « la pratique de l'hypnose recouvre deux dimensions : à la fois un état de conscience modifiée que l'on nomme état hypnotique mais aussi une relation singulière ». Insistons également sur ce que l'hypnose Ericksonienne a permis, M. Erickson (1980) présente l'hypnose comme « un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ses idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissage ». La suggestion, en tant que processus consiste ainsi à « évoquer et utiliser les potentiels et les expériences de vie déjà présentes dans le sujet, mais peut être hors de la portée habituelle de son contrôle » selon le même auteur. Il approche alors les théories de l'inconscient comme étant un réservoir de ressource, l'hypnothérapeute lui permettant d'y accéder par l'état hypnotique.

2) Métaphores et contes métaphoriques

Dans les métaphores, on peut ranger tout ce qui est imagé. La métaphore, en tant que construction analogique, se doit d'être abordée indirectement. Le langage de l'inconscient fonctionne

principalement par image et par symbolisme, la métaphore devient alors le langage le plus adapté à l'inconscient. Pour construire une métaphore, il va s'agir d'identifier le problème, l'émotion traversée mais aussi et surtout la représentation du sujet sur son vécu. Ensuite, le thérapeute peut ainsi identifier les ressources, les exceptions et les difficultés du patient. Il sera alors possible de demander le besoin de façon indirecte en demandant par exemple ce qui serait différent si le problème était résolu, et on obtient l'image du besoin.

Il y a en effet différents degrés de métaphore, des plus ou moins construites, des plus ou moins longues, des plus ou moins indirectes. La plus simple est l'image métaphorique, où l'on utilise généralement le matériel clinique apporté par le patient en suggérant, par exemple, l'image d'un ballon qui se dégonfle. Vient ensuite l'histoire métaphorique, où il se passe une action. Et puis, le conte métaphorique qui est la version la plus longue et la plus construite. Il fonctionne sur la structure d'un conte avec : un héros, une quête, des obstacles où le héros va trouver des alliés ou des solutions pour que le dénouement de l'histoire soit positif. Il est possible alors d'utiliser des contes existants, issus de la culture populaire s'ils font sens avec la problématique du patient. Il est également possible de l'inventer, de le créer en fonction du parcours du sujet reçu en consultation. Le point important va être l'émotion du sujet, l'idée est de permettre au sujet, de façon détournée, de se rendre compte de ses ressources et de sa capacité à surmonter les obstacles rencontrés. Le thérapeute va pouvoir se baser sur les termes imagés du patient pour décrire son problème, qui permettront de construire les métaphores et leur efficacité et adaptée au patient.

3) Autohypnose

Rappelons d'abord les propos d'E. Coué qui dès la fin du 19^{ème} siècle, déclare que « toute suggestion est une autosuggestion », ainsi il montre le pouvoir de l'imagination sur la volonté puisque selon lui « la volonté sans représentation est sans effet ». Les travaux des chercheurs comme A. Bioy montrent combien l'autohypnose a toujours pour point de départ une relation. C'est parce que le sujet a expérimenté l'hypnose qu'il peut pratiquer l'autohypnose de manière thérapeutique au-delà d'une expérience de relaxation. L'autohypnose serait alors un moyen, pour le sujet, de continuer lui-même le travail initié en séance.

L'attention porte sur le sujet lui-même, on va donner la possibilité au patient de ne pas tout attendre du thérapeute notamment au travers de l'autohypnose. Il va pouvoir sortir eux même de son état. Il y a un ancrage que l'on fait dans la technique. Les patients ont un outil avec eux pour lutter contre leurs ruminations et pour contrer leurs angoisses par exemple. A. Mainguet dans son enseignement nous

explique les bénéfices de l'autohypnose : elle permet un potentiel anxiolyse importante, redonne au sujet du contrôle sur son état, facilite le travail thérapeutique et renforce les suggestions proposées en séance... Par l'effet d'entraînement, l'autohypnose permet une transe plus rapide et souvent aussi plus profonde, elle permet au sujet d'avoir un meilleur contact avec sa vie interne principalement émotionnelle améliorant ainsi l'estime de soi et la sécurité interne. Afin de faciliter ce travail d'autohypnose et de le renforcer, il est possible d'utiliser un ancrage fait en séance, en reliant deux choses comme un contact des doigts dans un lieu agréable par exemple afin d'associer l'émotion et le lieu.

II. Hypnothérapie de l'enfant et l'adolescent

1) Spécificité de l'hypnose avec l'enfant

Depuis 1980, les travaux de Joyce Mills et d'Olness ont investigués les enjeux et les indications de l'hypnothérapie avec les enfants. Dans notre clinique contemporaine et notamment en France ce sont les travaux d'I. Célestin Lhopiteau qui ont permis de mettre en exergue la recherche clinique autour de l'hypnothérapie de l'enfant et de l'adolescent. Les outils peuvent se rapprocher de ceux utilisés en clinique adulte mais peuvent aussi être diversifiés, l'intention étant toujours d'amener le patient au mouvement, au changement. Il s'agit donc de partir de la souffrance du sujet pour l'amener à trouver les ressources en lui de faire face. Il est important pour le thérapeute d'être en *accordage* avec le sujet qu'il accompagne et donc d'ajuster sa pratique aux capacités développementales, cognitives et affectives du sujet. Cette notion d'accordage nous semble centrale dans la pratique de l'hypnose avec les enfants comme avec les adultes. Ce phénomène naturel, auquel nous devons être vigilants, est une synchronisation avec la tonicité et les rythmes corporels ou verbaux du sujet. L'utilisation de l'imaginaire et un retour aux sensations corporelles est à privilégier dans la clinique infanto-juvénile. Comme le montre la littérature scientifique notamment avec les travaux de Londonien et Cooper (1969), les enfants apparaissent comme de bons sujets à l'hypnose. Leur accès à l'imaginaire et à la rêverie semble être un appui certain à l'entrée en hypnose, à l'utilisation du symbolique métaphorique comme possibilité d'identification et donc dans la résolution des problèmes.

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

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

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

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

En somme, il s'agit de bien connaître l'enfant avec ses centres d'intérêt, de s'adapter à son stade de développement cognitif, de s'accorder sur le plan langagier et psychocorporel et d'accepter de ne pas savoir pour qu'une demande puisse émerger (Bioy, 2016).

Les travaux actuels sur l'utilisation de l'hypnose avec les enfants sont multiples et montrent un effet bénéfique pour de nombreuses pathologies : anxiété, problèmes d'apprentissage et de concentration, difficulté de lecture, phobies, troubles du sommeil, anxiété sociale, formation aux aptitudes sociales, réactions de conversion, amnésie psychogène, épilepsie, douleur, boulimie et anorexie, énurésie, encoprésie, bégaiement, trichotillomanie, onychophagie, succion du pouce, obésité, somnambulisme, difficulté d'apprentissage, préparation à la chirurgie, brûlure, trouble gastro-intestinaux, asthme, urticaire, allergie, verrues, pour augmenter l'adhésion au traitement chez les diabétiques, hémophilie,, polyarthrite juvénile, soins dentaires, céphalées, rétention d'urine, infirmité

motrice cérébrale, syndrome de la tournette, cancer et maladie terminale et sports.

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

La transe chez l'enfant et l'adolescent diffère. L'induction peut être beaucoup plus rapide tant les capacités de l'enfant de passer de la réalité à l'imaginaire sont plus aisées. D'autre part, on remarque durant la transe certaines différences avec l'adulte comme par exemple, le mouvement physique ou encore l'ouverture des yeux chez un public jeune. C'est un point qui a pu nous dérouter au début de notre pratique de l'hypnose, ne sachant pas toujours si l'enfant était bien « parti ». Il s'est avéré que l'enfant, par ses capacités créatrices, développe aisément sa capacité d'être ici et ailleurs à la fois. Prenons l'exemple du « bisou magique » guérissant efficacement de nombreux maux ou encore lorsque l'on présente une baguette « magique » à un enfant et qu'il s'en empare et agit la magie très rapidement.

2) Dimension développementale

Intéressons-nous aux travaux de K. Olness et D. Kohen (2006) qui ont relevé des techniques d'induction hypnotique en fonction de l'âge de l'enfant :

- Phase préverbale (0-2 ans) :

Stimulation tactile, caresses, tapotements.

Stimulation kinesthésique : bercements, bouger un bras d'avant en arrière.

Stimulation auditive : musique, chant ou tout son ronronnant tel que le rasoir électrique, sèche-cheveux ou aspirateur placé hors de portée de l'enfant.

Stimulation visuelle : mobiles ou autres objets changeant de forme, de couleur ou de position (mouvement).

Stimulation olfactive : odeurs. Présentation à l'enfant d'une poupée ou d'une peluche.

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

- Faire des bulles de savon.
- Livres animés.

- Contes.
 - Visionneuse stéréoscopique.
 - Activité favorite.
 - Parler à l'enfant par le biais d'une poupée ou d'un animal en peluche.
 - Poupée de chiffon.
 - Ours en peluche.
 - Jeux avec des personnages.
 - Regarder une induction menée sur soi-même ou sur une cassette vidéo.
- Phase préscolaire et début de la phase scolaire (4-6 ans) :
 - Expirer à fond.
 - Lieu favori.
 - Animaux multiples.
 - Jardin fleuri.
 - Contes (seul ou en groupe).
 - Chêne puissant.
 - Observer une pièce.
 - Observer des lettres.
 - Manipulation d'objets.
 - Livres animés.
 - Imagination télévisuelle.
 - Visionneuse stéréoscopique.
 - Casette vidéo.
 - Balle bondissante.
 - Biofeedback thermique (et autres).
 - Lévitiation inversée des doigts.
 - Terrain de jeux.
- Moyenne enfance (7-11 ans) :
 - Activité favorite.
 - Lieu favori.
 - Observer les nuages.
 - Couverture volante, tapis volant.
 - Jeux vidéo (réels ou imaginaires).
 - Faire du vélo.

- Lévitation inversée du bras.
 - Souffler à fond de ses capacités.
 - Musique favorite.
 - S'écouter sur un enregistrement audio.
 - Autohypnose.
 - Observer une pièce.
 - Fixation d'un point sur la main.
 - Yeux fermés alternativement.
 - Attraction réciproque des mains (doigts), doigts collés.
 - Rigidité du bras.
 - Pratique ou imagination d'un jeu vidéo.
- Adolescence (12-18 ans) :
 - Inductions rapides.
 - Lieu ou activité favorite.
 - Activité sportive.
 - Catalepsie du bras, inductions idéo-motrices.
 - Concentration sur sa respiration.
 - Jeux vidéo (réels ou imaginaires).
 - Fixation oculaire sur une main.
 - Conduite automobile.
 - Voyage imaginaire.
 - Jouer ou écouter de la musique.
 - Jeu de langage, hypnose conversationnelle.
 - Lévitation de la main.
 - Attraction réciproque des mains (doigts) comme des aimants.
 - Jeux d'heroic fantasy (par exemple « Donjons et dragons »).

3) **Méthodes hypnotiques avec les enfants**

Lorsqu'une alliance thérapeutique sur un mode imaginaire et ludique a pu être établie avec l'enfant, il s'agira d'évoluer au rythme de ce dernier.

En première intention, la construction d'un lieu sûr peut être proposée très tôt dans la thérapie, permettant à l'enfant d'avoir un endroit suffisamment sûr et agréable dans lequel se rendre chaque

fois que la charge émotionnelle apparaîtra trop grande ou trop difficile à gérer. C'est une étape qui nous paraît centrale dans l'hypnothérapie de l'enfant mais aussi pour qu'il se l'approprié et l'utilise en autohypnose. Elle permettra de solidifier les assises symboliques de l'enfant en développant son sentiment de sécurité et donc sa capacité à être traversé par ses émotions agréables et désagréables.

Pour le thérapeute, il va s'agir de rechercher les centres d'intérêt du sujet, ses moments positifs et son style sensoriel. Dans cette volonté d'accordage, il est possible d'user de l'échelle VAKOG (Visuelle, Auditive, Kinesthésique, Olfactive, Gustative) afin de construire le discours en fonction du canal perceptif privilégié de l'enfant. L'enfant étant plus que l'adulte centré sur le sensoriel et le corporel dans son rapport à l'Autre et au monde. Le travail de mémoire de L. Tanguy (2015) montre que le thérapeute va choisir son induction hypnotique en fonction du « type de mécanismes mobilisé dans les processus hypnotique opérants pour ce jeune » et décrit alors :

- *L'imagerie motrice (s'imaginer en train de...)* :
 - Pratiquer un sport à sensation.
 - Réaliser une compétition sportive.
 - Jouer avec une balle.
 - S'amuser sur un terrain d'enfant.
 - Faire de la balançoire.
 - Construire un bonhomme de neige.
 - Jouer à son activité favorite (vélo, skate, lego...)

- *L'imagerie idéo-motrice (agir concrètement)* :
 - Observer ses mains se rapprocher (aimants).
 - Maintenir un œil fermé et garder l'autre fixe.
 - Réaliser deux gestes différents en même temps.
 - Fixer un point en face de soi.
 - Tenir une pièce entre ses doigts et sentir sa lourdeur.
 - Tenir un pendule et le voir osciller.
 - Faire s'entrechoquer deux boules attachées à une ficelle.
 - Réaliser un dessin personnel et imaginaire.
 - Promener son stylo dans un labyrinthe tracé sur une feuille.
 - Installer une lévitation d'une main.
 - Installer une catalepsie d'un bras.
 - Proposer aux doigts d'aller se reposer.

