

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

DIPLÔME UNIVERSITAIRE HYPNOTHÉRAPIE

Apport de l'hypnose dans la dépression chronique

*A propos d'un cas clinique
ou résistance au changement*

Marine Gaillard

Psychiatre – Praticien Hospitalier

N° étudiant :0398007219T

Directeur de mémoire

Mr Clément Maillot – Psychologue

Année 2021-2022

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier le fait d'avoir eu la chance de faire partie de la promotion 2021-2022 du diplôme universitaire d'hypnothérapie et Antoine Bioy pour sa contribution active à la diffusion de l'hypnothérapie.

Merci à Clément Maillot pour avoir consacré du temps à accompagner ce travail de mémoire, pour sa disponibilité et sa gentillesse.

Merci à tous les intervenants de ce DU pour nous avoir transmis leur expérience de l'hypnose et pour la qualité de leur intervention.

Merci à mes collègues de promotion pour ces moments d'échanges et ces belles rencontres en ces temps perturbés.

Merci à Vous , mes enfants, mes 5 soleils qui illuminent ma vie depuis maintenant 8 années, parfois orages, parfois pluie, ...mais souvent arc en ciel !

Merci à Toi, pour ton amour et ta présence.

Merci à mon frère pour tout ce qu'il m'a apporté, et m'apporte toujours, par sa différence.

Merci à mes parents pour leur indéfectible soutien et leur confiance en mes choix.

Enfin, merci à mes patients, à ces rencontres thérapeutiques qui enrichissent chaque fois mon expérience de thérapeute et d'humain.

TABLE DES MATIERES

I. <u>Introduction</u>	6
II. <u>Revue théorique et problématique</u>	8
1. La dépression.....	8
a) Epidémiologie.....	8
b) Définition classique de la dépression.....	8
c) Aspects thérapeutiques.....	9
2. La dépression chronique.....	10
a) Définition.....	10
b) Théorie du chaos.....	10
3. L'hypnose.....	11
a) Définition de l'hypnose et de l'hypnothérapie.....	11
b) La relation en hypnose.....	14
c) Hypnose et dépression.....	15
4. Problématique.....	16
III. <u>Méthodologie de la recherche</u>	17
1. Présentation du cadre du suivi.....	17
2. Présentation de la patiente.....	17
a) Éléments biographiques.....	18
b) Éléments cliniques.....	20
IV. <u>Résultats et données cliniques</u>	20
1. Première séance : construction du lieu sûr.....	20
2. Deuxième séance : image métaphorique.....	22
3. Troisième séance : le nuage.....	24
4. Quatrième séance: métaphore du ruisseau.....	25
5. Cinquième séance : les figures symboliques.....	26
6. Sixième séance : ciel de vie et autohypnose.....	28
7. Septième séance: renforcement du Moi.....	29
8. Huitième séance : pas d'hypnose.....	30

V. <u>Discussion théorico-clinique</u>	31
1. Rappel de la problématique.....	31
2. Confrontation des résultats à la problématique.....	32
a) Effets sur les symptômes dépressifs.....	32
b) Effets sur la relation thérapeutique.....	33
3. Limite de notre travail et discussion éthique.....	34
VI. <u>Conclusion</u>	37
VII. <u>Bibliographie</u>	38
VIII. <u>Résumé et mots-clés</u>	40

I. Introduction

La thématique dépressive est très présente dans ma pratique quotidienne de psychiatre en établissement public. Je la rencontre sous toutes ses formes : aiguë, agitée, associée à des états psychotiques, à des troubles bipolaires, des addictions, des deuils, des psychotraumatismes... mais elle est surtout récurrente et parfois très longue, voir interminable. Il est satisfaisant pour le thérapeute, qu'il soit psychiatre ou psychologue, de constater l'amélioration clinique des patients après quelques mois de suivi. Malheureusement, les absences d'amélioration sont trop souvent vécues comme des échecs, tant pour le praticien que pour le patient, avec le risque de désinvestissement des soins et de « chronicisation » de la relation thérapeutique, si cette relation perdure.

Ma rencontre avec l'hypnose a été une révélation. Je n'en connaissais que les représentations plus ou moins classiques et n'avais pas idée de la richesse de cette pratique, tant pour le patient, que pour le praticien. Cette rencontre s'est faite en tout premier lieu par la lecture d'un livre, « *Traité d'hypnothérapie* » (sous la direction d'A. Bioy et D. Michaux), qui m'a permis de découvrir les bases de cette pratique et surtout d'entrevoir l'immense « champ des possibles » qu'elle offre. Puis, les enseignements des différents intervenants au cours de cette formation universitaire m'ont fascinée à chaque session, avec à chaque fois, la découverte de nouvelles possibilités, de nouvelles perspectives à intégrer dans ma pratique clinique.

Je me suis vite rendue compte que ce nouvel outil pouvait apporter un renouveau dans mes prises en soins, du mouvement à certains suivis anciens et figés, notamment concernant des patients souffrant de dépression chronique, quelles que soient les comorbidités psychiques, et pour lesquels la relation de soin est plus devenue une relation « sociale ». Ils viennent me voir, me racontent leur vie qui ne change pas, leurs symptômes qui restent désespérément les mêmes, leur quotidien triste et passif. Puis repartent avec parfois un autre essai de traitement, mais le plus souvent la même ordonnance que j'ai renoncé depuis plusieurs mois, voir plusieurs années, à modifier faute d'amélioration. Nos entretiens sont devenus des rencontres régulières sans effet de mouvement. Nous nous y sommes habitués, eux comme moi, et la perspective d'une évolution positive est presque nulle.

Cette situation est particulièrement évidente dans le cas d'une de mes patientes, que je présenterai par la suite. C'est en pensant à cette prise en soins que j'ai formulé la problématique de l'apport de l'hypnose dans les dépressions chroniques. Avant d'exposer ce cas clinique, je propose une revue

théorique de la dépression et de l'hypnose appliquée à la thérapeutique.

II. Revue théorique et problématique

1. La dépression

a) Épidémiologie

Les troubles dépressifs, désignés sous le terme générique de dépression, sont aujourd'hui reconnus comme une pathologie d'évolution chronique associée à une morbidité conséquente. Il s'agit d'une maladie plurifactorielle complexe sous-tendue par des interactions entre vulnérabilité génétique et facteurs environnementaux, encore sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée. Le modèle « biopsychosocial » est celui qui prédomine pour expliquer les troubles dépressifs. Il s'agit de la contribution de facteurs appartenant à trois principaux domaines, dans l'apparition d'une dépression : biologique, psychologique et social.

Les états dépressifs représentent une pathologie fréquente avec une prévalence de 5% en population générale soit une prévalence vie entière élevée, variant entre 16 et 24 % selon les études. Le profil évolutif des troubles dépressifs est caractérisé par un fort risque de chronicité ainsi qu'un important taux de récurrence après rémission : on observe 50% de récurrence dans les 2 ans et 75% à plus long terme. Les récurrences dépressives augmentent le risque suicidaire et diminuent la qualité de la réponse thérapeutique avec 20% de dépression chronique. Ainsi, les troubles dépressifs sont au troisième rang des maladies handicapantes, constituant une préoccupation majeure de santé publique, d'autant plus qu'ils s'accompagnent dans plus de la moitié des cas de comorbidités telles que les troubles anxieux et les abus et dépendances aux substances.

b) Définition classique de la dépression :

Les symptômes cardinaux de la dépression sont une humeur dépressive ou une perte d'intérêt et de plaisir pour les activités habituellement plaisantes.

Le syndrome dépressif associe classiquement un ensemble de symptômes regroupés dans les quatre registres suivants :

- une altération pathologique de l'humeur : tristesse, pleurs ;
- des cognitions dépressives : vision négative de soi, du monde et du futur ;
- un ralentissement psychomoteur ;
- et une altération des conduites instinctuelles (appétit, libido, sommeil).

Cette symptomatologie est nommée « épisode dépressif caractérisé » lorsque les perturbations représentent une rupture avec l'état et le fonctionnement antérieurs du sujet, qu'elles sont présentes au quotidien et depuis au moins quinze jours.

La dépression est qualifiée de « légère, modérée ou sévère » selon le nombre et l'intensité des signes. Il convient également de préciser le diagnostic et le degré de gravité en recherchant le caractère aigu ou chronique de la dépression, la présence de comorbidités (addictions, anxiété, trouble bipolaire...), ainsi que les ressources externes au patient (soutien de l'entourage...).

c) Aspects thérapeutiques

Le traitement de la dépression repose sur deux axes principaux : médicamenteux et psychothérapeutique.

La médication présente certains avantages tels qu'une rémission plus rapide de certains symptômes ainsi qu'une plus grande efficacité sur les symptômes végétatifs tels que les troubles du sommeil et de l'appétit. A l'inverse, on observe des inconvénients au traitement médicamenteux comme le fait de renforcer la passivité du patient, de provoquer des effets secondaires parfois invalidants, un effet d'accoutumance et un taux plus élevé de rechutes précoces (Dubovsky, 1997).

La psychothérapie présente également certains avantages et inconvénients thérapeutiques. Parmi les principaux avantages, on relève l'intérêt que porte la psychothérapie au développement des compétences et la diminution du taux de rechute qui lui est associée ; la valeur de la relation thérapeutique ; un plus haut degré d'autonomie ; une plus grande possibilité de dispenser un traitement personnalisé plutôt que standardisé ; et la possibilité d'enseigner la prévention (Yapko, 2001). Les inconvénients de la psychothérapie sont, d'une part, qu'elle dépend d'avantage du niveau de compétences du praticien et, d'autre part, une période plus longue entre début du traitement et rémission des symptômes, ainsi qu'une moindre efficacité sur certains symptômes notamment végétatifs.

Selon Claude Virot, les antidépresseurs sont nécessaires lorsque les limites du thérapeute sont dépassées. Pour lui, 80% des troubles dépressifs pourraient être traités de manière plus naturelle et plus rapide par l'utilisation de thérapies brèves telle que l'hypnose.

Ainsi, il semble justifié de ne réserver le traitement médicamenteux qu'en cas de symptômes majeurs et invalidants, ou de dépression sévère, afin de développer au maximum les compétences du patient pour limiter les récives.

2. La dépression chronique

a) Définition

La dépression a longtemps été considérée comme un événement ponctuel, un accident de la vie. Ce trouble est apparu progressivement comme une maladie chronique du fait de fréquentes récurrences et d'une variation de sévérité et de durée des épisodes. Selon la dernière classification du DSM-5, la dépression chronique est classée dans les troubles dépressifs persistants.

La dépression chronique est un épisode dépressif dont la durée est égale ou supérieure à deux ans. La forme la plus fréquente est représentée par un épisode dépressif majeur dont la régression partielle se prolonge, mais il peut exister également d'autres formes cliniques de syndromes dépressifs, plus ou moins résistants aux thérapeutiques, dont l'évolution se fait sur un mode chronique avec l'apparition ponctuelle d'épisodes dépressifs majeurs. Une évolution chronique de la maladie au-delà de deux ans est observée dans 10 à 20% des cas.

La résistance au traitement antidépresseur est jugée après au moins quatre semaines d'un traitement prescrit à dose thérapeutique et dans le cadre d'une bonne observance médicamenteuse. La résistance totale médicamenteuse est définie après l'absence de réponse à deux traitements antidépresseurs bien conduits avec deux classes pharmacologiques différentes, dont une tricyclique. Il existe des facteurs de risque identifiés de résistance tels que la présence d'une comorbidité addictive et/ou anxieuse, d'un trouble de la personnalité, et d'une pathologie organique non psychiatrique chronique. Enfin, les stratégies médicamenteuses se révèlent pas, ou insuffisamment, efficaces dans 30% des cas, ce qui représente un important facteur de chronicité, d'hospitalisations, d'absentéisme et de décès par suicide.

b) Théorie du chaos

D'après les travaux de Claude Virot (2004), la dépression chronique est pensée comme la résultante d'une dépression aiguë dont le traitement a échoué. La dépression est une phase de la vie dans laquelle des changements vont se produire, des changements qui permettent de se transformer. La réussite, le traitement de la dépression, va être de franchir cette phase, comme un cap, et de développer de nouvelles capacités pour fonctionner dans un système nouveau. Le système est un ensemble d'éléments en interaction, liés par une finalité commune, sensible à la notion du temps et

donc dans une constante impermanence. Claude Virot considère la dépression comme un système dont la souffrance ressentie par le sujet sera soit instable (chaotique), soit stable c'est à dire aiguë ou chronique. Claude Virot associe les dépressions instables à un processus chaotique inspiré de la « théorie du chaos ». Pour lui, le chaos est la science du désordre qui survient dans les systèmes. La théorie du désordre dit qu'un système, soit un ensemble d'éléments qui fonctionnent plutôt bien, dans certaines circonstances, peut passer au désordre. Il s'est inspiré de cette théorie pour décrire deux types de dépressions : des dépressions figées et des dépressions chaotiques. Les dépressions chaotiques sont pénibles, angoissantes car soudaines, imprévisibles, incompréhensibles. Toutefois, dans le chaos, il y a quelque chose de dynamique, vivant, qui rend le travail de l'hypnose plus facile car le système interne est à ce moment là très actif. A l'inverse, les dépressions chroniques, figées, ont tendance à durer. Elles peuvent être pensées comme une résultante de la dépression chaotique dont le traitement a échoué.

3. L'hypnose

a) Définition de l'hypnose et de l'hypnothérapie

L'hypnose est un état modifié de conscience où l'attention du sujet devient plus sélective et orientée, et dont la conséquence est une suggestibilité accrue. Ainsi, à un temps T un sujet est dans un état de conscience donné et, sous l'influence d'une suggestion faite par un autre ou sous l'effet d'un contexte, le sujet se trouve à T+1 dans un état de conscience différent et temporaire, modifié par ce qu'il vient de vivre à l'instant (Bioy 2017).

D'après A. Bioy (2021), la transe se définit comme « *un état de conscience qui se trouve transitoirement modifié par un élément de contexte qui s'impose à une personne, et qui vient modifier la perception que cette personne a de la réalité* ». L'élément de contexte en question peut être soit un « *événement particulier inattendu* », soit un « *événement anticipé éventuellement ritualisé* ». La transe hypnotique résulte donc de la modification de l'état de conscience par l'action d'un praticien en hypnothérapie, à visée thérapeutique.

Contrairement à une idée répandue, la transe est un état de veille et non de sommeil, mais un état de veille particulier dans le sens où la conscience est « rétrécie » (par focalisation de l'attention) et en même temps « élargie » (par une sorte de disponibilité à soi et à l'environnement).

L'hypnose permet d'obtenir un état de conscience élargi, une conscience construite grâce à notre sensorialité : la conscience de l'environnement, la conscience de soi, et la conscience de soi en

interaction avec l'environnement.

Les caractéristiques générales de l'état hypnotique sont :

- modification de l'orientation temporo-spatiale : altération de la façon dont le sujet perçoit ses ressentis corporels, la position du corps dans l'espace, perception du temps étirée ou contractée
 - activation des circuits neurophysiologiques de détente et de l'attention
 - attention facilement concentrée et focalisée sur un élément donné
 - diminution du jugement et de la censure : les choses sont perçues, ressenties mais pas analysées lors de la transe
 - expérience de réponse quasi-automatique : la réponse est perçue comme non volontaire par le sujet qui accepte la suggestion
- (Bioy, 2017)

On considère que l'hypnose est un état naturel qui peut apparaître spontanément (distraction, rêverie, endormissement...) et qui s'observe couramment dans la vie quotidienne. Ce sont tous ces instants où l'attention consciente « décroche » de ce qui l'entoure, permettant une certaine activation de fonctions inconscientes. Erickson appelait ce phénomène « *la transe commune de tous les jours* ». Il arrive que l'on convoque cet état intentionnellement par des techniques que l'on qualifie d'hypnotiques, dans le contexte de la transe occidentale.

Lorsque l'hypnose est à visée thérapeutique, on parle alors d'hypnothérapie.

La séance d'hypnose à proprement parler comporte trois grandes étapes :

◆ L'induction :

L'induction hypnotique est en quelque sorte la porte d'accès à la transe. Les méthodes d'induction sont très nombreuses mais reposent toutes sur les voies sensibles d'un ou plusieurs canaux sensoriels. Le but de cette phase est d'atteindre la transe en créant une dissociation, c'est à dire la simultanéité d'une activité mentale consciente et d'une activité mentale inconsciente.

C'est lors de l'induction hypnotique, que la perception ordinaire s'arrête, et se fixe par exemple sur un objet de l'environnement, qui suspend « *les déterminations auxquelles nous sommes habitués concernant les choses et les êtres. Indétermination qui produit un moment de confusion.* » C'est à partir de là que de nouvelles possibilités apparaissent et que l'hallucination se produit. Le but est « *d'accéder à la potentialité en tant que telle, par delà la confusion et l'imagination* » (Roustang, 1994).

◆ La phase de travail :

Pendant la phase d'accompagnement, plusieurs techniques hypnotiques sont utilisées, telles que la dissociation, les métaphores, les réifications....

La technique hypnotique principale est celle de la suggestion.

L'état de dissociation obtenu après induction prépare naturellement le sujet à une réactivité accrue aux suggestions. Il s'agit d'un phénomène de communication banal qui consiste en un message destiné à influencer l'interlocuteur, « *dans sa pensée, ses émotions, ses motivations, ses comportements* » (Salem, 2017). Il ne s'agit pas d'un ordre ou d'une instruction car les réponses attendues ne sont pas conscientes ni volontaires. Les suggestions utilisent tous les canaux de la communication : verbales, para-verbales (intonation, timbre de voix...), non verbales (postures, gestes...).

◆ La phase de retour :

Elle consiste à « réassocier » le sujet à son corps et son environnement, à le ramener dans l'ici et maintenant.

L'hypnose amplifie ou dés-amplifie une expérience. En effet, quand on se concentre sur un stimulus en particulier, on réduit ou dés-amplifie la conscience d'autres stimuli co-existants et on amplifie la conscience que nous avons de ce stimulus particulier. Autrement dit, l'hypnose permet de s'associer plus étroitement à une partie de l'expérience et de se dissocier de certains autres aspects de l'expérience. En pratique clinique, il est ainsi nécessaire de déterminer les aspects de l'expérience du patient qui devraient être amplifiés par la séance d'hypnose et à quoi la conscience amplifiée devrait être associée (Yapko, 2001). Ce qui est thérapeutique dans l'hypnose, ce sont les nouvelles associations bénéfiques que font les patients et qui leur permettent de se connecter à une certaine partie de ce qu'ils ont vécu en y faisant face d'une manière différente et positive. La particularité thérapeutique de l'hypnose est donc de donner accès au patient aux ressources utiles qu'il possède et de les mobiliser alors qu'il en est habituellement dissocié.

L'hypnose est un processus qui donne au patient la possibilité de changer ses perceptions. La transe hypnotique, ou « perceptude » selon François Roustang, permet de passer d'une perception restreinte à une perception élargie. Ainsi, le patient quitte une forme de fixation au problème, à la situation, pour l'envisager de façon plus large.

La mise en oeuvre d'une psychothérapie par l'hypnose a pour objectif de faire émerger chez le

patient, des ressources présentes en lui, auxquelles il n'a plus accès. Yapko définit le travail hypnotique comme la construction de ponts avec les ressources dont le sujet est dissocié, pour les rendre accessibles. Il s'agit d'aider les personnes à acquérir leur autonomie et à mieux utiliser leurs ressources personnelles, ainsi que de les aider à sortir des limites de leur expérience subjective, qu'elles se sont elles-mêmes fixées.

b) La relation en hypnose

La dimension de relation est fondamentale dans l'hypnose. Celle-ci est intersubjective en hypnose, entre le patient et le thérapeute.