- Associer l'ouverture et la fermeture des yeux à l'avancée ou au recul d'un bras (compléter par la confusion et les ruptures de patterns).
 - S'installer debout et se sentir comme un arbre solide.
 - Souffler sur une plume pour la maintenir en l'air.
 - Jouer avec une balle rebondissante.
 - Jouer avec un yo-yo.
 - Utiliser le mouvement de la déglutition.
 - Jouer avec les mouvements de la respiration.
 - Pratiquer la balance musculaire.
 - Devenir une poupée de chiffon ou un pantin.
 - Egrener un collier de perles.
- Imagerie visuelle (voir ou imaginer) :
 - Voyager sur un tapis volant.
 - Se promener mentalement dans son lieu favori.
 - Imaginer des animaux magiques.
 - Se voir avec son animal préféré.
 - Rêver à un jardin fleuri.
 - Observer des images qui défilent.
 - Observer des chiffres ou des lettres sur un tableau mental.
 - S'imaginer en train de regarder une émission télévisée.
 - Regarder s'envoler des bulles de savon.
 - Observer un visage dessiné sur son pouce.
 - Faire tourner une toupie.
 - Imaginer son personnage imaginaire préféré.
 - Rêver à un lieu que l'on aime, à un lieu imaginaire préféré.
 - Laisser sa tête rêver.
- Imagerie auditive (écouter) :
 - Entendre dans sa tête sa chanson favorite.
 - S'entendre en train de jouer à un instrument de musique.
 - Ecouter de la musique.
 - Imaginer le son de deux boules qui s'entrechoquent.
 - Entendre dans sa tête le son d'une horloge.
 - Ecouter le bruit des oiseaux à l'extérieur.

- Repérer le plus de sons dans la pièce.
 - S'écouter en train de vocaliser (mantra, fredonner).
- Divers :
 - Relaxation.
 - Se focaliser sur le rythme de son pouls.
 - Suivre le rythme de sa respiration.
 - Focaliser son attention sur des illusions d'optique.
 - Colorier un mandala.
 - Coller une gommette sur sa peau.
 - Gouter un morceau de fruit.
 - Coconstruire une histoire.
 - Dessiner de la main gauche.

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la narration d'une histoire ou d'un conte permettra à l'enfant de modifier son rapport à certains événements et de centrer son attention sur la résolution du conflit après avoir pu s'identifier à la situation du héros par exemple. Les autres techniques utilisées avec les adultes sont bien sûr exploitables dans la clinique de l'enfant en utilisant des différents supports comme la baguette magique, le train, l'ami imaginaire ou supposé réel, l'écran...etc.

J. Mills et R. Crowley (1995) nous livrent ce qu'ils appellent *une technique d'intervention métaphorique* tout particulièrement intéressant dans la clinique de l'enfant : travail des trois dessins. Il s'agit de demander à un enfant de réaliser, sous hypnose, un premier dessin centré sur ce qui pose un problème, les difficultés, la raison de la rencontre thérapeutique. Ensuite un second dessin est demandé sur le moment où tout va bien pour lui, quand les choses apparaissent simples, que l'on peut soutenir à ce moment-là avec l'aide d'une baguette magique par exemple en suggérant à l'enfant d'être dans l'état du magicien. Pour finir, on lui demande de dessiner la façon dont il passe du premier dessin au deuxième dessin, la façon dont les choses peuvent se transformer pour lui. Les trois dessins restent devant l'enfant, avec le dernier dessin entre les deux autres. C'est une technique permettant d'ouvrir l'espace de ressource du sujet.

III. Bégaiements

1) Généralités et définitions

Les premiers écrits sur le bégaiement nous ramènent en 377 avant JC par Hippocrate dans son traité de médecine, il décrit alors le bégaiement comme un trouble d'origine médicale et reconnaît la souffrance sociale associée à ces difficultés de parole. Piérart (2011) nous montre que c'est un trouble reconnu depuis des siècles, dont la dimension sociale reste prégnante. En effet, il s'inscrit dans la relation à l'autre, le sujet bègue ne bégaie pas lorsqu'il se parle à lui-même. C'est un trouble qui apparaît le plus souvent durant l'enfance, soit il disparaît spontanément ou à la suite d'une thérapie soit il persiste et chronicise, on parle alors de bégaiement développemental persistant. Lebrun (2002) explique que le bégaiement peut apparaître à l'âge adulte à la suite d'un accident cérébral ou un traumatisme crânien soit à la suite d'un événement traumatisant. L'étiologie du bégaiement est multifactorielle, toutes les études sur le sujet ne sont pas unanimes. Smith et Kelly (1997) ont montré que « le bégaiement émerge de l'interaction complexe et non linéaire entre facteurs. Aucun facteur ne peut à lui seul être identifié comme la cause du bégaiement ». Il est donc important et nécessaire d'entendre le bégaiement dans la subjectivité du sujet que l'on reçoit en thérapie.

Le bégaiement est un trouble beaucoup étudié du côté de l'orthophonie et de la logopédie. En effet, c'est un point important de la pratique des orthophonistes en France, toutefois il apparaît que la dimension psychologique est prégnante lorsque le trouble est persistant. Vincent (2004) considère que « le bégaiement est d'abord entendu comme un trouble du rythme de la parole ». Pour Monfrais Pfauwadel (2000), le bégaiement est « un trouble moteur de l'écoulement de la parole qui est alors produite avec plus d'effort musculaire ; ce trouble s'aggrave avec la propositionnalité du discours et retentit secondairement sur les comportements de communication du sujet qui en est atteint et, partant, provoque chez lui une souffrance psychologique ; il s'ensuit pour l'interlocuteur une désorganisation gênante de l'intelligibilité du discours ». Notre regard clinique s'attardera alors sur cette dimension de tiers et les conséquences sur le vécu psychoaffectif des enfants accueillis en Centre Médico Psycho Pédagogique.

2) Symptomatologies

Le Huche (1999) explique que l'on retrouve dans la parole du sujet bègue :

- Des répétitions de syllabes, de mots ou de segments de phrases

- Des blocages dans l'acte de réalisation articulatoire
- Des prolongations

Le bégaiement peut être défini comme un symptôme et non comme une entité nosologique à part entière.

Ces symptômes s'accompagnent de réactions secondaires que le sujet met en place consciemment et inconsciemment pour contrôler sa parole et limiter ses troubles du bégaiement. Cela peut être des syncinésies, la dilatation des ailes du nez, la perte du contact visuel, des gestes conjuratoires, des rires nerveux, des conjonctions d'appui et des embrayeurs, des stéréotypies verbales, des évitements, des substitutions verbales et/ou gestuelles.

Piérart (2011) cite Parkinson (1976) pour expliquer les troubles de la respiration qui sont souvent associés au bégaiement comme une inspiration rapide et brève et des expiration saccadée et mal contrôlée. Les reprises respiratoires sont aléatoires et nombreuses pouvant être au milieu d'un mot, les orthophonistes les appellent des pauses asyntaxiques. Piérart (2011) montre également les symptômes psychologiques, qui nous intéressent dans notre accompagnement, comme des affects de gêne, de honte, de culpabilité, de frustration et conduisent à une faible estime de soi. Ces symptômes psychologiques sont régulièrement renforcés par le groupe social. Simon (1999) a montré les attitudes réactionnelles de l'entourage face aux disfluences de l'enfant. Il nomme cela des perturbations secondaires de la communication que ce soit du côté de la moquerie ou de l'indifférence forcée, ce sont des facteurs amplifiant les troubles du bégaiement. C'est ce qui nous permet de mieux entendre la pression temporelle que ressent le sujet qui bégaie. L'étude de Riley et Riley (1983) portant sur les comportements linguistiques de parents d'enfants qui bégaient montre comment de nombreux facteurs aggravent les symptômes de l'enfant :

- Un rythme de conversation trop rapide
- Un temps de silence trop court entre les échanges
- Des interruptions de l'enfant lorsqu'il s'efforce à parler
- L'impatience exprimée à l'enfant dans l'attente de sa réponse

3) Conte et bégaiement

F. Estienne (1999) utilise le terme de « démystification » du bégaiement comme tendance première à la levée de ce symptôme. En effet, le conte pourrait permettre à l'enfant bègue d'avoir un regard différent sur son handicap. Par le conte et l'imaginaire, l'enfant peut alors comprendre son

bégaiement, et ainsi en avoir moins peur. La compréhension du trouble permet à l'enfant d'avoir une action positive sur son trouble et lui permet de trouver les ressources dans la gestion de sa parole. L'utilisation du conte métaphorique, par identification et projection permet à l'enfant de pouvoir être le héros du conte, celui qui traverse les obstacles et reste acteur de son avancée. Le dénouement, positif, permet à l'enfant de passer d'une place de spectateur, à la réalisation dans l'inconscient d'être l'acteur. Il y a donc un mouvement possible, une action possible sur la parole et ce qui peut permettre à l'enfant d'utiliser ses ressources pour une issue positive à ses difficultés. Le conte propose ainsi de symboliser, de mettre en mot et en image le trouble du bégaiement, cela favorise l'ouverture sur un échange et un dialogue. Ma collègue orthophoniste, M. Erard, dans son travail de mémoire a mis en évidence l'effet bénéfique du conte sur les troubles du bégaiement. L'état hypnotique permettrait de rendre encore plus accessible la compréhension du conte et ses métaphores. C. Cousin (2010) conclue que « même si [elle] ne [peut] pas affirmer avec précision l'impact bienfaiteur des contes sur les patients tant les paramètres sont nombreux, les bons résultats observés en séance d'hypnose formelle ou conversationnelle concourent à confirmer le bienfondé de cette pratique ». L'utilisation du conte associé à l'hypnose, dans cette étude, permettrait donc « l'amélioration du symptôme et des problématiques annexes apportant ainsi un réel mieux être chez le patient ».

4) Hypnose et bégaiements

Monfrais-Pfauwael (2000) explique le bégaiement comme un trouble de la fluence. De ce fait, pour que la communication soit efficace il est important que les interlocuteurs soient en phase. La notion d'accordage prend alors tout son sens. La ponctuation verbale va permettre que la parole du locuteur soit perçue et comprise par l'interlocuteur, ce travail de décodage permettra d'apaiser l'effort de parole. Il s'agit donc d'être à l'écoute de la temporalité de la prosodie du sujet que l'on reçoit. L'hypnose pourrait ainsi faciliter l'aisance du discours à l'opposé de l'effort musculaire habituellement utilisé pour communiquer. Decroix (2015) a pu montrer dans son travail de mémoire que l'enfant bègue perçoit différemment le temps. Qu'en est-il de l'hypnose où ces repères sont modifiés ? Nous pouvons ainsi questionner également la persistance ou non du trouble du bégaiement lors de séance d'hypnose conversationnelle ? Cette étude a montré que la pression temporelle est souvent évoquée chez les personnes présentant un bégaiement. Le temps est éprouvé par les deux interlocuteurs. Lorsque l'un d'eux présente un bégaiement, les deux interlocuteurs « subissent » l'écoulement temporel. Les résultats de cette étude laissent apparaître que les enfants présentant un bégaiement présentent des différences de perception du temps comparativement aux enfants tout-venants. C'est alors une entrée possible par la voie de l'hypnose avec l'enjeu temporelle à amoindrir afin de faire vivre le temps autrement que dans la pression.

Bobby et Bodenhamer (1990) ont travaillé sur l'hypnothérapie et le bégaiement, ils ont montré que les blocages et le bégaiement pouvait être comparés à une forme d'attaque de panique qui se manifeste dans les muscles intervenants dans la respiration et la parole. Le travail préliminaire serait de décoder les émotions qui occasionnent et qui accompagnent la disfluence. Soutenir l'identification dans le corps du sujet la place et la forme que prennent ses émotions, où, dans leur corps il ressent la crainte et l'anxiété lorsqu'il anticipe un blocage et sa réaction par rapport à ces émotions ?

En 1990, Bobby et Bodenhamer ont publié une étude de cas parue dans le « british Journal of Disorder of Communication », montre que l'hypnothérapie peut être efficace dans le cas de bégaiement. En effet, l'état de conscience modifiée et l'intention hypnothérapeutique d'une relaxation profonde et rapide permet un apaisement de ce trouble. L'étude conclue que l'hypnothérapie est un outil pertinent pour les bégaiements légers, qu'elle réduit l'anxiété et permet un renforcement de soi. Des suggestions de renforcement de soi peuvent alors être proposées au sujet afin d'instaurer un calme interne suffisant et une meilleure confiance en soi. En complémentarité avec le travail des orthophonistes pour les bégaiements plus sévères, l'hypnose va alors permettre des avancées concernant la réduction du stress et de l'anxiété et un retour à l'affirmation de soi. C. Cousin (2010) indique que « l'hypnothérapie rend la guérison possible grâce aux changements psychiques qu'elle peut engendrer chez le patient ». La littérature fait état de nombreux cas cliniques mais peu d'études quantitatives sur le sujet avec un suivi longitudinal pour nous permettre d'évaluer les effets de l'hypnose sur les troubles du bégaiement. De manière générale, le bégaiement est très souvent cité comme indication thérapeutique de l'utilisation de l'hypnose, notamment dans la population pédiatrique.