Le terme d'hypnose ne désigne pas seulement un état de conscience, modifié, mais également une forme de relation à l'autre. Sans cette dimension relationnelle, l'hypnose se résumerait à une simple technique de distraction de l'attention. L'hypnose tire sa dimension thérapeutique de sa dimension relationnelle.

François Roustang (2004) propose une forme de présence à l'autre, où l'on ne désire pas pour l'autre, où on ne fait pas non plus à sa place. Il s'agit d'une forme de renoncement à la position classique du praticien pour arriver à percevoir l'autre tel « *qu'il ne se perçoit déjà plus* ». Pour Roustang, c'est l'attitude du thérapeute qui va conditionner sa créativité. Ainsi, il se trouve dans une position où il n'attend rien, totalement disponible et présente à ce qui peut surgir dans l'immédiateté de l'instant, dans cette présence corps à corps. « *Apprendre à ne rien savoir est l'essentiel de la posture hypnotique. Il s'agit pour le thérapeute de ne compter que sur sa présence, son état d'être vivant* » souligne Roustang, ce qui permet de voir surgir les éléments de la séance d'hypnose en totale congruence avec ce qui est ici et maintenant.

Outre cette notion de présence à l'autre, l'autre dynamique relationnelle à l'œuvre dans l'hypnose est de s'adapter, s'ajuster, se synchroniser au patient (Bioy). En effet, il est nécessaire pour le praticien de s'adapter à l'autre et à son monde interne afin de faciliter un sentiment de sécurité relationnelle chez le patient et de permettre au thérapeute de se mettre en position de mieux percevoir ce qui vient de l'autre. Ainsi, il ne faut pas appliquer une théorie préfabriquée mais apprendre, adopter et appliquer celle du patient. Le thérapeute reprend à son compte l'expérience réelle de la personne, telle qu'elle la vit, et l'utilise pour la guider vers le changement.

Le thérapeute, règle ainsi sa posture en fonction de la personne qu'il a en face : il s'adapte à l'autre et à son monde interne. Il n'impose pas ses représentations, ses points de vue ni ses perceptions. Il accompagne le sujet dans la découverte de ses possibilités et de ses res-

sources, révélées, et mises au jour durant le lâcher-prise physique et mental qu'amène l'hypnose. Ce mode de présence fait que le patient est perçu tel qu'il est, au moment où il l'est, sans chercher à comprendre, à signifier ce qui se joue ou pas chez lui. C'est une expérience partagée de perceptions de ressentis singuliers et/ou communs.

c) Hypnose et dépression

Comme le rappelle Yapko, l'utilisation de l'hypnose a longtemps été proscrite à visée curative de la dépression. En effet, il était estimé au vingtième siècle que l'hypnose comportait des risques néfastes pour le sujet dépressif tels qu'une perte de contrôle avec vulnérabilité face au praticien, une dépendance massive au thérapeute, un risque de passage à l'acte suicidaire accru. Les recherches sur l'efficacité thérapeutique concernant le traitement de la dépression par l'hypnose sont à ce jour encore très limitées. Cependant, les présupposés cités plus haut ont pu être réfutés à la lumière des connaissances acquises sur l'hypnose. Il a été démontré que les traitements qui associent l'hypnose comparés aux mêmes traitements sans hypnose donnent de manière significative de meilleurs résultats. Yapko explique donc que « *c'est une extrapolation des données disponibles que de suggérer que l'hypnose puisse améliorer les résultats thérapeutiques dans la dépression* » (Yapko, 2001).

La dépression est vue comme un symptôme émergeant dans une phase de vie et amenant, dans les cas où le traitement réussit, à un nouveau fonctionnement. L'hypnothérapie est une indication de choix pour permettre au patient, guidé par le thérapeute, de rechercher un nouvel équilibre cohérent avec la complexité de sa vie, et ainsi de passer le cap que représente la dépression.

D'après Daniel Goldschmidt, la dépression constitue une perte de sens. L'hypnose, en stimulant toutes les modalités sensorielles du patient, le « *dépayse, le confusonne, et ouvre une brèche suffisante dans le mécanisme pathologique pour en faciliter la cessation* ».

Selon Yapko, la dépression est en grande partie une affaire de projections nocives, c'est à dire d'interprétations subjectives négatives d'un événement de la vie. Face à l'ambiguïté d'un événement, la personne déprimée construit des perceptions, attributions, croyances, qui sont négatives. Elle intègre ses perceptions dépressiogènes (attributions, croyances) et se construit une conviction personnelle qui peut être nuisible. Ainsi, la dépression est étroitement liée aux croyances, et l'objectif thérapeutique en hypnose est de remettre en question le regard du patient dépressif sur le

monde par des manières créatives et respectueuses. Yapko propose d'aider le patient à s'exercer à une plus grande flexibilité devant la situation qu'il traverse, à élargir ses frontières auto-limitantes.

Pour Bonvin, l'ajustement relationnel que nécessite l'hypnose impose au thérapeute de respecter la singularité du patient, quel que soit son diagnostic ou la nature de sa souffrance. Chaque séance d'hypnose est une aventure unique et imprévisible qui ne peut prendre forme que dans l'instant présent où elle se déroule. Il découle de cette affirmation que la dynamique thérapeutique de l'hypnose pourrait être entravée par l'utilisation à l'aveugle de protocoles pré-établis ou d'élaborations anticipées sans discernement.

4. Problématique

Ma pratique clinique et mes lectures sur le sujet de la dépression et l'hypnothérapie m'ont amenée à m'interroger sur l'apport que pourrait avoir l'hypnose dans la prise en soins de ces patients dépressifs chroniques dont le suivi semble figé.

Hypothèses de recherche :

- **L'hypnose pourrait avoir des effets bénéfiques sur les symptômes dépressifs installés depuis une longue période,**

- **L'approche relationnelle spécifique à l'hypnothérapie pourrait apporter du mouvement dans la relation thérapeutique en offrant au praticien et au patient la possibilité de se positionner différemment.**

III. Méthodologie de la recherche

1. Présentation du cadre du suivi

Pour cet objet d'étude, mon choix s'est porté sur une situation clinique particulière, d'une patiente que j'accompagne depuis six ans dans le Centre Hospitalier Spécialisé où j'exerce en tant que médecin psychiatre. Je nommerai cette personne Sylvie par souci de confidentialité.

Mon travail au sein du CHS se répartit en trois grands axes : la prise en charge de patients accueillis dans le service d'admission en hospitalisation conventionnelle d'une part, des 15 patients de l'unité d'hospitalisation au long cours atteints de troubles psychiques majeurs avec aspect déficitaire, troubles du comportement et perte d'autonomie d'autre part, et enfin d'une activité de consultation ambulatoire dans un CMP éloigné du CHS. Je rencontre Sylvie, selon les moments, au CMP, en hospitalisation, ou en consultation au CHS où elle est prise en charge en hôpital de jour.

2. Présentation de la patiente

a) Éléments biographiques

Sylvie est une dame de 52 ans vivant dans la région depuis le début de l'adolescence. Son histoire familiale est obscure et compliquée, avec un premier mariage de sa mère dont il est interdit de parler et duquel sont issus plusieurs enfants, ses demi-sœurs et frères, qu'elle ne connaît pas. Sylvie est élevée avec ses deux frères aînés, issus du remariage de sa mère, ainsi que la plus jeune de ses demi-sœurs. La mère de Sylvie est victime de violences de la part du mari et le couple se sépare lorsque la petite fille a huit ans. Elle garde très peu de souvenirs de son enfance et ne revoit jamais son père qui décède 25 ans plus tard. Sa mère a plusieurs relations amoureuses après le divorce, dont une éphémère avec un homme qui agresse sexuellement Sylvie à deux reprises vers l'âge de douze ans, sans qu'elle n'en parle jamais à sa mère. A quinze ans, Sylvie arrête sa scolarité pour travailler et aider financièrement sa mère qui peine à faire vivre la famille. Elle trouve un emploi dans une entreprise près de chez elle, rencontre celui qui deviendra son mari lorsqu'elle a seize ans et part vivre avec lui quelques années plus tard. Au début de cette union, elle met au monde un petit garçon, Cédric, qui est atteint d'un cancer et restera un an en hôpital pédiatrique à 200 km de chez elle. Cédric guérit de sa maladie et Sylvie n'aura pas d'autre enfant malgré son désir de grossesse.

A 40 ans, elle est hospitalisée une première fois en psychiatrie suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire survenant dans un contexte de dispute avec son mari. Cinq ans plus tard, après le décès de sa mère et le licenciement de son mari, Sylvie est atteinte d'un infarctus du myocarde suivi d'un nette dégradation de son humeur avec une symptomatologie anxio-dépressive majeure et des idées suicidaires récurrentes, motivant plusieurs hospitalisations dans la même année. La fréquence des hospitalisations et l'intensité des idées suicidaires amènent le médecin qui la suivait à l'époque à instaurer des hospitalisations séquentielles programmées tous les deux mois. L'hospitalisation d'il y a cinq ans dure plus de trois mois car elle s'accompagne d'une séparation de couple compliquée avec une grande ambivalence de la part de Sylvie, puis de la rencontre d'un nouveau compagnon et d'un déménagement très anxiogène.

Il y a trois ans, elle est hospitalisée en soins sans consentement suite à une deuxième tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, toujours dans un contexte de dispute avec son ami, suivie d'une nouvelle séparation avec majoration de la symptomatologie anxio-dépressive. Ce séjour hospitalier dure plus de sept mois et débouche sur la mise en place d'un accueil en hôpital de jour au CHS deux fois par semaine. Cette prise en charge en HJ est toujours d'actualité et me permet de la rencontrer fréquemment. Sylvie bénéficie d'activités thérapeutiques, de relaxation et d'entretiens infirmiers réguliers, toujours avec les mêmes soignants.

b) Éléments cliniques

Sylvie présente, dès sa première hospitalisation, un syndrome anxio-dépressif sévère avec des idées d'incurabilité sans atteindre une intensité mélancolique, une anhédonie et une clinophilie majeures, des idées suicidaires sans scénario précis, une profonde tristesse. Le deuil de sa mère n'est pas terminé et source d'une grande souffrance pour elle.