Problématique :

Notre problématique va porter sur l'intérêt de l'hypnothérapie dans notre pratique de psychologue au sein d'un centre médico-psycho-pédagogique auprès d'enfants porteur de bégaiements. Nous nous interrogeons sur les singularités, les modalités et les avantages de cette approche thérapeutique auprès d'enfants et adolescents souffrants de bégaiements.

Nos hypothèses sont :

- Le bégaiement en tant que symptôme psychique touchant aux limites de l'orthophonie serait abordable par l'hypnothérapie comme travail sur l'inconscient (traumatisme psychologique, conflits intrapsychique, symptôme familial...etc.)
- Le bégaiement en tant que symptôme anxieux pourrait être traité par travail hypnothérapeutique sur la gestion des émotions et du stress.
- L'hypnose permettrait un renforcement de l'égo et donc une augmentation de la confiance en soi soutenant ainsi l'accès des jeunes patients à leurs ressources.
- Le bégaiement disparaîtrait sous hypnose, en tant que conversation de soi à soi.

Méthodologie de la recherche

La population rencontrée par le psychologue est celle d'un centre médico-psychopédagogique de Bourgogne. L'hypnothérapie a pu être proposée à nombre d'enfants et adolescents accueillis, il s'agira dans ce mémoire, de rendre compte des jeunes porteur de bégaiement que nous appellerons M, L et À.

Cas clinique : M.

M. est un adolescent allant sur ses 14 ans durant l'année 2020, il a un frère de 4 ans son cadet, les parents se sont séparés en 2018, puis se sont remis ensemble dernièrement. Sur le plan médical, M. est né trois jours après le terme, à la suite d'une grossesse imprévue et difficile. L'accouchement a été déclenché. M. porte des lunettes pour une myopie et un astigmatisme. Il a souvent des bouchons dans les oreilles, mais l'audition serait normale. Au niveau familial, on retient des antécédents de Troubles du Spectre de l'Autisme chez le grand-père maternel, ainsi que chez une tante (côté maternel). Sur le plan développemental, la marche est apparue à 17 mois. M. a mis du temps avant de se lancer, il a appris à faire du vélo dans les délais attendus. M. dit savoir nager, mais la maman pense ne l'avoir jamais vu faire. Le développement langagier était normal, toutefois, en classe, il avait tendance à fixer l'objet de sa demande, sans pour autant la formuler. M. a rapidement été autonome dans les gestes du quotidien (habillage, toilette...). L'utilisation des couverts à table aurait demandé plus de temps, mais est aujourd'hui acquise. M. est toutefois décrit comme « maladroit ». Le sommeil serait aujourd'hui sans particularité. Des terreurs nocturnes étaient cependant présentes lorsqu'il était petit. Il fallait que l'adulte reste près de lui et lui tienne la main pour qu'il s'endorme. L'alimentation serait sans particularité aujourd'hui. La maman signale que M. a bon appétit. Petit, le moment de la diversification alimentaire n'a pas posé de difficulté. Au niveau de son caractère, M. est décrit comme un enfant colérique, qui s'énerve rapidement, mais il peut aussi, par moments, être très serviable. Au niveau du parcours scolaire, la maman se souvient qu'en maternelle, M. était tout le temps tout seul ; il ne cherchait pas la compagnie de ses camarades. En CP, il avait toujours des difficultés à se faire des amis, mais n'exprimait pas de plainte à ce sujet. Il a commencé à avoir des copains en CE1. En CM2, ses deux copains ont déménagé, mais il s'en est fait un nouveau. Aujourd'hui M. est en troisième il s'est bien habitué au collège, a une bonne relation avec ses camarades et tisse des liens plus profond avec l'un d'eux. M. a plusieurs activités ; il participe depuis des années au conseil des jeunes de la mairie et à la chorale solidaire. Il aime faire du vélo, jouer à Minecraft et Roblox. Il passe beaucoup de temps sur les écrans.

Concernant ses suivis en institutions : M. est suivi depuis octobre 2012 au CMPP et bénéficie d'un suivi psychologique, et un suivi orthophonique pour une problématique de bégaiement. Il a été suivi dès l'âge de 2 ans au CAMSP pour bégaiement ainsi qu'une plainte maternelle autour de son comportement, elle le qualifiait de caractériel et dans l'opposition, il s'agissait surtout de difficultés relationnelles avec sa maman. La problématique est principalement intrafamiliale, notamment concernant la santé mentale de sa maman. M est très inquiet pour elle, malgré qu'il soit toujours désigné comme le mauvais objet, la cause du dysfonctionnement familial. La maman compte beaucoup sur M dans les moments où elle ne se sent pas bien, elle lui demande beaucoup de services au quotidien et le ton monte vite quand M « n'obéit pas assez vite », ce qui crée des conflits entre eux. Pour elle, le problème se règlera quand M obéira plus vite. M perçoit une différence de traitement par rapport à son frère et le vit comme une injustice. Il y a eu un suivi PAD où il a été dit à M qu'il était « l'enfant médicament » de sa maman, qu'il est là pour l'aider quand elle va mal, tandis que son frère est « l'enfant objet », la maman a besoin qu'il soit auprès d'elle mais ne lui demande rien, sa présence suffit. Cela a été beaucoup travaillé lors de sa prise en charge psychologique avec notre consœur car M était d'abord très en colère par rapport aux propos des éducateurs puis a finalement reconnu une part de vraie pour cela. Par rapport au papa, leur relation est apaisée maintenant, mais cela a pu être tendue.

M est un jeune anxieux, qui peut vite être débordé par ses émotions... C'est toujours le cas maintenant, mais il réalise de plus en plus qu'il n'a pas besoin du CMPP pour surmonter cela. Il était très dépendant des soins (sa maman a d'ailleurs beaucoup de professionnels soignants autour d'elle) et s'en détache progressivement. Il peut maintenant avoir un regard plus critique sur le fonctionnement familial, il a conscience que le fonctionnement peut être « fou », comprend les difficultés psychologiques de sa maman... Au collège cela se passe bien pour lui, il est plutôt investi dans le scolaire. La famille lui permet une belle ouverture sur l'extérieur avec le club des jeunes de la mairie, il adore. Ces moments hors de la maison sont de vraies respirations pour lui.

Concernant l'histoire de son bégaiement, les troubles du langage ont débuté en maternelle et ont cessé à l'issue du suivi orthophonique au CAMSP. Jusqu'à l'été 2016, aucun trouble de la parole est à noter, il s'agit de l'été où sa mère a été hospitalisée en psychiatrie pour un état d'épuisement, des somatisations et beaucoup d'anxiété. Ce retour massif de son bégaiement ne l'a pas quitté jusqu'à aujourd'hui, les prises en charges orthophoniques n'aboutissant pas, malgré un mieux être général sur son état psychique. Il arrive en fin de thérapie avec notre consœur psychologue clinicienne qui l'accompagne mais il lui reste ce dernier symptôme dont il voudrait bien se débarrasser mais qui

résiste. Déjà intéressé par l'hypnose en général, la possibilité d'un suivi hypnothérapeutique semble être une porte d'entrée vers la fin des prises en charges institutionnelles.

Cas clinique : L.

L. est une jeune fille de 11 ans et demi au moment de ma formation, elle est une enfant souriante, avenante et qui dit tout ce qui lui passe par la tête. Elle a été suivie dès son plus jeune âge par le CAMSP puis un relais de soin lui a été proposé au CMPP avec l'une de mes consœurs, pour débiter une nouvelle prise en charge avec moi à partir de janvier 2019. L. est une enfant très désirée, issue de la 7^{ème} et dernière FIV de ses parents. A trois mois, lors de la reprise du travail de ses deux parents, L. est victime de violence par l'assistant maternel qui en avait la charge et est alors hospitalisée et dans le coma. Les dix premières années de sa vie ont été marquées par des recours juridiques afin de justifier des conséquences de ce traumatisme sur tous les plans : neurologique, physique et psycho-affectif. L. est porteuse d'un trouble de l'attention, manque d'inhibition dans son rapport aux autres et bégaié. Cependant, les différents professionnels qui ont pu évaluer cette jeune fille, n'ont pas trouvé d'autres conséquences plus objectives à ce syndrome du bébé secoué. Sur le plan psycho-affectif, il y a déjà une souffrance familiale, de nombreuses remises en questions parentales et parfois un besoin de revendications. La relation avec son groupe de pairs est difficile, elle est souvent la proie de ses camarades qui se moquent de sa façon de parler, sa façon d'être... Il me semblait important de penser l'hypnothérapie pour cette jeune fille, afin de la remettre au centre de la thérapie, qu'elle soit celle qui a les ressources pour faire face à ce qu'elle vit et non plus seulement la victime d'un drame de sa petite enfance. En institution depuis toujours, le CMPP est devenu peu à peu une béquille imaginaire dont elle ne pense plus pouvoir se défaire. Le bégaiement était pour moi, le symptôme « porte d'entrée » vers d'autres résolutions. Il s'agissait de proposer une mise en mouvement, une ouverture vers d'autres possibles que ce qu'elle a toujours connu.

Cas clinique : A

A. est un adolescent allant sur ses 15 ans durant l'année 2020, il est scolarisé en classe de troisième ordinaire. Sur le plan anamnestique, la mère n'évoque rien de particulier concernant la grossesse et l'accouchement. Elle a pu lui proposer un allaitement exclusif jusqu'à ses 9 mois. A l'âge de 9 mois, A. a été hospitalisé pour un épisode de convulsions et par la suite un diagnostic de maladie de Kawasaki a été posé et A. a alors eu un traitement médicamenteux jusqu'à ses 18 mois par transfusion de plaquette pour fluidifier le sang. Cette maladie est une vascularite, qui tend à se produire chez les nourrissons. Elle est caractérisée par une fièvre prolongée, un exanthème, une conjonctivite, une inflammation des muqueuses et une adénopathie. La maman relie cette maladie à la difficulté de séparation d'avec son fils au moment d'aller en garderie, ce qui n'a pas pu être possible. A. est rentré en petite section de maternelle avec difficultés, beaucoup de pleurs. A. porte des lunettes et souffre de problème de dos : lordose et cyphose. Il a porté un corset pendant 2 ans de 2016 à 2018 et devrait le reporter jusqu'en fin de croissance, et souffre de problème de genoux qui sont tournés vers l'intérieur.

Le début de la prise en charge a commencé au mois de mai 2019, il s'agissait surtout d'un travail sur le fonctionnement familial, les attentes de chacun et la place de la parole d'A. dans ce système. En effet, l'orientation vers un suivi psychologique s'est faite sur la persistance du bégaiement malgré une prise en soin orthophonique, l'anxiété latente de ce jeune semble apparente pour tous, sauf pour lui. Il a alors fallu identifier les besoins et demandes d'A. et l'écart qu'il pouvait y avoir avec celles de ses parents. Il semblait porter l'héritage de la migration familiale, aîné de sa fratrie il lui fallait alors réussir à tout prix sur le plan scolaire en France. A. pouvait se plaindre d'avoir fourni beaucoup beaucoup d'effort et de n'avoir jamais récolté les fruits de son travail. Il semble montrer des affects dépressifs avec une baisse de l'élan vital, et de son investissement scolaire.

Résultats et données cliniques

Cas clinique : M.

Pour M., le suivi hypnothérapeutique n'a pas pu se mettre en place en raison du confinement. Le relais de soins avec ma consœur a été approuvé en équipe pluridisciplinaire et accepté par le jeune et sa famille. Nous avons pu nous rencontrer une seule fois, dans un interstice. Le suivi devrait débiter après les vacances de la Toussaint 2020. Il s'agira dans un premier temps de se rencontrer, d'apprendre à se connaître et d'identifier la demande de ce jeune. L'hypnose apparaît être un outil adapté à sa problématique inconsciente, en effet, il s'agirait de lui suggérer la possibilité d'accéder à ses ressources pour résoudre sa difficulté à communiquer de manière fluide. Son accès au symbolique et son investissement thérapeutique sont autant d'atout qui pourraient lui permettre de s'autoriser à être. Nous faisons l'hypothèse d'un traumatisme psychique durant cet été où il a été séparé de sa mère, qu'il identifie comme le moment de son histoire où le bégaiement est réapparue et ne l'a plus quitté. C'est un jeune décrit par l'équipe dans le contrôle et dans l'action pour avancer dans sa vie, l'auto hypnose pourrait être un outil, à vie, pour gérer au mieux ses émotions et sa parole dans son quotidien.

Cas clinique : L.

L a montré beaucoup d'anxiété et d'appréhension quant à l'idée même de lâcher prise, en demande de compréhension théorique du phénomène hypnotique, nous avons alors pris le temps de comprendre cet état naturel au niveau neurologique et au niveau des ressources psychiques.