Il est également observé des traits de personnalité pathologique de type dépendante et évitante avec notamment des grandes difficultés à prendre des décisions, à être seule, une peur intense du rejet et une grande sensibilité à la critique, ce qui la rend parfois d'un abord difficile et complique sa prise en charge. Le lien thérapeutique est empreint d'auto-dévalorisation, d'auto-culpabilité, et d'une tendance importante à la victimisation. Elle se montre assez égo-centrée et peu sujette à l'empathie. Elle attend beaucoup d'attention de son ex-mari et de son fils sans jamais oser exprimer clairement ses sentiments ou ses attentes, puis, forcément déçue, elle leur reproche sans cesse leurs « oublis » et « maladresses ».

Il est compliqué de lui ouvrir d'autres perspectives, elle se montre résistante au changement et l'évolution des troubles se fait vers une dépression chronique, enkystée, résistante aux différents

traitements médicamenteux essayés et aux soins proposés. Les idées suicidaires sont moins actives mais il persiste des idées morbides en permanence, d'inutilité, avec l'envie sous-jacente de « rejoindre sa mère » tout en craignant de faire du mal à son fils avec qui la relation est également fluctuante.

Les symptômes prédominants depuis les deux ans de suivi régulier en hôpital de jour sont la tristesse, le manque criant d'élan vital avec l'absence complète d'intérêt et de plaisir, le sentiment de solitude intense, le repli sur soi. Ses venues au CHS sont ses seules sorties. Pourtant, Sylvie se montre assidue à ses rendez-vous, toujours ponctuelle malgré sa grande passivité.

IV. Résultats et données cliniques

1. Première séance : construction du lieu sûr

Je propose à Sylvie une première séance d'hypnose, qu'elle accepte sans hésiter. Je prends le temps de lui expliquer les principes de l'hypnothérapie, notamment l'idée de mobiliser des ressources qu'elle ne sait même plus posséder. Je reste modeste et évasive sur les objectifs visés afin de ne pas susciter chez elle de faux espoirs ni de résistance exacerbée. Elle se demande si l'hypnose aura un effet sur elle, si cela pourra « fonctionner », traduisant ainsi son anxiété et sa tendance à l'autodévalorisation. Je prends le temps de la rassurer et nous fixons une date pour le prochain rendez-vous. Je sais d'expérience avec cette patiente qu'il faut lui laisser le temps de s'approprier les propositions et ne pas la brusquer, au risque de voir ses résistances se renforcer.

Induction :

Lors de la rencontre suivante, Sylvie me confirme sa volonté de réaliser une séance d'hypnose. Je lui demande donc de s'installer le plus confortablement possible sur sa chaise et je contourne mon bureau pour m'asseoir sur la chaise à côté d'elle afin de réduire la distance entre nous et créer un moment différent lors de la consultation.

Je lui propose une induction par focalisation d'un point, elle met un peu de temps à fermer les yeux puis se détend relativement vite. Sa respiration est tranquille, les muscles de son visage relâchés.

Phase de travail :

Après un temps d'observation de la respiration, je lui propose de construire son lieu sûr, avec description sensorielle de ce lieu :

« Vous allez maintenant vous diriger vers un lieu que vous connaissez déjà, où vous vous sentez en sécurité, sereine, ou un lieu où vous aimeriez aller... un endroit qui vous plaît... où vous vous sentez bien, en sécurité... Prenez le temps de regarder autour de vous, de percevoir la luminosité de ce lieu, de ressentir la paix qui se dégage de cet endroit... Prenez le temps de sentir la texture du sol sous vos pieds, peut-être est-ce un sol doux et moelleux... ou toute autre texture qui vous est agréable... Peut-être entendez-vous des sons autour de vous, ou percevez-vous des odeurs familières, je ne sais pas... »

Je ratifie, Sylvie semble détendue, son corps est immobile, son visage lisse.

« Bien, très bien. Maintenant, vous pouvez mettre les objets que vous voulez dans ce lieu, des objets familiers... de confort... des objets rassurants ... ou juste le laisser tel qu'il est... tel qu'il vous

convient.»

Sylvie m'ayant fait part à plusieurs reprises au cours de son suivi, et encore avant cette séance, de la souffrance liée à la solitude, je lui propose de faire venir, si elle le souhaite, une présence rassurante. *« Et maintenant que vous êtes bien installée dans ce lieu refuge, vous pouvez, si vous le souhaitez, faire venir une personne que vous aimeriez voir à vos côtés... une personne chère à vos yeux, dont la présence vous rassure, vous réconforte, vous est agréable... Vous sentez cette personne vers vous, sa présence vous fait du bien, vous rassure... vous vous sentez soutenue... accompagnée ... ».*

Je lui laisse quelques secondes, puis je saupoudre avec des termes de bien-être et d'apaisement : *« présence rassurante », « sécurisante », « accompagnement », « soutien »...*

« Et vous sentez le contact d'une main sur votre épaule, la douceur et la chaleur d'une main rassurante... Et cette main sur votre épaule diffuse une douce chaleur dans votre bras, jusqu'à votre main... Prenez le temps de sentir cette chaleur, ce contact rassurant, cette présence à vos côtés, ...qui vous enveloppe comme un cocon... »

Je lui laisse du temps pour ressentir. Elle reste immobile, les yeux fermés, le visage détendu, la respiration est facile. J'utilise le signaling pour savoir si elle a pu profiter de ce moment :

« Et je vous propose de profiter de cet instant de bien-être, de paix... et de laisser votre corps me signaler par un petit mouvement d'un de vos doigts, de l'une ou l'autre de vos mains, peu importe...lorsque vous aurez assez profité de ce moment...et que vous serez prête à repartir ». Les doigts de ses deux mains se soulèvent au bout d'une dizaine de secondes, je ratifie : *« Voilà... très bien... ».*

« Je vous propose maintenant de garder ce que vous souhaitez emporter avec vous... et de pouvoir revenir dans votre endroit... quand vous le souhaitez...quand vous en aurez besoin... »

Je me rapproche un peu d'elle et parle avec une voix un peu plus forte pour initier le retour :

« Et je vous propose de ressentir l'énergie circuler dans votre corps... de revenir à un état plus dynamique... à votre rythme... de sentir le mouvement votre corps... de sentir le sol sous vos pieds...la chaise dans votre dos... d'entendre ma voix qui est plus forte, plus proche... les bruits autour de nous...qui vous ramènent ici et maintenant... ».

Sylvie ne bouge pas, je n'observe aucun tressaillement. Je recommence donc en me rapprochant un peu plus et en prenant plus le temps de détailler le ressenti corporel. *« Et quand vous le souhaitez, vos yeux pourront s'ouvrir... »* Sylvie commence à bouger les mains, puis ouvre lentement les paupières et regarde fixement devant elle. *« Bien... très bien... »* Je bouge à côté d'elle pour amorcer le mouvement car son regard est toujours fixe, elle tourne la tête et son regard devient plus présent lorsque je l'appelle par son nom. Elle s'étire, regarde autour d'elle avec étonnement et me fait part de

sa surprise de s'être sentie détendue, confortable.

Retour sur cette séance :

Sylvie est détendue, elle n'a pas ressenti d'anxiété ni de difficulté particulière. Elle est satisfaite d'avoir pu retrouver un lieu qu'elle affectionne (bord de mer) et d'avoir pu y amener quelqu'un qu'elle souhaitait auprès d'elle. Elle exprime avoir eu un peu de mal à revenir car elle se sentait très bien dans ce lieu refuge, ce que j'ai pu constater effectivement. Je profite de sa remarque pour lui rappeler qu'elle était soucieuse de savoir si elle était capable de « faire de l'hypnose » et qu'elle en est parfaitement capable. Je la rassure sur ses ressources internes et la revalorise, sans excès car je connais sa tendance aux réactions paradoxales lorsque l'on pointe de manière trop insistante les éléments positifs.

De mon côté, je suis agréablement surprise de la relative facilité avec laquelle Sylvie est entrée en transe et s'est approprié les suggestions que je lui ai faites. Je prend conscience de l'aspect « facilitateur » de l'hypnose, qui permet d'obtenir un état de détente sans opposition consciente chez cette patiente qui a tendance à réfuter les observations et à très souvent ajouter un élément négatif aux propositions qui lui sont faites.

2. Deuxième séance : image métaphorique

Sylvie revient me voir trois semaines plus tard, elle semble détendue. Elle dit avoir apprécié la première séance et s'être sentie bien en rentrant chez elle le soir, apaisée. Elle fait toujours montre de beaucoup de passivité : reste en pyjama toute la journée, ne sort que pour ses courses et les venues en hôpital de jour, essaie au maximum de ne croiser personne. Elle a peur du regard des autres, de devoir se justifier par rapport à la séparation d'avec son mari, peur d'être rejetée. Sylvie décrit un manque de confiance en elle important, avec la peur de déranger qui l'empêche de verbaliser ses attentes à son fils ou à son ex-mari. Elle n'exprime pas ses envies et se trouve toujours déçue.

Elle accepte volontiers cette deuxième séance, exprimant avoir besoin ce jour de dynamisme, d'activité.

Induction :

Sylvie s'installe spontanément sur la chaise en décroisant les jambes sans que je le lui demande. Je m'installe à mon tour à ses côtés, de l'autre côté du bureau. Je lui propose une induction par ancrage corporel cette fois-ci, avec focalisation sur la respiration et son ressenti, ainsi qu'une phase de

détente musculaire.

Phase de travail :

L'idée d'une image métaphorique représentant la vitalité, le mouvement, m'est venue lors de la discussion en début d'entretien.