J'ai choisi de solliciter L. pour mener une réflexion sur la prise en charge dont elle bénéficie, le but étant de la rendre plus actrice de la prise en soin. Sur le moment, il lui a été impossible de répondre, d'être sujet d'une demande et ainsi témoigner de son désir subjectif, je lui ai alors donné trois questions auxquelles elle devait réfléchir pour la séance suivante :

- Réfléchir à quels sont ses principaux problèmes
- Réfléchir à quels sont ses besoins pour aller mieux
- A quoi ça ressemblerait, dans sa vie, d'aller mieux ? D'être plus heureuse ?

A la séance suivante, L. s'était appliquée à réfléchir à cette demande, elle m'explique alors que son principal problème c'est qu'elle « stresse trop » et que cela entraîne plusieurs conséquences ou symptômes : « Quand je me mets à parler je ne peux plus m'arrêter ». Elle développe ensuite son manque de filtre, son bégaiement et les nombreuses difficultés qu'elle rencontre dans la sphère sociale avec son groupe de pairs. Elle poursuit par son besoin d'être plus sereine en étant « moins stressée, moins bavarde, moins timide ». Et l'ailleurs de sa vie où elle irait mieux ressemble à un monde où elle a plus d'amis, elle est plus sereine. Ses résultats scolaires seraient également plus constants, son débit de parole serait régulé, plus fluide et sa relation avec sa mère plus apaisée. Elle explique ensuite les difficultés que rencontrent sa maman et l'impact que cela a sur leur relation. Son discours est logorrhéique et majoré par son bégaiement « Vous voyez c'est un vrai cauchemar cette parole !! » s'exclame-t-elle en fin d'entretien.

Les deux séances qui ont suivi, L. a eu beaucoup de choses à évoquer entre un « conflit avec une camarade » et les difficultés relationnelles avec sa mère. Elle remplit alors les séances, ne me laissant pas intégrer l'échange pour autre chose que le dépôt.

Début Janvier, en fin d'entretien, nous regardons une vidéo sur internet qui explique le phénomène hypnotique, L semble très intéressée, et se prête à un jeu de rêverie éveillée autour d'un animal totem qu'elle pourrait ou voudrait être, ce qui la caractérise dans son comportement etc., c'est alors que l'on peut jouer sur le fil du symbolique et de l'imaginaire et autoriser L a lâché prise quelques instants..

Séance suivante, L. se sent très mal, d'autres moqueries sont apparues au collège et elle ne parvient pas à gérer la situation. Elle dit se sentir « impuissante » pour toutes les situations qu'elle rencontre. Lorsque je tente de lui proposer un petit conte métaphorique autour d'un loup, L. se bouche les oreilles et s'exclame « La vérité me fait peur ! ». Nous revenons alors sur son parcours et l'histoire non résolue avec son nounou. Les larmes aux yeux, elle s'isole dans les toilettes et revient souriante et dit « Ah la séance est finie, à la semaine prochaine ».

Après trois séances sur ce thème, nous avons tenté une induction formelle et ce fut un échec, puisque qu'après avoir fixé son attention visuelle, puis auditive, puis cinesthésique et un travail sur la respiration, au moment d'aller « un peu plus loin dans la détente », L. s'éveille et crie le nombre : 356. Elle avait compté durant toute l'induction, comme pour garder le contrôle de la situation et mettre en échec la séance proposée. Il y a là des bénéfices secondaires pour cette enfant suivie depuis le plus jeune âge, puisqu'à la fin de la séance elle s'excusa mille fois et s'accusa d'être nulle et de ne jamais y arriver. Logée sous ce signifiant « d'enfant a besoins intenses », qui serait-elle après une séance d'hypnose ? Un travail de réassurance et de revalorisation a été nécessaire. Durant les séances qui ont suivi, il a été important de laisser l'hypnose de côté, tout en proposant en fin de séance des exercices de cohérence cardiaque auxquels elle accepte volontiers de participer. Il m'a semblé important d'inscrire ces mécanismes de concentration et de relaxation comme un préalable à l'hypnothérapie dont je souhaitais lui faire bénéficier. Lors de notre dernière séance en présentiel, L. était anxieuse, son bégaiement était alors encore plus handicapant et il m'a semblé pertinent de tenter quelque chose du côté de l'hypnose conversationnelle. Je lui ai alors demandé quel était le premier souvenir agréable qui lui venait en tête : une sortie familiale au parc Astérix. « Très bien, et si on ferme les yeux quelles sont les images, les couleurs qui te viennent ». Déjà ailleurs, il a alors suffi d'accompagner tous ses sens vers cet ailleurs. D'accord dans la chambre d'hôtel, que vois-tu par la fenêtre ? Qu'entends-tu ? Et si on énumérait tous ces sons de ce souvenir agréable. Très vite, elle put également sentir l'air sur sa peau, le bruit des feuilles devant la fenêtre entre ouverte durant cet été-là. Je lui ai alors proposé de s'asseoir ou de s'allonger dans un endroit confortable dans cette pièce, elle accepta et me décrit l'odeur des draps, la douceur de son doudou, le confort de son corps qui s'ancre de plus en plus dans un nid de bien-être et de réconfort. Une fois ressourcée, je lui ai proposé de prendre quelque chose « comme un souvenir », une forme, une couleur peut être dont il suffira de se rappeler pour faire respirer à nouveau en elle toutes ses sensations agréables. Après un retour bref, L. ouvre les yeux et prend trois grandes respirations « Ah ça m'a fait du bien ! ». Nous avons alors pu faire notre première séance d'hypnose en étant ici et ailleurs à la fois.

La semaine suivante le confinement était annoncé, nous avons alors rapidement mis en place des téléconsultations en visioconférence. Chaque entretien débutait par un entretien familial puis un entretien individuel. Il a fallu quatre séances déjà pour accompagner cette famille et cette jeune dans l'organisation et l'apaisement de l'anxiété liée à l'enfermement. L'écran a ici empêché la possibilité d'un travail hypnotique, en effet, L. plus que jamais, avait besoin de contrôler le maximum de choses, un emploi du temps hebdomadaire, des horaires clairs et définis, des rituels etc. Nous avons donc choisi de continuer sur les prémices selon moi, du travail d'autohypnose. L. a alors utiliser la cohérence cardiaque comme un moyen de couper sa journée, en effet, chaque soir quand ses pensées s'entremêlaient par l'organisation des devoirs à rendre elle utilisait de la cohérence cardiaque comme un moyen de passer « en mode soirée » selon ses termes. Nous avons donc continué nos entretiens sans en passer par l'hypnose sur toute la fin d'année scolaire et jusqu'à la fermeture du service. La plainte autour du bégaiement est donc devenue secondaire, nous n'avons donc pas pu utiliser l'hypnothérapie avec cette jeune fille avant la fin de notre formation.

J'ai prévu de proposer différentes séances à cette jeune, il me semble important tout d'aborder de travailler sur un abord psychocorporel, décrisper son corps afin d'assouplir ses défenses psychiques. Un travail métaphorique pourrait être pertinent pour rendre plus acceptable la fuite de ses pensées et diminuer son angoisse archaïque. En effet, à partir du conte « Alice aux pays des merveilles » dont elle s'est déjà comparée, il m'apparaît de nombreuses pistes de travail possibles, pour apaiser et fluidifier son discours mais aussi traiter de son besoin de contrôle et de son refus de grandir et de se séparer de son enfance pour devenir une adolescente plus sereine et plus confiante en ses capacités. A terme, et en vue de son plaisir à contrôler, il apparaît que l'autohypnose pourrait devenir un outil tout à fait adapté à la problématique de cette jeune et peut être, permette une sorte d'introjection de la béquille imaginaire qui encre une dépendance au CMPP. Le but sera de la rendre sujet actif de son histoire, lui donner la possibilité de penser un avenir sans institution.

Cas clinique : A.

Séance 1)

A. m'explique que durant la pause thérapeutique, il a pu reprendre confiance en lui et obtenir de meilleurs résultats scolaires. Il m'explique également que le travail de la fin d'année scolaire dernière a porté ses fruits. Ses parents ont entendu sa demande d'aller en lycée professionnel l'an prochain dans la filière qu'il a choisi. Il écourte ensuite l'échange verbal en disant que tout va bien, qu'il souhaite reprendre les rendez-vous pour traiter son bégaiement mais que, mise à part ce symptôme, il n'est pas en souffrance.

Nous tentons alors une première expérience, je lui ai proposé une induction par de la relaxation corporelle. C'est un jeune qui a grandi rapidement ces dernières années, et qui semble dans une forme de rigidité physique (et mentale). Ce moyen d'induction m'est apparu adapté. Il est très vite parti en état d'hypnose, avec des clignements des yeux et des déglutitions. Je lui ai proposé simplement un endroit agréable lui suggérant alors qu'il identifie une luminosité, une ambiance, une odeur rassurante, des bruits sourds qui le bercent dans un silence mélodique, l'air sur sa peau...

A son retour, il n'a pas souhaité m'en dire plus si ce n'est qu'il se sentait mieux qu'à son arrivée. Toujours peu loquace et pudique, je lui rappelle que ces séances lui appartiennent et qu'il peut les partager ou non.

Séance 2)

Pour cette seconde séance d'hypnothérapie, A n'a rien à dire sur les jours passés, ni demande, ni plainte mais : « Quand est ce que l'on commence ? ».

Nous avons alors choisi de présenter « Le conte de la petite abeille qui bégayait : tout ne s'explique pas, mais tout a un sens. » après une induction classique par le corps.
« Il était une fois une petite abeille qui bégayait chaque fois qu'elle doutait d'elle, quand elle imaginait qu'elle pouvait être jugée ou qu'elle allait dire quelque chose qui risquait de déranger les autres. C'est embêtant une abeille qui bégaie car elle vole de travers, en zigzag, et ainsi elle a du mal à se poser à l'endroit où elle le souhaite.

On l'avait emmenée chez le pédiatre des abeilles qui avait trouvé que « cette petite abeille manquait d'affection »

Aussitôt sa maman, comme si elle se sentait accusée, s'était écriée :

- Mais pas du tout, de l'affection elle en a beaucoup, qu'est-ce que vous allez chercher là, vous pensez que je suis une mauvaise mère, que je n'aime pas assez ma fille ?

Et elle était partie en claquant la porte, et en traînant « avec beaucoup d'affection » sa fille au dehors. Un autre jour, cette même maman « avec beaucoup d'affection » reprocha violemment à sa fille d'avoir parlé à la voisine.

La petite abeille s'était toujours demandé, même des années plus tard, ce qu'elle avait bien pu dire à cette voisine pour avoir ainsi fâché sa mère.

Qu'avait-elle vu, qu'avait-elle révélé, qu'avait-elle dénoncé pour déclencher la violente colère de sa maman ?

Mais le plus difficile, pour la petite abeille, fut à l'école, où elle butait chaque fois sur la lettre q qui se prononce comme tu le sais KU !

Chanter « Colchiques dans les près » devenait un supplice, réciter la table d'addition « 2 et 2 font quatre, 7 et 7 font quatorze », sans oublier toutes les fois où il fallait se présenter, puisque cette petite abeille, j'ai oublié de le dire, s'appelait Cunégonde.

Pendant des années elle s'était interrogée :

- Mais à qui me renvoie le son KU, je ne vois pas, je ne vois pas du tout... Comment cela se fait-il que je butte sans arrêt sur chaque mot qui le contient ?

Mais tu sais peut-être qu'au pays des abeilles nul n'est plus sourd que celui qui entend.

Ce n'est que bien plus tard, en apprenant à sa propre fille l'apprentissage de la propreté – tu sais quand une maman apprend à son enfant à ne plus faire caca dans ses couches, mais dans un endroit précis, le petit pot qu'on met sous ses fesses qu'elle entendit le sens de son bégaiement.

Elle retrouva un vieux souvenir où elle était menacée par quelqu'un qui criait au-dessus de sa tête « pan-pan-cucu » chaque fois qu'elle n'arrivait pas à se retenir et qu'elle faisait dans ses couches.

Je crois savoir qu'à partir de là son bégaiement cessa. »

Lorsque À revient à lui, il s'exclame « Ouah », il semble impressionné et peine à en dire quelque chose. Il confirme juste sa volonté de reprendre un rendez-vous.

Séance 3)

À la séance suivante, A. a du retard, il avait oublié notre rendez-vous mais s'en est rappelé à

temps. Il m'explique qu'au niveau scolaire tout se passe pour le mieux pour lui et surprise : il ne bégaié presque plus. Quand je lui pose des questions sur cette évolution, il m'explique que c'est seulement dans certaines situations notamment de conflit familial que son bégaiement ressurgit. Il me dit se sentir détendu, à 7/10 sur l'échelle de bien être psychocorporelle qu'il a lui-même inventé. Nous échangeons autour des différents facteurs de stress empêchant ou non le discours, mais A. est catégorique il ne stresse plus depuis 2 ans. En effet, il situe l'arrêt du stress « conscient » durant son année de 5^{ème}, où trop déçu par ses résultats malgré ses efforts, il a « lâcher l'affaire » pour faire de son mieux même si les résultats n'en témoignent pas. Il utilise un vocabulaire de l'ordre de l'enfermement et du besoin de s'étendre, tout en le faisant physiquement devant moi. Ne souhaitant plus échanger à ce sujet, il me demande à entrer en hypnose pour continuer le travail initié.

Sentant qu'un changement était en train d'opérer, je lui ai alors proposé une séance autour de la « transe-formation » proposé lors de notre formation. Je lui ai alors expliqué toute la partie de la chenille, sa manière de voir le monde et les êtres papillons déjà évolués. Insistant sur l'aspect kinesthésiques, les sensations, les visions... Pour ensuite passer par l'étape de cocon, confortable mais enfermante etc. et la force et le courage qu'il fallait pour s'en sortir et surtout du temps nécessaire à chacun pour ensuite voler de ses propres ailes, s'affirmer et voler tel un papillon majestueux. Nous nous sommes inspirés de la trame proposée durant notre enseignement par Madame Bahouth-Abeau. Il a montré de nombreuses rétroactions, des petits spasmes dans les bras lors de l'envol et toujours une activité visuelle importante derrière ses paupières.

A son retour, il explique avoir eu l'impression d'un corps tout endormi et d'un esprit « hyper réveillé », il était là et ailleurs à la fois et en était surpris. Il dit se sentir plus détendu et ne souhaite ou ne peut m'en dire plus.

Séance 4)

Avec les vacances de février, 4 semaines se sont écoulées depuis la dernière séance. Il explique alors qu'il a rempli lui-même ses demandes de stages et demande de lycée, que ses parents étaient inquiets mais qu'il a réussi à les rassurer « je sais ce que je fais quand même ! ». Pour la première fois, depuis que je le connais, A. montre à voir un adolescent bien plus affirmé et souriant à l'idée d'en finir avec les années collège. D'autre part, il a pu débiter une activité qu'il souhaitait pratiquer depuis des années : la boxe ! Il s'est renseigné par lui-même et pour lui-même et a donc pu commencer ses premières séances. A. se tient plus droit, tient beaucoup plus le regard et surtout il sourit. Il m'explique que son bégaiement évolue, qu'il en ressent de moins en moins la gêne et nous

décidons de nous donner un objectif, continuer le suivi jusqu'à la fin d'année scolaire pour traiter ce symptôme et qu'à la rentrée prochaine, au lycée, il puisse continuer son évolution sans le CMPP, ce que nous acceptons.

Lors de cette séance, j'ai proposé à A. une induction ordinaire le faisant participer un peu plus, c'est-à-dire en lui suggérant d'énumérer les sons par exemple sans que je ne le fasse avec lui, ou pour la visualisation de sa respiration. Nous construisons ensuite un Safe Place, un endroit agréable de bien-être et de réconfort, un endroit où se ressourcer, ou s'apaiser... Les suggestions autour du renforcement des sécurités, des personnages rassurants, animaux etc. ont été faites. À certains moments j'observais une déglutition comme si c'était là la validation de la suggestion...

Je lui propose comme à chaque fois de partager son vécu s'il le souhaite mais qu'il refuse, il me dit que c'était trop bien mais qu'il veut le garder pour lui. Il semble qu'à travers ce travail d'hypnothérapie, cela permette à A. de s'approprier son monde interne, de le sécuriser et d'en faire quelque chose de tout à fait singulier et personnel. Il me dit se sentir bien et m'explique ce qu'il fera après la séance.

CONFINEMENT)

Nous avons pu avoir quelques échanges par téléphone, où il me dit que tout va bien, qu'il se sent bien en confinement, et qu'il ne bégaie plus. Nous avons pu avoir 3 échanges téléphoniques pour faire le point, mais où tout est toujours bien, sans souffrance ni symptôme. La mise en place de téléconsultation en visioconférence n'a pas pu se faire, A. refusait ce procédé car il avait peur que le reste de sa famille entendent nos échanges et n'appréciant pas l'idée que « le CMPP arrive dans (sa) chambre », ce que j'ai validé. Nous avons beaucoup plus échangé avec la maman, la rassurant sur l'évolution de son fils et son gain de maturité et de positionnement subjectif. Lorsque la reprise partielle en présentielle est devenue possible, j'ai alors proposé à A. un entretien, qu'il refusa dans un premier temps, « je ne bégaie plus c'est bon je n'ai plus besoin du CMPP » tout en acceptant que nous fassions le point la semaine suivante. Durant ce dernier entretien téléphonique, A. m'explique que son bégaiement est « revenu » après notre entretien comme si ce refus de conclure la prise en charge avait fait ressurgir ce symptôme, porte d'entrée vers son monde intrapsychique. Nous convenons alors de reprendre la thérapie jusqu'à la fin de l'année scolaire afin qu'il puisse prendre son envol après l'été.

Séance 5)

A. m'explique qu'il va bien mais qu'il bégaié un petit peu plus depuis une quinzaine de jours alors que ce symptôme avait totalement disparu sur les dernières séances que nous avons effectuées ensemble. Il relie ce retour de bégaiement avec l'approche des informations concernant ce brevet 2020. Il me parle de son bégaiement avec métaphore ce jour-là, il parle alors de blocages, de barrages plus ou moins solide qui laisse plus ou moins l'eau passer. Nous reparlons également de sa petite enfance, puisque les médias ont parlé du syndrome de Kawasaki, de cette rigidité du sang en comparaison à sa rigidité physique et mentale aujourd'hui. Il m'explique alors que peut être quelque chose doit se régler.

Durant cette séance, après l'induction, nous avons pris des escaliers descendants, une porte d'entrée vers son Safe Place, nous avons mis en place un mode de réponse par les doigts, il a pu alors s'y ressourcer, souriant durant la séance à chaque suggestion du VAKOG (Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif). Puis nous avons continué notre chemin en empruntant une porte menant vers un sentier, puis une maison. Dans cette maison, il a pu faire le tour, regarder par la fenêtre, visiter le rez-de-chaussée, ouvrant ainsi les portes qu'il souhaitait ouvrir et laissant fermées les autres, permettant de faire ou de ne pas faire dans cet espace, une fois qu'il répondit qu'il avait fait le tour, j'ai suggéré un changement de température, et une chaudière en besoin de maintenance. C'est alors qu'il dû par lui-même régler cette chose qu'il y avait à régler. Il répondit qu'il avait réussi mais qu'il avait d'autre chose à voir mais ne savait pas où. Je suggérai alors un grenier peut être et c'est d'un sourire qu'il répondit. Durant près de 5-6 minutes, A. ne souhaitait plus que j'intervienne, qu'il allait bien, ce que j'accepta. Il prit le temps de faire ce qu'il avait à faire jusqu'à ce qu'il manifeste son désir de terminer la séance « c'est bon ! ».

Nous avons alors fait le trajet inverse passant par les différentes étapes de la séance pour un retour où il eut besoin de plus de temps à s'étirer avant d'échanger. Lorsque je lui ai proposé d'échanger avec moi avec ce qu'il a vécu, il me dit « Bien, je suis détendu et la chaudière est éteinte ». Je valide et confirme que c'est très bien, il me dit alors que le reste lui appartient et qu'il ne ressent pas le besoin d'en échanger.

Séance 6)

A. m'explique dès le début de l'entretien que la nuit qui a suivi notre dernière séance a été mouvementée. Il s'est réveillé à plusieurs reprises « sans trop savoir pourquoi » me dit-il et le

lendemain matin il se sentait fatigué comme si la nuit n'avait pas été récupératrice, « impression de ne pas avoir dormi ». Je lui explique alors que, parfois, dans la thérapie, il y a des périodes qui bousculent un peu notre inconscient et qu'il doit continuer alors le travail entre les séances, A. sourit et semble apaisé de cette réponse. Il m'explique ensuite que dans certaines situations où il doit prendre la parole devant plusieurs personnes, « la peur du bégaiement crée le bégaiement ». Je lui demande naturellement s'il pratique l'autohypnose, et il répond spontanément qu'il ne sait pas faire. Alors, par des questions, je tends à lui montrer par lui-même qu'il sait déjà le faire. Je lui demande par quoi commence-t-on, et oriente ensuite par des questions sur les étapes suivantes de l'induction et quelle intention y mettre. Il fit alors l'induction de sa séance seul avec seulement ces questions et arrive dans son Safe Place.

Ce jour-là il m'a semblé pertinent, comme une intuition, de lui suggérer qu'il y avait A. en face de lui et que s'il le souhaitait il pouvait échanger par la parole, un geste ou simplement une intention. Il me répond durant la séance qu'ils sont en train de parler, tous deux, les deux A. A. déglutit énormément comme s'il lui fallait accueillir une parole importante, je vérifie régulièrement si tout se passe bien pour lui, s'il a besoin que j'intervienne et il me répond que non. Pendant près de 10 minutes, A. déglutit, grimace, sourit et bouge les yeux derrière ses paupières, il finit par me dire « c'est bon ! ». Quand je lui demande s'il se sent bien, il répond « oui mais je ne sais pas ». Nous prenons alors un temps, un temps de ressources dans son lieu de sécurité, jusqu'à ce qu'il se sente bien et serein. Une fois cet état validé, je suggère un encodage en se pinçant le poignet. En effet, durant cette séance, A. avait la main droite posée sur la main gauche, j'en profite pour lui suggérer cet encodage adapté à ses besoins sensoriels et propose qu'à tout moment, après la séance, il pourra à nouveau faire ce geste et ainsi ressentir la sérénité et le calme qu'il ressent à ce moment-là.

A son retour dans le bureau, A. est très souriant, les traits du visage relâchés mais se plaint de fourmillements dans les mains. Je lui propose de fermer les yeux et de refaire le retour. Une fois complètement revenu, A. pourra me dire qu'il se sent mieux, mieux qu'en arrivant, et exprime un souffle de soulagement. Une nouvelle fois, il ne souhaitera pas partager cet échange qu'il qualifie « d'important ». J'insiste sur le fait que l'important est qu'il ait pu avoir l'échange dont il avait besoin et nous concluons la séance. Sous la forme d'une prescription, je suggère à A. de pratiquer l'autohypnose quotidiennement et de se servir de l'encodage que nous avons créé dans les situations qu'il sent propice à un blocage de la parole. Nous déterminons par la même occasion les trois entretiens restants.

Séance 7)

Aujourd'hui, A. parle plus que d'avantage et sans bégayage, il me raconte sa semaine, les différentes activités qu'il a réalisées, la fierté et le soulagement qu'il ressent d'avoir été accepté dans le lycée qu'il souhaitait. Il m'explique s'être approprié la prescription que je lui avais faite, en effet, instinctivement j'avais suggéré l'autohypnose sur les temps du soir ou avant le couché, A. préfère le matin, c'est très bien. Il me dit « ne plus trop bégayer », et quand je le questionne il n'a pas de souvenir d'avoir été empêché dans sa parole cette semaine, et fait référence à la métaphore d'une des premières séances où il parlait de barrage qui laisse plus ou moins passer la rivière. C'est alors qu'après une détente induite par le corps, nous commençons le conte qu'il m'avait inspiré lors de cette séance, tout d'abord il s'agissait de visualiser cette eau, ce barrage nécessaire pour retenir certaines choses mais aussi pour en laisser passer d'autres. A. se mit alors à sourire ou grimacer selon s'il s'agissait de solidifier ce barrage ou de l'assouplir. Je lui ai suggéré de le rendre plus acceptable, en suggérant à la fois la densité des rondins de bois, la matière, le poids, la quantité, la hauteur ... etc. jusqu'à ce qu'il valide qu'il était plus acceptable. Assis devant cette rivière, je lui raconte le conte de Christophe André dans « Conte à aimer, Contes à s'aimer » sur la marmotte que je remplace volontairement par le castor :

« Il était une fois un petit castor qui s'appelait Narimo et qui vivait dans un pays très froid... Le nid familial se trouvait au bord d'une rivière qui se jetait dans un grand fleuve, lequel se laissait aller doucement jusqu'à la mer. Il faut que je te dise tout de suite que Narimo vivait chez ses parents, car le temps n'était pas encore venu de quitter le terrier familial. C'était une famille composée des parents et d'un fils aîné, Narimo. Le papa castor était fort comme un ours et la maman castor avait un sacré caractère, cela veut dire qu'elle ne se laissait pas dicter sa conduite. Comme cela arrive souvent chez les castors, les parents se disputaient souvent. Ils s'aimaient bien sûr, mais ils avaient des points de vue très différents, par exemple sur la façon de s'habiller, de construire leur terrier, leur barrage, de travailler. A propos des repas ou des sorties à faire, ils n'étaient jamais d'accord. Le papa castor, fort comme un ours, comme je te l'ai déjà dit, avait des yeux tout noirs et quand il était en colère, je t'assure, c'était comme si un orage allait éclater. Il criait silencieusement, puis se mettait à boudier. Et quand il boudait, c'est comme s'il allait exploser d'un seul coup et tout casser dans le terrier. Son corps se fermait et il aurait suffi d'un rien pour que tout éclate comme une tempête, pour que tout soit emporté comme dans un cyclone. Narimo, dans son petit lit de castor, avait souvent entendu ses parents se disputer et même crier. Et toute petite, elle avait très peur, elle imaginait qu'un jour son papa pourrait faire du mal à sa maman, peut-être même qu'il pourrait la tuer dans un moment de colère. C'est terrible pour une enfant de penser cela et de ne pas pouvoir même oser se le dire, car il

adorait son papa. Oui, je ne te l'ai pas encore dit, mais il avait une grande admiration pour son papa. Il aurait voulu lui ressembler. Comme ça il n'aurait eu peur de rien, il serait devenu fort comme un ours. Mais tu le sais comme moi, c'était un petit garçon castor, et même s'il aimait son papa, il ne pouvait pas être comme lui. Tout ce que je te dis là, il n'en avait jamais parlé, tout cela restait coincé dans sa gorge. Ce qui fait que lorsqu'il voulait parler, les mots, les mots du langage des castors bien sûr, se bouscullaient dans sa bouche, se mélangeaient entre eux, et il bégayait. Tout se passait comme s'il voulait dire plein de choses à la fois et les mots, qui ne pouvaient sortir tous ensemble, se cognaient et même se blessaient à l'intérieur de sa bouche, il bégayait, quoi. Ah, s'il avait pu dire à son doudou, à sa maman et surtout à son papa combien il l'aimait et avait en même temps si peur de lui ! Peut-être qu'un jour il pourra le faire. Au pays des castors, quand les enfants castors peuvent dire ce qu'ils ressentent, le plus gros de leurs difficultés dans leur relation au monde disparaît ou s'atténue ».