« Visualisez un verre d'eau gazeuse, un verre transparent, à travers lequel passe la lumière qui éclaire toutes les petites bulles qui montent le long de la paroi du verre » « Toutes ces petites bulles qui remontent, qui éclatent à la surface... qui sautent avec légèreté, vivacité... et qui éclaboussent un peu en éclatant... et toutes ces bulles légères... vives...pleines d'énergie... qui remontent dans le verre... légères... ce mouvement vif vers le haut...la légèreté...et ce petit bruit agréable qui rappelle des moments passés, agréables... ».

« Et vous laissez cette sensation de légèreté, de vivacité...d'insouciance...se diffuser en vous...vous imprégner ».

« Ces milliers de petites bulles qui remontent avec vivacité... dynamisme...légèreté...et qui éclatent à la surface, qui pétillent agréablement... et ce mouvement...léger ».

Je lui laisse du temps pour visualiser le verre et les bulles. J'insiste sur le registre sémantique de la légèreté et du mouvement et lui demande ensuite un signaling pour m'informer lorsqu'elle est assez imprégnée de ce ressenti particulier. Elle lève un doigt, je ratifie, « *très bien...* ».

Puis je l'invite à revenir dans « *l'ici et maintenant* » de manière plus progressive que lors de la première séance car j'avais dû m'y reprendre à deux fois pour obtenir une remise en mouvement.

Le retour semble plus facile car je prends plus le temps de réintroduire le mouvement au niveau du corps et d'attendre des signes corporels avant de proposer l'ouverture des yeux.

Retour sur cette deuxième séance :

Sylvie se sent bien, elle a pu expérimenter les différentes sensations suggérées mais pas de retour à un souvenir particulier comme je l'avais proposé. Elle est détendue et n'exprime pas de plainte, ce qui est inhabituel chez elle. En effet, elle n'émet aucun commentaire négatif sur ce qu'elle vient de vivre, et je me rends compte qu'elle n'en a pas dit non plus lors de la première séance. Cette constatation m'apporte un sentiment de satisfaction : depuis les six années de rencontres régulières, je n'ai pas souvenir d'entretiens durant lesquels Sylvie n'exprimait ni plainte ni critique. Lorsqu'elle quitte mon bureau, je ne ressens pas cette lourdeur qui l'accompagne habituellement et qui me fait régulièrement soupirer en refermant la porte.

3. Troisième séance : Le nuage

Cette séance a lieu seulement dix jours après la précédente, Sylvie arrive assez détendue, je devine un sourire sous son masque. Elle a eu un entretien téléphonique avec l'infirmière du service qui la suit régulièrement et qui la trouve également plus apaisée. Sylvie a appris le décès de son ex-compagnon, celui qu'elle avait rencontré lors de son hospitalisation. Elle semble avoir réagi de manière adaptée, sans effondrement thymique.

Je remarque que son déplacement jusqu'à mon bureau est plus fluide, plus rapide que d'habitude. Elle attend la séance sur la confiance en soi dont nous avons déjà parlé. Nous échangeons un temps autour du décès, son discours est adapté.

Après installation habituelle pour la séance d'hypnose, je lui propose un troisième type d'induction, par mouvement de rapprochement des doigts. Je l'invite ensuite à emprunter un escalier, avec un approfondissement de la transe au fur et à mesure des marches. J'enchaîne avec l'arrivée dans un jardin agréable, détente dans l'herbe, « *laisser le corps se détendre dans ce jardin... Et pendant que le corps se détend, l'esprit visualise un gros nuage* ». J'amène la métaphore du nuage avec dépôt du négatif à l'intérieur. Le nuage devient de plus en plus gros et foncé à mesure qu'elle dépose ce dont elle ne veut plus... ce qui l'empêche d'avancer...d'être vraiment elle-même. Saupoudrage : confiance, fierté, réussite... Puis visualisation d'une lumière qui dissout petit à petit le nuage jusqu'à ce qu'il disparaisse complètement. « *Et vous ressentez un immense sentiment de fierté d'avoir réussi...un soulagement d'avoir déposé tout ce négatif...* » Je pointe cette capacité en elle, cette ressource qu'elle peut utiliser à tout moment, retrouver quand elle en a besoin. Je lui propose de ressentir pleinement cette sensation de confiance et de laisser cette sensation diffuser dans son corps au rythme de sa respiration puis de reprendre l'escalier et enfin de revenir dans mon bureau. Le retour est plus rapide même s'il me faut toujours particulièrement insister sur le mouvement corporel.

Retour sur la séance :

Sylvie se sent bien, détendue. Elle exprime tout de même avoir eu un peu de mal à visualiser ce qu'elle devait mettre dans le nuage mais avoir plutôt déposé des « gros paquets » sans chercher à détailler ce qu'ils contenaient. Elle sait par contre qu'il s'agissait d'éléments négatifs. Je la rassure en lui précisant qu'il n'est pas nécessaire de savoir exactement ce dont elle ne veut plus et que le mouvement est initié tout de même. Je remarque que son besoin de réassurance et d'être encouragée s'exprime de nouveau mais qu'elle n'ajoute pas de commentaire défaitiste et semble accepter mes explications. Je suis, encore une fois, agréablement surprise de constater l'absence de plainte.

4. Quatrième séance: Métaphore du ruisseau

La séance a lieu quatre semaines après la précédente. Sylvie arbore une tenue colorée, enlève spontanément son manteau et le pose sur le dossier de sa chaise pour la première fois depuis des années. Elle est souriante sous le masque et accepte volontiers la présence de l'infirmière qui la voit régulièrement en entretien.

Depuis notre dernière rencontre, Sylvie a été invitée à manger chez son frère, avec sa sœur, sa nièce et un couple d'amis du frère. Il s'agit de la première réunion de famille depuis des années. Elle avoue avoir hésité un peu mais a finalement accepté l'invitation. Elle a passé une bonne journée en famille « *mais...* » Je lui fais remarquer que j'attendais le « *mais* », elle rit et reconnaît qu'il y a toujours un « *mais* » avec elle. Sylvie explique s'être sentie un peu mal à l'aise en début de repas, avec le sentiment de ne pas savoir de quoi parler, d'être inintéressante. Puis cette impression s'est estompée et elle a pu échanger avec les invités et profiter d'un bon moment. Elle enchaîne de suite sur une remarque visant à minimiser cet événement et à reprendre son discours habituel de plainte et d'immobilité : « *Je ne me sens pas différente, je me demande si les séances d'hypnose me font du bien* ». Je continue sur le ton de l'humour car elle me paraît bien disposée ce jour, en lui demandant si elle pense que cela lui fait du mal. Elle rit à nouveau et nous échangeons sur le but de l'hypnothérapie qui est de réactiver ses ressources internes et capacités, et, dans son cas, de ramener un peu de mouvement dans ses soins. Je n'insiste pas sur les changements positifs que je constate, de crainte d'induire une réaction paradoxale de sa part, et je la rassure en lui confirmant la présence de ses ressources internes.

Induction par focalisation d'un point, assez rapide de nouveau avec une bonne détente musculaire. Je lui propose de retourner dans le lieu sûr construit lors de la première séance, qui s'avère être pour elle un bord de mer. Je l'invite à ressentir toutes les sensations associées au bord de mer, puis après avoir utilisé un vocabulaire de sécurité et de bien être, je lui propose une ballade à la campagne avec possibilité à tout moment de me signaler par un mouvement d'un doigt, un malaise ou un ressenti difficile qui nécessiterait un retour au lieu sûr. De même que dans son lieu sûr, je l'invite à ressentir les sensations associées à la campagne en prenant le temps d'explorer tous les canaux sensoriels. Ensuite, je lui propose l'arrivée au bord d'un petit ruisseau et un exercice de déblayage d'un petit barrage fait de feuilles et de cailloux avec un bout de bois trouvé au sol. J'insiste sur le thème de l'écoulement de l'eau, de la vie, du mouvement, de la levée de ce petit obstacle et de la reprise du cours des choses...

Retour sur la séance :

Au retour, Sylvie est fière de nous annoncer avoir réussi à déblayer le barrage, sentiment positif pour elle qui doute souvent de ses capacités. Je ressens à nouveau une satisfaction de la voir plus souriante, exprimer autre chose que des éléments négatifs.

5. Cinquième séance : les figures symboliques

Sylvie arrive à l'heure comme à son habitude. Elle enlève, cette fois-ci encore, son manteau en début d'entretien et se met à l'aise sur la chaise. La discussion s'oriente autour de son ex-mari, qu'elle nomme toujours son mari. Elle le revoit de temps en temps pour des raisons pratiques mais souhaiterait vivre de nouveau avec, a toujours des sentiments pour lui, craint de vieillir seule. Elle évoque spontanément des réveils de sieste durant lesquels elle est désorientée quelques secondes avec l'illusion d'être avec son mari. Elle interprète elle-même ces épisodes en parlant du manque de son mari. Elle se projette de manière négative dans l'avenir, a peur de ne pas arriver à faire face seule. Sylvie dit être coincée dans un engrenage qu'elle a construit et dont elle ne peut plus sortir. Se demande si elle a vraiment envie d'en sortir, avançant ainsi ma question. L'entretien semble plus authentique et moins superficiel que certains échanges ces dernières années, une réflexion s'engage. Je lui propose une séance d'hypnose, qu'elle accepte volontiers, avec l'idée d'un travail autour des « figures symboliques ».

Induction par focalisation d'un point, puis détente musculaire et attention sur la respiration. Je l'accompagne dans son lieu sûr et lui fait ressentir de nouveau les éléments sensoriels du bord de mer, après m'être assurée que son lieu n'avait pas changé. Je lui propose ensuite de faire venir auprès d'elle deux figures symboliques, deux personnes connues ou non, qui représentent des valeurs qu'elle admire et respecte.

« Une première personne entre et s'installe vers vous, vous ressentez sa présence positive et rassurante à vos côtés , pouvez-vous me dire de qui il s'agit ?