Après ce conte, A. à son retour n'avait rien dire, et ne pouvait pas décrire son état. Après un long silence, il me dit « j'ai eu un tiraillement au cœur ». Avec mes questions je comprends, que cela est arrivé durant le conte, que l'histoire lui avait fait mal physiquement au cœur, ce que j'ai alors verbalisé. Il sourit alors avec pudeur, baisse les yeux et revient pour me dire qu'il se sent bien maintenant et me dit à la semaine prochaine...

Séance 8)

Il dit se porter bien, « comme d'habitude », il attend les résultats pour son admission dans la filière qu'il souhaite au lycée mais ne considère pas cela comme une source de stress. Il sait qu'il n'a pas de contrôle sur la situation, il pose alors le « problème » sur la table et attend patiemment. Il m'explique que son bégaiement n'est presque plus présent, il dit avoir 4-5 « accrochages » dans la journée mais sur un mot unique à chaque fois ce qui n'entrave pas la communication et cela reste suffisamment discret pour lui. Il me parle de l'hypnose comme un mode de thérapie qui lui convient bien, que cela le rassure d'être conscient et de finalement avoir toujours le contrôle de la situation, il insiste sur le fait que « mes autorisations » le rassurent, lui permettre de suivre, ou non, les suggestions etc. Il me parle ce jour de son incapacité parfois à saisir le second degré, il prend les choses généralement au 1^{er} degré, et de plein fouet.

Mon intention était alors de créer une sorte de seconde peau, de bulle, quelque chose, peu importe quoi, qui le protège dans un premier temps afin qu'il ait le temps, peut-être, de saisir le sens de la phrase de l'autre et qu'ainsi elle ne lui arrive pas avec violence. Mais instinctivement après la

phase d'induction, que nous avons co-crée ensemble afin de faciliter l'utilisation de l'autohypnose, j'ai senti qu'il était important de parcourir ses souvenirs, son histoire. Je me suis alors adressé à la partie qui sait, celle qui sait ce dont il a besoin et après s'être ressourc   dans son Safe Place, nous avons pris le petit chemin au fond du jardin, passer le portillon, et avons profiter de la nature, de l'air et du soleil sur la peau, des odeurs des arbres, du bruit des oiseaux... « Il y a une gare, un peu comme dans les films ou dans les dessins animés avec un train grandeur nature qui ressemble beaucoup au train de notre enfance, de nos jeux d'enfants... Tu peux alors rentrer dans ce train, le parcourir... Sentir l'odeur singulière... la luminosité à la fois sombre mais où des rayons de soleil peuvent s'insérer... et prendre le temps.... Le temps pour t'asseoir... t'asseoir le plus confortablement possible... tu es seul où bien accompagné... accompagné des personnes dont tu as besoin en ce moment ... ou simplement de te retrouver dans ce petit train de la vie.... Une fois que tu seras bien... bien confortablement installé.... Tu pourras me faire un signe avec le doigt de la main droite ou gauche.... Très bien... c'est très bien... alors la particularité de ce petit train de la vie c'est qu'il avance à reculons ... comme pour parcourir sa propre histoire... Il démarre et fait beaucoup de bruit avec la vapeur qui s'échappe... (Bruit de travaux dans la rue) ... beaucoup de bruit que tu peux amoindrir ... simplement en te centrant sur tes sensations... le contact de ton corps sur cette assise... la mélange de cuir et de tissus ... et le paysage qui commence à défiler ... avec cette nature... cette lumière... ce décor.... Pour arriver l'année de tes 13 ans... souhaite tu t'arrêter un instant ou continuer ton chemin ? D'accord, prenons le temps alors... le temps pour vivre ce que tu as à vivre... (A déglutit)... tout va bien pour toi ?... D'accord très bien... je te laisse quelque instant dans un silence attentif tu pourras me faire un signe lorsque tu en auras fini.... Très bien c'est très bien.... Alors tu reprends une place, celle que tu souhaites... tu t'installes confortablement.... Et nous continuons notre chemin... prends le temps d'observer ce paysage... ... nous voilà l'année de tes 12 ans... est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? ... très bien nous continuons alors notre chemin, avec ces sensations de secousses... et de sécurité... jusqu'à arriver l'année de tes 11 ans... est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? ... Très bien alors prends le temps... le temps pour vivre ces moments est ce que ça va ? Très bien je te laisse à nouveau dans un silence attentif, tu pourras me faire un signe lorsque tu en auras fini (A cligne des yeux intensément) très bien... Alors tu reprends une place, celle que tu souhaites... tu t'installes confortablement.... Et nous continuons notre chemin... prends le temps d'observer ce paysage... ... nous voilà l'année de tes 10 ans... est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? ... très bien nous continuons alors notre chemin, avec ces sensations de secousses... et de sécurité... jusqu'à arriver l'année de tes 9 ans... est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? ... ? ... Très bien alors prends le temps... le temps pour vivre ces moments est ce que ça va ? Très bien je te laisse à nouveau dans un silence attentif, tu pourras me faire un signe lorsque tu en auras fini (Déglutition intense) très bien... Alors tu

reprends une place, celle que tu souhaites... tu t'installes confortablement.... Et nous continuons notre chemin... prends le temps d'observer ce paysage... nous voilà l'année de tes 8 ans... est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? ... très bien... à nouveau je te laisse prendre le temps de vivre ce que tu as à vivre... sereinement...en toute liberté.... (Quelques spasmes et agitation corporelle) ... très bien.... est ce que ça va ? Très bien je te laisse à nouveau dans un silence attentif, tu pourras me faire un signe lorsque tu en auras fini ... très bien... Alors tu reprends une place, celle que tu souhaites... tu t'installes confortablement.... Et nous continuons notre chemin... prends le temps d'observer ce paysage... nous voilà l'année de tes 7 ans... est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? Entendu... je te laisse alors à nouveau profiter de ces instants dont tu as besoin... fais-moi signe quand tu en auras fini.... Très bien... tu remontes à nouveau dans le train, tu t'installes confortablement Et nous repartons Nous voilà l'année de tes 6 ans est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? Entendu... continuons alors notre chemin... Nous voilà l'année de tes 5 ans est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? Entendu... continuons alors notre chemin... Nous voilà l'année de tes 4 ans est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? Entendu... continuons alors notre chemin... observons, apprécions... Nous voilà l'année de tes 3 ans est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? Entendu... continuons alors notre chemin... Nous voilà l'année de tes 2 ans est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? Entendu... continuons alors notre chemin... Nous voilà l'année de tes 1 ans est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? Entendu... continuons alors notre chemin... Nous voilà l'année avant ta naissance est ce que tu souhaites t'arrêter ou poursuivre ? Très bien ... arrêtons-nous un instant alors... prends ton temps... à tout moment tu peux me parler si tu en ressens le besoin... (Balancement de tête d'avant en arrière) ... c'est très bien A. ... est ce que ça va pour toi... entendu ... je te laisse alors... fais-moi signe quand tu le souhaites ... très bien c'est très bien cela ... Tu remontes alors dans le petit train de la vie... qui démarre avec ce bruit caractéristique Tu prends le temps de t'installer confortablement... et cette fois nous repartons dans le sens normal des petits trains ... si tu souhaites t'arrêter à nouveau... à l'une des stations... tu pourras me le dire ou me faire un signe ... très bien ... nous passons la gare de ta première année... deuxième année... troisième année.... Quatrième année... Cinquième année ... Sixième année ... Septième année ... Huitième année ... Neuvième année ... Dixième année ... Onzième année ... Douzième année ... treizième année ... et nous voilà à l'époque actuelle, celle d'aujourd'hui...tu peux alors descendre du train et reprendre le chemin qui mène au portillon de ton lieu à toi... ton lieu agréable... profite de la nature... de ses sensations sur ta peau... sous tes pieds ... »

En revenant à lui-même, il s'exclame « c'était la meilleure séance depuis le début ! », il semble en effet qu'il y avait quelque chose du côté des souvenirs qui devait s'élaborer ou du moins se

revisiter. Il reprend seulement le souvenir de ses 11 ans, qui est le seul souvenir dont il se souvient comme désagréable à son retour, il m'explique que c'était une période où il était beaucoup réprimandé et puni et cela injustement. Il me dit que ce n'était pas agréable mais nécessaire. Il n'a ensuite rien à dire sur le reste et les épaules relâchées nous nous quittons et donnons rendez-vous la semaine suivante pour le dernier entretien.

Séance 9)

A est fier de m'annoncer qu'il est accepté dans son vœu n°1 pour la suite de son parcours scolaire. Il bégaye très peu depuis plusieurs semaines, seulement 4 à 5 blocages sur un seul mot sur une journée. Toutefois, il semble préoccupé et me pose de nombreuses questions psychopathologiques. En effet, il a lu sur internet que dans la schizophrénie on pouvait retrouver des difficultés de concentrations, des troubles du langage et une tendance à interpréter les situations du côté des complots et se demande alors s'il ne souffrirait pas de schizophrénie. Nous reprenons alors ensemble, et j'explique la différence entre le doute qui est de l'ordre du manque de confiance en soi et de la névrose de nombre d'entre nous et la certitude. Il insiste en posant d'autres questions notamment sur le fait qu'il a vu sa mère en fantôme blanc lorsqu'il avait 6 ans et qu'il est souvent inquiet quand il entend des bruits « bizarres » la nuit, là encore il a eu besoin de mes réassurances, comme si ce dernier entretien était finalement précipité. Il me dit ensuite « Mais je pense souvent à pleins de choses, une autre vie, si j'avais un autre caractère, c'est grave ? », nous faisons alors le lien avec la fin de la prise en charge psychologique mais aussi au CMPP, je note d'ailleurs qu'il n'a jamais été autant loquace qu'à cette séance.

Une fois rassuré, je lui demande s'il a envie de faire quelque chose en particulier ce jour, il souhaite que je le soutienne une dernière fois pour de l'autohypnose. Il fait alors l'induction seul puis me décrit ce qu'il voit « il y a une rivière, comme on l'a déjà vu ensemble, c'est paisible ... les rondins de bois ... j'en enlève à certains endroits ... Mais j'en rajoute à d'autres ... c'est comme ça ... ça fait du bien ... ça circule ... rapidement ... c'est bien comme ça ... (long silence d'environ 5-6 minutes) ... Oui tout va bien... » Après encore quelques minutes, j'observe son retour, il bouge d'abord les doigts, les poignets puis c'est au tour des chevilles et des pieds, il s'étire ensuite la nuque, respire grandement et ouvre les yeux. J'ai saupoudré son discours tout au long, le félicite de ce travail réalisé aujourd'hui, et lui rappelle qu'il a cela en lui maintenant et pour le reste de sa vie. Souriant, il me remercie à plusieurs reprises et nous concluons ce parcours.

Discussion théorico-clinique

1) Rappel problématique

Notre problématique était de montrer l'intérêt de l'hypnothérapie dans notre pratique de psychologue au sein d'un centre médico-psycho-pédagogique auprès d'enfants porteurs de bégaiements. Nous nous interrogeons sur les singularités, les modalités et les avantages de cette approche thérapeutique auprès d'enfants et adolescents souffrants de bégaiements.

Nos hypothèses étaient :

- Le bégaiement en tant que symptôme psychique touchant aux limites de l'orthophonie serait abordable par l'hypnothérapie comme travail sur l'inconscient (traumatisme psychologique, conflits intrapsychique, symptôme familial...etc.)
- Le bégaiement en tant que symptôme anxieux pourrait être traité par un travail hypnothérapeutique sur la gestion des émotions et du stress.
- L'hypnose permettrait un renforcement de l'égo et donc une augmentation de la confiance en soi soutenant ainsi l'accès des jeunes patients à leurs ressources.
- Le bégaiement disparaîtrait sous hypnose, en tant que conversation de soi à soi.