- *Mon mari...*

- *Et qu'est ce qu'il pourrait vous dire ? ...Quel message aurait-il à vous faire passer ?*

Pause.

- *Je ne sais pas...*

- *Votre conscience ne sait pas mais votre inconscient sait... laissez-le s'exprimer... en toute sécurité...*

- *Que je me laisse aller...*

- *Bien... c'est bien...*

Maintenant cette personne s'en va et une deuxième personne chère à vos yeux arrive... Pouvez-vous me dire qui ?

– *Mon fils...*

– *Bien... sentez sa présence rassurante vers vous... quel message pourrait-il vous apporter ?*

– *Que moi aussi je peux l'appeler au téléphone...*

– *Bien...parfait... votre fils s'en va maintenant...*

Souhaitez-vous que nous fassions venir une troisième personne ?

– *Oui.*

– *Bien... cette personne entre maintenant et se tient près de vous... pouvez-vous me dire de qui il s'agit ?*

– *Ma mère...*

– *Très bien...Et que vous dit votre mère ?*

– *Qu'elle m'aime...*

– *Bien... c'est un message très positif... »*

Je lui propose ensuite de repartir dans son lieu sûr, elle présente un changement de rythme de respiration au moment du retour sur le bord de mer, avec quelques contractions musculaires au niveau du visage. Je lui propose donc de prendre le temps pour un exercice de sécurisation avec la visualisation d'un contenant dans lequel elle pourrait déposer tout ce qui la gêne, ce qui a été douloureux et ce qui peut-être toujours douloureux dans sa vie, ce qui l'empêche d'avancer... Puis de fermer le contenant, de bien vérifier sa fermeture et de le déposer dans un endroit qui lui convient, où il ne la gêne pas.

« Dites bien à tout ce que vous venez de déposer dans ce contenant que nous savons que c'est là, et que nous nous en occuperons lorsque ce sera le moment, lorsque vous serez prête »

Sa respiration est redevenue régulière, facile, son visage est détendu. Je l'accompagne pour le retour dans l'ici et maintenant, retour toujours un peu long pour Sylvie chez qui le mouvement prend du temps à revenir lors des fins de transes.

Retour sur la séance :

Je lui demande comment elle se sent après cet exercice qui peut être assez intense sur le plan émotionnel. Sylvie exprime un sentiment de bien-être, elle a pu déposer des éléments négatifs dans le contenant et se sent soulagée. Elle me confirme cette sensation d'oppression, d'anxiété, que j'avais perçue lors du retour dans le lieu sûr, et me dit que cette sensation s'est apaisée après avoir fermé le contenant.

A propos des figures symboliques, Sylvie reconnaît spontanément que les phrases de son ex-mari et de son fils sont justes. Elle a conscience effectivement de se laisser aller, de ne pas forcément faire d'efforts pour être plus active, son ex-mari lui aurait reproché plusieurs fois de rester en pyjama la journée. Elle dit également savoir au fond d'elle qu'elle pourrait appeler son fils pour d'autres raisons que de lui demander son aide sur un plan pratique mais elle craint toujours d'être rejetée, de déranger. Cet exercice m'a permis de constater à quel point son ex-mari restait important pour Sylvie, avec une forte préoccupation autour de ce qu'il peut penser d'elle.

6. Sixième séance : ciel de vie et autohypnose

Sylvie s'interroge à nouveau sur les bienfaits de l'hypnose, elle souhaiterait des résultats plus rapides et quasiment « magiques ». Nous abordons ses attentes, les principes de l'hypnose, l'idée de remise en mouvement progressif de son système « bloqué » depuis des années. Je lui propose la réalisation d'un « ciel de vie » afin de mettre en évidence des ressources oubliées sous la forme de moments positifs de sa vie. Cet exercice n'est pas facile pour Sylvie qui a besoin d'être guidée et rassurée. Elle trouve difficilement des événements positifs, mais arrive rapidement à citer les périodes compliquées de sa vie. Je remarque qu'elle ne parle pas des agressions sexuelles subies vers 12 ans malgré les pistes que je lui donne, je décide de ne pas insister sur ce sujet lors de cette séance mais d'y revenir ultérieurement selon l'évolution de sa situation clinique et de son état psychique.

La réalisation de cet exercice est assez longue, mettant ainsi en évidence ses barrières conscientes et ses résistances. Sylvie parvient à pointer une période dont elle garde un souvenir heureux, vers 38-40 ans. En effet, elle faisait partie à cette époque d'une association qui organisait des repas dansants dans sa ville. Elle a même été trésorière de cette association. Elle peut se décrire à l'époque comme « *heureuse, avec des amis et son mari* ». Je pointe avec elle les qualités associées à cette description : elle était à ce moment-là active, engagée, capable d'assumer des responsabilités et d'organiser des événements, de caractère agréable et sociable, enjouée et dynamique.

Je lui propose ensuite de lui enseigner des techniques d'autohypnose afin qu'elle puisse continuer le travail entre les séances, ce qu'elle accepte mais en émettant des doutes sur ses capacités à faire seule. Sylvie montre une fois de plus qu'elle manque grandement de confiance en elle et qu'elle a besoin d'être rassurée et accompagnée. Je lui montre une induction par respiration avec ouverture et fermeture des yeux, puis je l'accompagne dans son voyage intérieur jusqu'à son lieu sûr et lui propose quelques suggestions positives dans le thème de la confiance en soi, du confort, de la sérénité... Je termine cette séance en la projetant dans la séance suivante, afin de lui donner un objectif, ce qui permet de la rassurer en lui donnant une image construite et étayée de sa thérapie.

7. Septième séance : renforcement du Moi

Quinze jours après la dernière séance, Sylvie se présente à l'heure au rendez-vous, et décrit son état psychique comme habituel, « *pas mieux... mais pas pire* ». Elle est contente de m'annoncer qu'elle a pu envoyer un message à son fils même si cela reste dans un but utilitaire (a besoin de lui pour changer de télévision). Après un temps d'échange autour de la relation avec son fils, où il est une fois de plus mis en évidence les difficultés de communication entre eux deux, je lui propose une séance d'hypnose visant au renforcement du Moi. Nous débutons par définir ensemble le souvenir dont il sera question durant l'exercice afin de cadrer au mieux la séance et d'éviter la résurgence inattendue d'un souvenir traumatique. Sylvie choisit une image d'elle lors d'une soirée dansante organisée par l'association dont elle était trésorière il y a une dizaine d'années, époque heureuse que nous avons évoquée lors de l'élaboration du ciel de vie. Une fois en transe hypnotique, installée dans son lieu sûr, je l'invite à se représenter ce souvenir et à ressentir l'énergie qui l'habitait à l'époque.

« Sentez cette énergie, cette force, qui se diffuse dans votre corps... dans vos bras... jusqu'à vos mains... Percevez les sensations qui accompagnent cette vitalité, le ressenti dans votre gorge... votre poitrine... votre ventre... et qui descendent dans vos jambes... Comme une vague d'énergie, de force qui se déploie en vous... ». Je lui propose ensuite de choisir un mot qui représente ce ressenti et de le répéter plusieurs fois en elle. *« Un mot positif qui résonne en vous... qui vous permet de ressentir cette énergie se diffuser... »* Je l'encourage un moment à répéter ce mot et à ressentir les effets sur son corps puis, après un temps de pause auquel elle met fin grâce au signaling, je l'invite à se projeter dans un futur proche *« dans quelques jours ou quelques semaines peu importe... »* en étant de nouveau habitée par cette ressource, et de ressentir encore une fois les effets corporels de cette sensation. Enfin, je l'invite à retourner dans son lieu sûr puis à revenir ici et maintenant.

Retour sur la séance :

Sylvie verbalise le fait que l'exercice était difficile pour elle car elle ne comprend pas toujours ce que je veux dire. Je la rassure sur ce point et l'encourage. En effet, elle a pu retrouver facilement un souvenir heureux, l'associer au mot « *joie* » et ressentir réellement cet état de joie, ce qu'elle n'avait pas vécu depuis très longtemps. Elle m'apparaît étonnée d'avoir pu « *être vraiment dans la joie* » et je décèle une légère pointe de fierté.

A propos de l'autohypnose, Sylvie est assez déçue car elle n'arrive pas à « *se mettre dedans* », a l'impression de ne pas y arriver seule. Je continue à l'encourager et lui explique qu'elle a fait la

démarche de prendre un temps pour elle, et que cela constitue déjà un élément positif, qu'elle ne doit pas abandonner mais persévérer car cette démarche est bénéfique en soi. Je m'attendais en partie à cette réponse mais je dois avouer que je pensais qu'elle ne voudrait finalement pas essayer chez elle. Je suis agréablement surprise, encore une fois, par le changement que cela représente par rapport à son fonctionnement habituel.

8. Huitième séance : pas d'hypnose

Cette rencontre a lieu trois semaines après la précédente. Sylvie se présente comme d'habitude avec ponctualité. Je la trouve d'emblée moins « légère » que les dernières fois, notamment au niveau de sa démarche et de sa façon de se tenir ensuite sur la chaise. Elle a repris en partie cette position d'épaules tombantes, en avant, et de tête baissée que je lui connais depuis des années. Cela me permet ainsi de remarquer qu'elle n'avait pas cette attitude physique lors des trois ou quatre précédents rendez-vous. Son discours est néanmoins plus encourageant que sa posture : elle explique être un peu moins en forme ce jour, se sentir plus fatiguée. Je ne note pas de fléchissement thymique plus important, elle n'emploie pas de termes négatifs et ne verbalise pas d'idéations morbides. Lorsque je l'interroge sur sa volonté de réaliser une séance d'hypnose ce jour elle me répond par la négative, expliquant qu'elle ne se « *sent pas trop pour aujourd'hui* ». Je respecte sa décision et j'oriente la conversation sur le déroulé des derniers jours afin de savoir si un événement particulier est survenu mais rien d'évident ne transparaît dans son discours : elle n'a pas vu son fils, ce qui n'a rien d'inhabituel, son ex-mari est venu lui confier leur chienne pour quelques heures, comme il le fait parfois. Rien de particulier.

Après cette rencontre, je ne peux m'empêcher de me demander si ce léger « moins bien » est une réaction inconsciente face aux changements observés depuis le début de l'hypnothérapie . Un petit retour à quelque chose de connu, de rassurant, pour lutter contre l'angoisse générée par ces modifications.

V. Discussion théorico-clinique

1. Rappel de la problématique

La problématique sur laquelle je me suis interrogée est la suivante :

Quels sont les apports de l'hypnose dans les suivis thérapeutiques des dépressions chroniques ?

Ainsi, les hypothèses formulées initialement étaient :

- **L'hypnose pourrait avoir des effets bénéfiques sur les symptômes dépressifs installés depuis une longue période.**

- **L'approche relationnelle spécifique à l'hypnothérapie pourrait apporter du mouvement dans la relation thérapeutique en offrant au praticien et au patient la possibilité de se positionner différemment.**

La symptomatologie dépressive de Sylvie est surtout marquée depuis longtemps par un repli sur soi, une anhédonie majeure, un manque de dynamisme et une grande passivité. Elle exprime également une grande anxiété avec une crainte permanente de se confronter à l'autre. La relation thérapeutique est empreinte de réactions d'opposition passive, révélant un mécanisme de défense ancré et très présent. En effet, j'ai pu constater avec le temps que Sylvie a un discours pessimiste, ne ressent habituellement aucune amélioration lors des changements de traitement et n'est pas réceptive aux suggestions positives. De plus, elle ne s'est pas saisie des conseils thérapeutiques donnés par un collègue psychiatre spécialisé dans le soin des dépressions résistantes, à qui je l'avais adressée pour avis. Je me retrouve alors démunie face à l'état clinique de Sylvie, notamment à l'absence de mouvement, au caractère figé de notre relation. L'absence de changement m'a confortée dans une position également statique, après avoir épuisé les outils dont je disposais.

Qu'ont apporté les séances d'hypnose à la symptomatologie de Sylvie et à notre relation thérapeutique ?

2. Confrontation des résultats à la problématique

Le suivi de Sylvie est toujours en cours à ce jour.

a) Effets sur les symptômes dépressifs

La première séance avec construction du lieu sûr a permis à la patiente d'expérimenter la transe hypnotique et d'ainsi de se trouver rassurée quant à ses capacités « à faire de l'hypnose ». Cette première expérience a également permis de favoriser une détente et un sentiment d'apaisement, propices à laisser une impression positive à la fin de la séance, et éviter, dans la mesure du possible, une réaction défensive de rejet comme elle a pu en avoir auparavant.

Sylvie a pu trouver un espace intérieur sécurisant et l'utiliser à plusieurs reprises en séance, ce qui a contribué à améliorer sa confiance en elle. En effet, elle ne me demande plus, par la suite, si elle est bien capable d'être en hypnose.

Les différentes séances ont eu pour objectif de réintroduire du mouvement en ouvrant le champ des perceptions internes et en permettant à la patiente de retrouver des sensations connues mais oubliées. Ainsi, Sylvie a expérimenté des sensations de joie avec un réel ressenti sensoriel et une possible projection dans un futur proche. Cette projection lui laisse entrevoir un avenir différent de celui qu'elle s'imagine avoir, en réintroduisant la notion d'autres possibilités.

La réalisation du « ciel de vie » a été complexe pour Sylvie mais a permis de retrouver un souvenir heureux particulier que nous avons ensuite convoqué en hypnose. Il est d'une importance majeure de relever cet élément car, depuis les six années de suivi, Sylvie n'a jamais pu nous exposer une situation agréable, un exemple de moment joyeux. Le contexte de l'hypnothérapie a donc facilité la résurgence, et surtout la verbalisation, de ce souvenir. En effet, Sylvie ne retenait que les éléments négatifs de son histoire de vie, ne prenant en compte que les épisodes douloureux comme si sa vie entière n'avait été que souffrance psychique, coupant court à toute possibilité d'explorer autre chose.

La demande principale de Sylvie est, initialement, d'avoir plus confiance en elle, d'être moins anxieuse. Nous lui avons donc proposé plusieurs exercices visant à accroître cette confiance et à lui faire ressentir la sensation de réussite, de fierté. Si le résultat semble mitigé pour la métaphore du nuage (a pu déposer du négatif mais pense avoir mal fait car ne sait pas ce qu'elle y a mis), il est plus encourageant pour la métaphore du ruisseau car elle exprime avoir « réussi l'exercice » avec fierté. Sylvie nécessite néanmoins une réassurance régulière. Elle craint de mal faire, de ne pas

comprendre les suggestions, de ne pas avoir bien réussi... Elle fait part à plusieurs reprises de ses doutes sur l'efficacité de l'hypnose, car elle ne se sent pas « différente ».

Il est nécessaire de lui réexpliquer régulièrement les principes de l'hypnose et le but visé, ainsi que la notion de temporalité qu'il est important de respecter.

D'un point de vue purement symptomatique, il est difficile d'évaluer les changements obtenus avec l'hypnose car Sylvie ne semble pas les identifier et ne les verbalise pas. Cependant, nous avons pu observer plusieurs changements positifs globaux qui permettent d'envisager une variation au niveau de l'intensité de la symptomatologie anxio-dépressive. Sylvie se montre plus détendue, plus « légère » en entretien, sa posture physique s'est modifiée lors de plusieurs séances et elle a spontanément enlevé son manteau pour le poser sur la chaise à deux ou trois reprises alors que nous ne l'avions jamais vue qu'avec sa veste sur le dos et fermée jusqu'en haut. Il y a même eu plusieurs sourires, sous le masque certes mais tout de même évidents, ainsi qu'une plus grande réceptivité à l'humour.

Nous remarquons également une absence de commentaires négatifs et de plainte alors que l'expression d'opposition et de résistance aux propositions fait partie de son fonctionnement et de son mode de communication depuis très longtemps.

Par ailleurs, le fait que Sylvie ait accepté l'invitation chez son frère révèle un changement important. En effet, elle ne voyait plus sa famille depuis plusieurs années, excepté pour les obsèques. La rencontre a eu lieu dans un cadre festif, avec la présence d'un couple d'amis de son frère qu'elle ne connaissait que très peu. Il s'agit exactement du genre de situation qu'elle est habituellement soucieuse d'éviter afin de ne pas avoir à discuter, se trouvant inintéressante et ayant peur de devoir se justifier sur sa séparation, ses hospitalisations etc... Nous pouvons donc extrapoler le fait qu'elle se sente moins anxieuse, plus en sécurité ou en tout cas un peu plus confiante en elle-même quant à ses capacités.

Ainsi, au regard des résultats obtenus à travers cette étude de cas, l'hypothèse selon laquelle l'hypnose pourrait avoir des effets positifs sur la symptomatologie dépressive chronique semble être validée à travers le constat de l'amélioration globale observée chez Sylvie.

b) Effets sur la relation thérapeutique

Il est possible d'observer des changements au niveau de la relation thérapeutique dès les premières

séances. En effet, le changement de posture induit par l'installation avant la transe est déjà une mise en mouvement. Sylvie s'installe « le plus confortablement possible » sur la chaise, et nous la rejoignons pour nous asseoir à ses côtés car la distance créée par le bureau nous dérange. Le bureau nous paraît un obstacle pour la pratique de l'hypnose et nous préférons nous trouver plus près du patient.

Le fait de proposer à Sylvie des séances d'hypnose représente en soi une sorte de réinvestissement de la relation thérapeutique de notre part, un changement de position par rapport à la situation qui semble figée depuis plusieurs années. De même, le fait pour elle d'accepter cette expérience inconnue peut être vu comme un début de remise en mouvement.

La pratique de l'hypnose a permis de redonner un but à nos rencontres, de se recentrer sur ses besoins essentiels, et de définir des objectifs modestes et progressifs. Nous avons également le ressenti d'une dynamisation des échanges avec l'initiation d'une réflexion plus profonde et la possibilité pour Sylvie d'élaborer et de verbaliser plus facilement autour de sa situation, avec moins de pessimisme.

Enfin, il est à noter une certaine valorisation mutuelle entre patient et thérapeute lors de la pratique d'hypnothérapie au cours de suivis anciens et figés tel que la situation de Sylvie. En effet, le fait de réinvestir la relation de soins en proposant une nouvelle possibilité indique à la patiente qu'il reste encore des choses à espérer et qu'elle est toujours un individu à part entière. Elle n'est pas qu'une patiente de plus qu'on ne « voit » plus au bout de tous ces entretiens. Elle reste une personne unique, avec une histoire de vie particulière, et des soins que l'hypnose permet d'adapter et d'ajuster le plus possible à ses besoins.

La valorisation est, pour nous, mutuelle, car le fait que la patiente accepte la proposition d'hypnose marque une certaine confiance dans la relation. De plus, l'observation des changements, discrets mais réels, chez Sylvie au cours de ces derniers mois nous apporte de la satisfaction et nous conforte dans notre volonté de pratiquer l'hypnose.

L'hypothèse selon laquelle l'hypnose permettrait de réintroduire du mouvement et de modifier positivement la relation thérapeutique au cours des suivis « figés » semble également se vérifier.