2) Synthèse des données cliniques

Concernant le cas M, nous n'avons pas pu débuter la prise en charge hypnothérapeutique au CMPP sur cette fin d'année scolaire 2020 du fait de la pandémie du COVID19 et de la fermeture de notre établissement. Nous devions nous rencontrer dès la rentrée de septembre 2020, mais pour des raisons médicales il nous a été impossible de reprendre notre activité. Ce projet est toujours d'actualité pour notre retour au CMPP afin de répondre à la demande de ce jeune adolescent dont le besoin d'émancipation et de revalorisation des ressources est plus que nécessaire. Nous voyons déjà de nombreuses pistes dès les entretiens préalables sur un travail autour de la gestion et la régulation de ses émotions. L'hypnose par l'état de conscience modifiée qu'elle propose et la baisse des défenses

psychiques pourrait lui permettre de traiter les cicatrices qu'il garde de son histoire notamment dans les liens archaïques qui le lient à sa mère. L'auto-hypnose lui permettrait également d'avoir du contrôle sur sa fluence et donc sur sa manière d'être à l'Autre, mais surtout à lui-même. Par l'hypnose, nous voyons un moyen de répondre à sa quête d'autonomisation, de nombreux contes métaphoriques nous apparaissent d'ores et déjà pertinent pour ce jeune homme. Le suivi hypnothérapeutique devrait débuter dès janvier 2021.

Pour L., les choses sont un peu différentes, en effet, le suivi psychothérapeutique a pu se poursuivre à distance. Toutefois du fait d'un manque de concentration et de grandes résistances, il n'a pas été possible d'assurer un suivi hypnothérapeutique à distance. En effet, comme nombre de symptôme psychique, L semble avoir de multiples bénéfices secondaires à être à la place à laquelle elle a toujours été. Le soulagement symptomatique risquerait, au moins sur le plan imaginaire et symbolique, de modifier radicalement son rapport aux autres et à elle-même. La peur est une émotion très présente tant pour cette jeune que pour sa famille, il s'agirait alors peut être de partir de cette émotion et de ce qu'elle assure comme bénéfice. Le projet reste le même, dès notre retour au CMPP, il s'agira de débiter ce travail au long court, avec le bégaiement comme porte d'entrée à une problématique anxieuse massive. Nous pensons utiliser la méthode des 3 dessins de Joyce C. Mills et Richard J. comme entretien préalable à la reprise des soins psychiques, de cette manière nous pourrions permettre à L de symboliser ses états et ses désirs sans avoir forcément besoin d'en passer par le langage. Nous avons vu combien cette jeune avait la capacité d'expérimenter un état de conscience modifiée dans une visée thérapeutique d'apaisement anxieux, il s'agira alors de réactiver ses ressources en trouvant les mots pour qu'elle expérimente à nouveau cet état de bien être et qu'elle accepte, une fois rassurée, de s'autoriser à être pleinement dans son lien à l'autre sans devoir toujours se placer sous ce signifiant d'enfant « qui a besoin de l'institution » pour vivre. L'alliance thérapeutique sera un appui certain à l'évolution de notre accompagnement, en effet, dès la fin d'année scolaire 2020, il a été question de la fin des prises en charges au CMPP ou du moins l'espacement des séances. L fût tout de suite heurté par ce discours qu'elle n'avais pas encore entendu, lui rappelant ainsi que le but n'était pas qu'elle vienne jusqu'à l'âge adulte au CMPP mais qu'elle puisse, quand elle sera prête, s'envoler de ses propres ailes.

Avec A., nous avons vu comme l'hypnose, au-delà des mots, permet un mouvement, une mise en action du sujet dans une dynamique thérapeutique. Tout d'abord, il nous a semblé primordial de proposer un travail sur le corps, permettre à ce corps grandissant, se rigidifiant, un assouplissement afin de permettre une meilleure circulation des mots mais aussi des maux. Pour le thérapeute, il fut difficile et important de respecter ces silences de mots au profit de la parole du corps et des actes. À

chaque entretien, nous avons dû faire un pas de côté, permettre à A de ne rien en dire et de se baser simplement sur ses rétroactions. Nous avons pu observer, la force et l'efficacité de cet outil lorsqu'il s'agit de suggérer à un jeune de faire ce qu'il pense bon de faire pour lui pour aller mieux. A a pu montré des ressources infinies et insoupçonnées tant par lui que pour le thérapeute, comme si finalement on ne lui avait jamais suggéré qu'il était capable de régler les situations compliquées qu'il rencontre, ou dans notre cas de se guérir. L'alliance thérapeutique a été de plus en plus manifeste au fils des entretiens, mais l'accès au langage pour rendre compte de son expérience inexistant. Nous avons appris combien seule l'expérience du patient compte, s'il se sent mieux et qu'il souhaite poursuivre nous poursuivons. Il semble que chaque fois que nous validions ses silences ou ses incapacités à exprimer son expérience, l'alliance se renforçait, la confiance dans le fait qu'il pouvait vivre ce qu'il avait à vivre sans qu'un Autre n'entre dans cet espace qui n'appartient qu'à lui. Il a d'ailleurs pu se montrer de plus en plus bavard, se permettre à se dire autrement que par son trouble du bégaiement. Un autre point qui doit apparaître dans cette synthèse des données cliniques réside dans l'importance, pour le patient, de s'approprier l'outil hypnotique, comme étant à lui, pour lui. Nous avons vu au fils des séances, qu'A était en pleine capacité de mener son induction seul et de s'offrir un espace de bien-être et de réconfort sans l'aide de quiconque.

3) Confrontation des observations à la problématique

Nous avons choisi dans ce travail de recherche de nous centrer sur un symptôme en particulier : le bégaiement. Il semble être une porte d'entrée vers le soin, le passage de la plainte à la demande, mais il n'est, pour nous, que le haut de l'ice berg, de cette manière et à travers les différentes métaphores, il nous semble que l'hypnothérapie permet le traitement des sous bassements de l'ice berg, en suggérant au sujet de réparer lui-même ce dont il a besoin au quotidien, afin que, de surcroît, le symptôme tant bruyant que le bégaiement se lève.

- Le bégaiement en tant que symptôme psychique touchant à la frontière de l'orthophonie et de la psychologie serait abordable par l'hypnothérapie comme travail sur l'inconscient (traumatisme psychologique, conflits intrapsychique, symptôme familial... etc.)

Nous avons vu combien, avec A, il était important de le laisser faire, lui rendre son autonomie pour faire face à ses difficultés. Que ce soit traumatique ou familial, il semble que grâce au conte métaphorique, à l'exercice de la maison et à l'exercice du train, A. ait pu toucher, traiter, et s'approprier son vécu. Nous ne savons pas et nous ne saurons certainement jamais ce qui, dans son

histoire, devait être réparé mais nous savons que grâce à l'outil hypnotique nous pouvons permettre à un jeune d'user de ses ressources pour traiter son histoire. Il semble donc que lorsque la rééducation orthophonique peine à permettre une évolution d'un symptôme comme le bégaiement chez un sujet, qu'il s'agisse d'autre chose, d'un nœud encore non identifié chez le sujet lui-même. L'hypnothérapie parce qu'elle propose cette ouverture vers le changement et la possibilité d'accéder pleinement à ses ressources, permet un travail sur l'inconscient et sur ce dont a besoin le sujet à un moment T.

- Le bégaiement en tant que symptôme anxieux pourrait être traité par un travail hypnothérapeutique sur la gestion des émotions et du stress.

La gestion des émotions et du stress a été approchée principalement grâce à l'autohypnose, permettant ainsi à A., d'user de cet outil dans son quotidien familial, social et scolaire. D'autre part, A a pu dire à quel point il se sentait de mieux en mieux dans sa tête et dans son corps au fil de l'hypnothérapie. Les inductions choisies, principalement sur la détente psycho corporelle ont eu un effet sur l'instant mais aussi dans le temps. En effet, il était aisé d'observer son évolution dans la manière dont il se tient, plus droit, tête plus haute et la capacité à regarder son interlocuteur dans les yeux. Nous avons fait le parallèle entre le bégaiement et les troubles de la respiration dans notre revue de littérature, il apparaît prégnant dans la prise en soin d'A que l'apprentissage d'une respiration centré sur le corps a permis une diminution de ses traits anxieux et ainsi une amélioration de sa fluence verbale.

- L'hypnose permettrait un renforcement de l'égo et donc une augmentation de la confiance en soi soutenant ainsi l'accès des jeunes patients à leurs ressources.

Petit à petit, A. s'est ouvert, positionné dans le cadre thérapeutique mais aussi et surtout dans sa vie personnelle. Il a pu dire ses intentions professionnelles auprès de ses parents, les affirmer et se donner les moyens d'y accéder. Il a su faire preuve d'autonomie alors que jusque là, il se laissait aller aux attentes familiales dans un élan dépressif. D'autre part, il a su s'approprier cet outil pour se dire et se raconter notamment dans son quotidien et avec son groupe de pairs. La confiance en soi augmentant, le bégaiement diminuant.

- Le bégaiement disparaîtrait sous hypnose, en tant que conversation de soi à soi.

En effet, durant les neuf séances d'hypnothérapie, je n'ai relevé aucun trouble du bégayage dans le discours d'A. En transe, le langage est fluide, il parle peu mais efficacement et n'a jamais

« accroché » sur un mot ou une phrase. Il semble également que les échanges qu'il a pu avoir mentalement étaient fluides aussi. Dans cette ouverture personnelle, cette espace de rencontre avec soi, il n'apparaît pas de trouble de la fluence.

4) Discussion éthique, critiques méthodologiques, apport de cette étude

La première et principale critique semble porter sur la méthodologie, en effet, ce travail de recherche ne rend finalement compte que d'un suivi clinique complet et n'a pas utilisé d'outil d'évaluation quantitative que ce soit sur des échelles de bien-être, d'anxiété ni même sur l'évaluation des troubles du bégaiement initialement fait auprès des collègues orthophonistes.

Tout d'abord, il semble important d'insister sur la perpétuelle évolution de notre pratique clinique déjà en temps normal mais qui n'a eu de cesse d'évoluer durant toute cette année de formation. Il a fallu du temps pour s'approprier les exercices proposés dans cet enseignement, pour petit à petit les faire intervenir dans les thérapies de nos patients, au fil des échanges et de la singularité de chacun. Cet écrit rend donc compte de cette évolution, de l'apprentissage de cet outil « quasi magique » qui permet de suggérer le mouvement vers un mieux-être, dans un respect et une proximité du désir inconscient du sujet que nous n'avions pas pu observer jusqu'alors. Bioy et Keller, 2009 : « Le praticien est en quelque sorte invité de cette manière par le patient à franchir les frontières, jusque là étanches, de son univers subjectif. Mais, tout en considérant que ce qui vient à l'esprit du patient est en lien avec la problématique pour laquelle il consulte, l'hypnothérapeute doit se garder de transgresser les règles en vigueur dans cet univers qu'il ne connaît pas encore ». C'est un point de notre pratique clinique qu'il nous a fallu intégrer et s'approprier de rencontre en rencontre.

Notre questionnement éthique s'est posé sur deux dimensions, la première relève de l'alliance thérapeutique et sa consolidation à travers l'hypnose. En effet, avec A pour qui l'alliance n'était finalement pas la plus claire, la plus explicite, du fait de son inhibition il nous était difficile de nous rendre compte de la qualité de cette alliance. En effet, A. est en difficulté dès qu'il s'agit de s'exprimer sur son monde interne et ses ressentis, nous faisons d'ailleurs l'hypothèse d'une alexithymie au sens qu'elle correspond à un mode particulier de traitement des émotions, caractérisé par un déficit de représentations mentales de l'éprouvé subjectif.. En effet, pour A. C'est comme s'il y avait à la fois une difficulté à identifier et à décrire les émotions et une limitation de la vie imaginaire.. L'accroche résidait dans ce pari, que cette année nous tentions, ensemble, d'apaiser ce symptôme dont il se plaint sans pour autant pouvoir en dire plus sur le reste de son fonctionnement. Le Safe Place a été une

assurance tant pour le clinicien que pour le patient, un gage de sécurité suffisante à l'évolution de la prise en charge et l'objectif de fluidification du discours de ce jeune. C'est quelque chose qui nous a moins été nécessaire avec d'autres patients, d'autres problématiques au fil de l'année et de l'apprentissage de l'hypnose. Il nous est apparu important de reconnaître cette part du clinicien qui s'observe dans le travail hypnothérapeutique que nous avons réalisé avec A. A contrario, avec L, l'alliance thérapeutique semble plus claire, avec un transfert positif fort entre le clinicien et cette jeune et pourtant l'hypnose s'est confrontée à ses résistances psychiques inconscientes et les différents bénéfices secondaires auxquels elle tient. L'alliance thérapeutique n'est donc pas un gage de réussite de l'hypnothérapie et si elle n'est pas clairement identifiée du côté du clinicien elle peut être discrète mais suffisante à la levée symptomatique du sujet en question. Nous avons pu voir au fil des séances avec A, comme chaque prise de rendez-vous, chaque petits retours sur son vécu étaient signe d'une consolidation de cette alliance abstraite de départ.