3. Limite de notre travail et discussion éthique

« Tout ce que vous faites pour moi, si vous le faites sans moi, vous le faites contre moi » Gandhi

Comme énoncé plus haut, l'utilisation de l'hypnose a redonné un certain mouvement à la relation thérapeutique et a probablement permis une petite amélioration clinique sur quelques points particuliers. Cependant, cette expérience nous a amenée à nous interroger sur le changement en général, la volonté de changer et les résistances à ce changement. Lors du suivi de Sylvie, la question de sa volonté de changer s'était déjà posée. L'apparent immobilisme de la situation clinique de la patiente représente un environnement connu. Bien qu'inconfortable sur beaucoup d'aspects, cet environnement connu est préférable car plus rassurant que le « saut vers l'inconnu » du changement. Sylvie s'interroge elle-même à ce sujet, se demandant si elle souhaite vraiment que cela change. Elle verbalise avoir conscience de se trouver dans un « engrenage » qu'elle a elle-même construit. De plus, le fait qu'elle ne veuille pas faire de séance d'hypnose lors d'une de nos rencontres ouvre le questionnement sur plusieurs sujets : S'agit-il d'une réaction défensive face aux changements que Sylvie a du constater dans son fonctionnement ? A t-elle besoin d'une pause afin de ralentir le rythme des séances et de garder un certain contrôle sur ce qui se passe ? Simplement, l'affirmation de sa volonté de faire ou de ne pas faire d'hypnose est un indice de la qualité de l'alliance thérapeutique. Sylvie peut constater que son refus n'entraîne pas de conséquences sur son suivi et que nous restons à sa disposition si elle souhaite faire une nouvelle séance.

Ce questionnement permet de s'interroger, de manière plus globale, sur les résistances au changement des patients souffrant de troubles dépressifs chroniques, pour qui la plainte est devenue un mode de communication privilégié. Pour Claude Virot, la dépression chronique est la résultante de l'échec de guérison d'une dépression aiguë dans le sens où le sujet n'a pas réussi à « franchir le cap ». La phase aiguë de la dépression serait, selon Virot, un moment favorable pour l'hypnothérapie car le système interne est à cet instant très actif, ce qui facilite le travail de l'hypnose. Il est donc permis de penser que les patients en phase de dépression figée ont retrouvé une sorte d'équilibre psychique, plus économique donc moins actif, et que cela nécessite plus de temps et de travail pour remettre en mouvement leur système interne.

Roustang définit la plainte comme « *la manifestation d'une peine ou d'une souffrance* », avec un excès à leur égard. Il explique que la plainte a d'abord pour but de manifester douleur et peine pour les diffuser et les apaiser, mais que l'écart entre le ressenti et la plainte exprimée devient utile pour éviter le changement. Ainsi, la personne se plaint pour laisser intact son chagrin, ne pas avoir à y toucher ou à l'affronter. Le chagrin se trouve donc alimenté, et non épuisé, par la répétition de la plainte. Bientôt, la peine et la douleur atteignent l'intensité de la plainte et l'écart n'existe plus. Or, pour Roustang, « *la plainte par nature fait renaître sans cesse l'écart et celui-ci engendre à son tour*

une augmentation de la peine. » La personne entre ainsi dans un cercle infernal qui ouvre sur une dépression chaque jour plus irrémédiable.

Pour Catherine Leloutre-Guibert (2020), la dépression se caractérise par une inhibition psychomotrice, et une anesthésie sensorielle et affective. Sortir de la dépression correspond à ressentir, éprouver à nouveau, bouger et être dans l'action, ce à quoi nous invite l'hypnose. Un cercle vertueux peut alors s'enclencher, venant remplacer progressivement le cercle vicieux de la dépression chronique dans lequel le patient est englué, sans perspective.

Par ailleurs, la question d'aborder le sujet des agressions sexuelles s'est également posée pour nous. Sylvie a été victime à plusieurs reprises d'agressions de la part d'un ami de sa mère en début d'adolescence mais ne l'a jamais dit à sa mère. Elle ne l'a jamais abordé en entretien avec nous, cette information nous est connue uniquement par le biais de l'anamnèse réalisée par nos collègues lors des premières hospitalisations dans le service. De plus, l'élaboration du « ciel de vie » n'a pas été l'occasion pour Sylvie d'aborder ce sujet. Il est donc probable que ce souvenir traumatique n'est pas présent de manière consciente à sa mémoire, ou, en tout cas, que ce n'est pas sa volonté ni le moment de traiter ce sujet.

En effet, la relecture des précédents entretiens avec les différents médecins qui l'ont suivie montre que ce sujet n'apparaît que lors de l'anamnèse (rédaction de son histoire de vie) et n'est plus abordé par Sylvie ni par les soignants. Elle ne présente pas de signes cliniques de stress post-traumatique et il n'y a jamais eu de lien d'évoqué entre sa problématique dépressive et le traumatisme subi auparavant.

Il ne nous apparaît donc pas adapté d'aborder ce sujet lors de l'hypnothérapie, car nous ne l'avons pas fait en dehors de l'hypnose. Il reste important de l'avoir en tête afin de pouvoir proposer à la patiente par la suite, si elle en fait la demande, des séances spécifiques. Pour le moment, il nous semble plus opportun de ne pas forcer les résistances de Sylvie et de respecter sa temporalité psychique et ses demandes.

VI. Conclusion

D'après nos lectures sur l'hypnothérapie et nos observations lors de cette expérience avec Sylvie, l'hypnose permet au patient de redécouvrir une sensation de bien-être, de confort psychique à travers la désactivation de barrières conscientes et l'activation de mécanismes inconscients.

Dès les premières séances, Sylvie a expérimenté des sensations agréables et a pu être rassurée quant à ses « capacités ». Cela a permis d'instaurer rapidement une confiance dans la thérapie et de renforcer l'alliance thérapeutique.

L'hypnose permet d'élargir le prisme de la vision du monde environnant, qui se trouve rétréci chez les personnes dépressives. Cet outil offre la possibilité au sujet déprimé de redevenir acteur de sa propre vie. L'hypnose réactive le mouvement, remobilise une énergie interne qui paraît inerte pour le patient dépressif chronique. Ce processus thérapeutique se poursuit après la séance d'hypnose grâce aux suggestions post-hypnotiques et à l'apprentissage de l'auto-hypnose, avec notamment la possibilité de développer une plus grande autonomie psychique.

L'hypnothérapie est un véritable levier professionnel, et personnel, et a fait évoluer ma manière de percevoir le monde et les patients en demande d'aide. Elle représente également un levier thérapeutique pour les patients, à qui elle permet de se repositionner dans un rôle plus actif, surtout pour ceux qui souffrent depuis un long moment de symptômes invalidants avec une plainte perpétuelle dont ils ne savent plus se passer et qui entretient leur souffrance.

Cette formation m'a permis de prendre conscience de la nécessité de rester à l'écoute du patient, de repartir de ses besoins fondamentaux et de lui proposer une thérapie adaptée, individualisée. Je pense continuer à utiliser l'hypnose comme un outil parmi d'autres modalités thérapeutiques, afin de m'ajuster au mieux à chaque patient et chaque problématique rencontrés. Je garde en tête le fait qu'il me reste encore beaucoup à apprendre, surtout par une pratique clinique riche et diversifiée, permettant d'explorer les multiples possibilités de l'hypnothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

Bennabi D, Masse C, Haffen E, et al. « Stratégie thérapeutique des troubles de l'humeur » ; EMC Psychiatrie 2016 ; volume 13 ; n°2 ; 37-860-B-40

Bioy A, « L'hypnose », Que sais-je, 2017

Bioy A, « Hypnose et hypnothérapie » ; EMC psychiatrie 2021 ; volume 37 ; n°4 ; 37-820-B-50

Bioy A, « 17 cas pratiques en hypnothérapie », Dunod, 2021

Bioy A, Michaud D, « Traité d'Hypnothérapie, Fondements, méthodes, applications », Dunod, 2019

Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, « Aide-Mémoire : hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions », Dunod 2014

Boyer J-P, « Sortir de la dépression ? Pas de vusucu... », Hypnose et thérapies brèves, 2022, n°64, 92-101

Charpeaud T, Genty J-B, Destouches S, et al. « Prise en charge des troubles dépressifs résistants : recommandations françaises formalisées par des experts de l'AFPNB et de la fondation FondaMental » ; L'Encéphale 2017 ; 43 ; 4S1-4S24

Erickson M, Rossi E, et al, « Traité pratique de l'hypnose, la suggestion indirecte en pratique clinique », Grancher, 2006

Ferreri F, Agbokou C, Nuss P, Peretti C.-S. Clinique des états dépressifs ; EMC Psychiatrie 2006 ; 37-110-A-10

Galy M., Toledano A, Hypnose et thérapies brèves Hors série n°16 ,mars 2022, « L'hypnose comme remise en mouvement »

Goldschmidt D, « 17 cas pratiques en hypnothérapie », p84-113, 2ème édition, sous la direction d'Antoine Bioy. Les ateliers du praticiens, Dunod, Bioy et al.

Leloutre-Guibert C, « L'hypnose pour reprendre vie », Hypnose et thérapies brèves, 2020, HS n°14,144-155

Megglé D, « Erickson, hypnose et psychothérapie », Retz 3ème édition 2005 (1998)

Nieto I, Bellivier F. Troubles dépressifs ; EMC Psychiatrie 2017 ; volume 14 ; n°3 ; 37-450-A-10

Roustang F, « Jamais contre, d'abord. La présence d'un corps », Odile Jacob books, 2015

Salem G, Bonvin E, « Soigner par l'hypnose, approches théoriques et cliniques », Elsevier Mason, 2017

Virost C, « Les troubles dépressifs : concepts et applications hypnotiques ». In : Bioy A, Michaud D, Dunod, « Traité d'hypnothérapie », 2007, 375-403

Yapko M., « L'hypnose et le traitement de la dépression », Satas, 2001

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Les dépressions chroniques sont une évolution de certains troubles dépressifs qui persistent au delà de deux ans. Les personnes souffrant de dépression chronique se trouvent enfermées dans un cercle négatif qui renforce la peine et la plainte. L'hypnose, en tant que méthode thérapeutique, permet d'apporter des changements dans ces situations figées. Elle initie le mouvement et offre aux patients la possibilité d'accéder à leurs ressources et d'acquérir une plus grande autonomie psychique. Enfin, la relation thérapeutique se trouve modifiée par le nouveau positionnement du thérapeute et du patient qu'implique l'hypnothérapie, ouvrant également de nouvelles possibilités.

hypnose – hypnothérapie – dépression – trouble dépressif chronique – relation thérapeutique