La deuxième relève de cette absence de discours verbal qui nous a alors demandé sans cesse de nous remettre en question et de tenter de l'accompagner sur son langage à lui : son corps, ses expressions du visage, sa respiration. L'hypnothérapie semble permettre ce décalage et surtout ce recentrage sur nos ressentis, en tant que thérapeute. On navigue parfois à vue, à tâtons dans la richesse de la rencontre clinique, il semble bien que cette prise en charge met en lumière cette possibilité mais aussi le travail de frustration pour le clinicien-chercheur qui aurait besoin de contenu pour rendre compte de ce parcours. Comme l'écrit Roustang (2015) : « Précisément, face au patient, à chaque séance, tout est à recommencer, parce que nous devons nous placer dans le risque au principe de l'inventivité ». C'est l'expérience que nous avons eu de cesse de vivre dans cette prise en charge. Sans savoir ce qu'il se passait pour A., ni l'endroit qui le sécurisait, ni les échanges qu'il pouvait avoir avec lui-même lors de l'échange de soi à soi, ou les découvertes qu'il a pu faire dans les vieux cartons de cette maison à l'abandon, il a fallu valider, saupoudrer, acquiescer que l'absence de discours verbal n'est pas un frein, au contraire. Cela peut être lié à la puberté, notamment pour des jeunes comme A., qui n'ont eu que peu d'espace pour l'expression de leur singularité, leur permettre de vivre, ressentir sans avoir à dire. Finalement l'important reste le retour du patient, il va bien et revient la fois suivante pour continuer.

Notons cette phrase de Roustang : « le travail thérapeutique devrait se borner à ne dire et à n'entendre aucun mot qui ne soit un geste du corps tout entier », c'est ce pari abstrait de l'hypnothérapie qui nous semble être bien l'un de ses aspects les plus riches, pour le patient. Il semble que pour nous, psychologues chercheurs, c'est cette expérience de passivité dont nous parle Roustang qu'il a fallu travailler en tant qu' : « influence parce qu'elle est le symbole de cette passivité des

passions qui fondent la réalité existentielle et conditionnent la communication. L'hypnose parce qu'elle est, pour le psychologue ou le stomatologue, le moyen de faire l'expérience de cette passivité. Il apprendra à parler, et à laisser parler son animalité, après avoir laissé de côté toute tentative de maîtrise soit par la traversée de la confusion qui le fera parvenir au monde des perceptions subtiles et des impressions inscrites en son corps, soit par l'apprentissage de l'observation des signes par lesquels les vivants se disent leurs positions respectives et l'état de leurs relations » 1990.

L'hypnothérapie m'apparaît alors comme un moyen d'être encore au plus près des besoins du patients lui laissant toute la liberté d'aller là où il a besoin d'aller sans compte à rendre à qui que ce soit... Profondément humaniste, elle nous a permis de nous sentir plus proche de son vécu. Il apparaît important d'insister sur cette notion d'accordage qu'il apparaît primordial d'abord de centrer sur le sujet lui-même, qu'il s'accorde avec sa vie interne pour qu'ensuite, dans un second temps il soit possible de s'accorder avec l'Autre et le monde en général.

D'autre part, hypnothérapeute en formation, il semble que dans la posture de clinicien quelque chose ait changé au cours de l'année, que ce soit dans la présentation ou l'appropriation des outils fraîchement découverts. Il apparaît donc un biais considérable du côté du clinicien, qui par ses incertitudes a pu véhiculer une forme d'insécurité lié à l'outil hypnothérapeutique et qui a pu user de méthodes et d'induction qui le rassurait lui, dans son approche clinique. Il semble qu'aujourd'hui, avec plus de recul, il s'agirait de permettre encore plus de liberté dans l'échange notamment avec L, pour qui l'aspect formel est redouté. Cette nouvelle posture se travaille au fil des rencontres et des entretiens, mais surtout elle se vit.

Une différence notable se retrouve dans notre pratique clinique entre l'institution et le libéral, les fruits du travail hypnothérapeutique sont foncièrement différents auprès des deux populations c'est un point que nous relevons de manière générale entre nos deux pratiques cliniques. L'hypnose apparaît tout de même comme un moyen de rendre le sujet plus acteur de sa prise en charge qu'il ne l'ait en général, par habitude ou résistance, l'hypnose permet cette réappropriation de la thérapie et donc de l'apaisement de ses souffrances.

En sommes, il s'agit là d'ouvrir les possibilités, et nous retiendrons une phrase de Roustang en 2015 « Changer, c'est donc s'approprier encore et encore ».

Conclusion

En conclusion de ce travail de recherche en hypnothérapie, il nous semble important de revenir sur les nombreuses remises en question qui semblent avoir été bénéfique tant pour le patient que pour le thérapeute. L'hypnose parce qu'elle modifie la relation au monde de ceux qui en usent a permis d'orienter notre approche sur le sujet, dans sa globalité d'être et surtout ses ressources. Nous avons donc travaillé à respecter cette possibilité de pudeur, de garder pour soi, de faire les choses de soi à soi.

La pratique de l'hypnose nous a permis comme le dit si bien Guy Ausloos d' « apprendre à avoir foi en ses patients, quel que soit le cadre de la rencontre, leur âge, leur profil cognitif, leur nombre ou leur pathologie. »

Concernant ce choix d'approcher le sujet à partir de ce symptôme langagier, il nous a fallu trouver la porte d'entrée vers la singularité de ces enfants. Le but étant toujours, au long court, de permettre une émancipation de leurs pensées, une possibilité de penser une fin de prise en charge institutionnelle après des années de rendez-vous et de professionnels. Le trouble du bégaiement est donc comme le haut d'un iceberg qui permettrait à l'hypnothérapeute de proposer à ces jeunes une possibilité de mouvement, une possibilité de fluence de leur discours comme avec n'importe quel autre symptôme finalement, leur souffler l'idée qu'ils peuvent résoudre ce dont ils se plaignent.

De plus, la dimension psycho corporelle fut importante dans l'évolution de notre pratique clinique. En effet, elle permet une autre écoute du sujet, elle vient dire quand les mots ne sont pas possible, le corps s'exprime et nous en tenons de plus en plus compte grâce à cette nouvelle approche thérapeutique qui vient compléter notre attrait vers une philosophie thérapeutique finalement de l'être humain. Nous nous sommes surpris au fil de cet enseignement à intégrer cette logique symbolique et imaginaire, à pouvoir user de la métaphore pour servir le patient et permettre toujours une ouverture vers ses ressources et ses possibilités. Dans notre clinique, la surprise est sans cesse renouvelée que ce soit de par la singularité de chaque sujet que nous recevons et de l'évolution permanente de l'alliance thérapeutique.

D'autre part, nous avons pu expérimenter l'auto hypnose, qui permet à des sujets même dans le contrôle de justement contrôler autrement leurs vécus et leurs émotions. Comme si contrôler le lâcher prise pouvait satisfaire à la fois le besoin de contrôle et le besoin d'abaissement des tensions anxieuses mentales et psycho corporelles, en tant qu'un réel pouvoir, de soi à soi. C'est un point

important dans notre quête d'ouvrir pour le patient de nouvelles portes du possible, qu'il puisse être plus autonome dans la gestion de son trouble et de son quotidien.

Pour ouvrir cette recherche vers d'autres perspectives, il semblerait pertinent que s'ouvre la formation de l'hypnothérapie pour les orthophonistes, car un vrai travail de partenariat et de complémentarité pourrait permettre une prise en charge pluridisciplinaire plus holistique de ces sujets souffrants de bégaiement.

Nous pensons également user de l'hypnose dans nos groupes thérapeutiques avec des enfants et adolescents. En effet, le projet initial porte sur un travail sur les émotions, leurs reconnaissances et leurs expressions, l'hypnose pourrait être à la fois un outil pour consolider l'alliance groupale mais aussi une permission vers l'imaginaire, la rêverie à partir d'une expérience commune de conscience modifiée sécurisante.

Enfin, dans un travail de recherche plus grand, il serait intéressant d'interroger l'hypnothérapie comme un soutien à la subjectivation et l'autonomisation de nos patients entrés en institution dès le plus jeune âge. Il s'agirait d'observer comment l'hypnothérapie permet au sujet d'être à nouveau au cœur de sa prise en charge et permettre un mouvement vers l'extérieur et la possibilité d'un avenir sans institution.

BIBLIOGRAPHIE :

- BAHOUT S., année universitaire 2019-2020, notes de cours du D.U. D'hypnothérapie
- BIOY A., MICHAUD D. (2007), « Traité d'hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications, Paris, Dunod
- BIOY A., WOOD Ch, CELESTIN-LHOPITEAU I. (2010), « L'aide mémoire d'hypnose », Paris : Dunod
- BIOY A., (2013), « Découvrir l'hypnose », Paris : 2^{ème} édition, InterEditions.
- BOBBY & BODENHAMER, (1990), « L'hypnose et les PQR » article publié dans l'europpéen journal of clinicat hypnosis
- CELESTIN-LHOPITEAU I., (2005), L'hypnose et l'enfant », in L'hypnose aujourd'hui, Paris : Edition in près, 177-192
- CELESTIN-LHOPITEAU I. (2013), « L'hypnose pour les enfants », Paris : J. Lion
- COUSIN C. (2010) Contes thérapeutiques dans le traitement hypnotique du bégaiement. Mémoire de l'Université de Nantes
- ESTIENNE F. (2001) « Utilisation du conte et de la métaphore », Paris : Masson
- GUIMIER J-B., année universitaire 2019-2020, notes de cours du D.U. D'hypnothérapie
- HEITZ A. (2011), « Questionnement sur l'utilisation du conte en orthophonie dans le cadre d'un atelier de langage en maison de retraite : tout conte fée, le conte est bon ?. Médecine humaine et pathologie.
- LEBRUN Y (2002) « bégaiement développemental et bégaiement acquis chez l'adulte » ni : VAN HOUT À, ESTIENNE F (2002). Les bégaiements Paris édition Masson 15°-153
- LE HUCHE F (1999) : le bégaiement option guérison. Paris : Albin Michel.

- MAINGUET A., année universitaire 2019-2020, notes de cours du D.U. D'hypnothérapie
- MILLS J-C., CROWLEY R-J., (1995), « Métaphores thérapeutiques pour enfants », Paris : Desclée de Brouwer
- OLNESS K., KOHEN D-P., (2006), « Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant », Bruxelles : Satas
- MONFRAIS-PFAUWADEL M-C (2000). Un manuel du bégaiement ; Marseille : Edition Solal.
- MONFRAIS-PFAUWADEL M-C (2014). Bégaiement, bégaiements, un manuel clinique et thérapeutiques. Paris : édition De Boeck Solal
- PIÉRART B (2013) « Les bégaiements de l'enfant » Clamecy : édition la nouvelle imprimerie Laballery, 201-205
- PIREYRE E (2000) Épreuve de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques de Mira Stambak : nouvel étalonnage Évolutions psychomotrices, 47 : 32-43
- ROUSTANG F., (1990) « Influence », Paris, Les éditions de Minuit
- ROUSTANG F. (2003), « Qu'est ce que l'hypnose ? », Paris : Les éditions de Minuit
- SIFNEOS PE. (1973) The prévalence ou « alexithymic » characteristics in psychosomatic patients. Psychoth Psychosomatics ; 22 : 255-62
- TANGUY L., (2015), Mémoire : « L'hypnothérapie en pédopsychiatrie : au service de l'enfant, de sa famille et/ou de l'institution ? »
- VAN HOUT A, ESTIENNE F (2002). Les bégaiements. Paris : éditions Masson.
- VINCENT E (2004) Le bégaiement. La parole désorchestrée. Toulouse : éditions Milan

Encadrant : JB Guimier

Hypnothérapie de l'enfant et l'adolescent : Approche du bégaiement.

Résumé :

L'objectif de cette recherche est d'explorer l'intérêt de l'hypnothérapie dans un Centre-Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) à partir d'un trouble de la fluence : le bégaiement. En effet, nous supposons que l'hypnothérapie peut être un levier thérapeutique pour les patients entrés en institution dès le plus jeune âge et trouvant ainsi dans le CMPP une sorte de béquille imaginaire dont ils semblent ne plus pouvoir se passer et ne parviennent pas à s'émanciper. Nous avons choisi comme symptôme porte d'entrée le bégaiement, puisqu'il est bruyant et qu'il peut être persistant aux thérapies ordinaires. Pour nombre de sujets bègues accueillis, il s'agit du symptôme-plainte, cachant ou limitant l'accès à leurs ressources psychiques subjectives. Nous avons étudié et interrogé les singularités, les modalités et les avantages de cette approche thérapeutique auprès de trois adolescents souffrants de bégaiement. Nous avons pu réfléchir aux frontières avec l'orthophonie et comment l'hypnose pourrait soutenir la pluridisciplinarité des prises en soin d'enfants bègues. Nous avons vu combien le bégaiement en tant que symptôme anxieux pourrait être traité ou du moins réduit à l'aide de l'hypnothérapie centrée sur la gestion des émotions et du stress notamment par l'apprentissage de l'auto-hypnose et la détente psycho-corporelle. Ainsi, la spécificité de l'hypnose en tant que dialogue de soi à soi devrait faciliter la fluence verbale de ces jeunes en difficulté pour se dire et ainsi se subjectiver. L'étude porte sur trois cas clinique dont un seul a pu être développé jusqu'à une fin de prise en charge institutionnelle. À travers ces vignettes clinique, nous avons pu montrer la richesse des ressources des sujets que nous avons rencontrés. Elles ont permis de mettre en exergue la remise en question et la créativité du thérapeute, comme du sujet et de la relation qui émane des deux protagonistes à travers l'alliance thérapeutique.

Mots clés : **Hypnothérapie – Bégaiement – Enfant – Adolescent – Subjectivation**