

Table des matières

Liste des auteurs.....	9
Introduction.....	13
Chapitre 1 – Hypnose et enfance : demande pour céphalées	14
Bernadette Audrain-Servillat	
1 COLÈRE ET CÉPHALÉES DE TENSION	16
Deux symptômes de l'anxiété.....	16
Hypnose intégrative comme modalité de traitement.....	18
2 OLIVIA « QUI A DE LA COLÈRE DANS SA TÊTE »	18 Le
contexte.....	18 1 ^{re}
séance.....	19 2 ^e
séance.....	21 3 ^e
séance.....	23 4 ^e
séance.....	24
3 MERCI OLIVIA !	24
Décryptage.....	25
Conclusion.....	28 4
BIBLIOGRAPHIE	30
Chapitre 2 – Hypnose et troubles dits « psychosomatiques »	32
Antoine Bioy	
1 LES TABLEAUX « PSYCHOSOMATIQUES »	34
Une errance scientifique et clinique.....	35
Transformer une expérience en un récit.....	36
Place des croyances.....	37
Répondre à la complexité clinique.....	38
Pourquoi et comment l'hypnose ?.....	39
2 IÑAKI	40
Première séance.....	40
Séances suivantes.....	43
La dernière séance.....	46
3 COMMENTAIRES	46 4
BIBLIOGRAPHIE	47
Chapitre 3 – Hypnose et addictions	48
Marion Delmas	
1 LA DÉPENDANCE À LA COCAÏNE	50 Les
addictions.....	50
Plaisir et immédiateté.....	51
Effet écran et refus de la réalité.....	51 Le
craving et la neurobiologie.....	52
2 SANDY	53
Pédagogie et recadrage.....	54
Mise en place de l'espace imaginaire avec le planigramme d'anticipation de Mario Berta... 55	
Mouvement antagoniste.....	57 Le
rêve éveillé.....	58
Travail sur le dedans/dehors.....	58

3 LES VARIATIONS IMAGINAIRES.....	60	La nouveauté.....	62	Mise en place d'une intériorité viable.....	63	4
BIBLIOGRAPHIE.....	64					
Chapitre 4 – Prise en charge d'un traumatisme complexe.....	66					
Marion Fareng						
1 LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....		68	L'hypnose, par essence au service du traitement du trauma.....	69		
			Aperçu de la littérature.....	70		
2 SUIVI PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DE LUCIE.....	71					
			Un parcours de vie émaillé par les violences.....	71		
			Phase de stabilisation.....	72		
			Changement de représentation.....	74		
3 LE PUZZLE TRAUMATIQUE.....	77					
			Regard sur le chemin effectué.....	77	Les	
			poupées russes dans le trauma.....	78	4	
BIBLIOGRAPHIE.....	79					
Chapitre 5 – Thérapie par l'hypnose profonde d'une dépression majeure.....	82					
Daniel Goldschmidt						
1 LA DÉPRESSION, UNE PERTE DE SENS.....	84					
			Dépression majeure (selon le DSM-V).....	85		
			La transe profonde.....	86		
2 MADAME SUZANNE, 57 ANS.....	90					
			Établissement du cadre.....	91		
			En chemin vers la profondeur.....	94		
			Conversations secrètes.....	95		
3 L'INCONSCIENT COMME OPÉRATEUR.....	96					
			Travailler où la dépression s'est constituée	96	Suzanne	
			reprend son chemin.....	97	4	
BIBLIOGRAPHIE.....	98					
Chapitre 6 – Hypnose et personnes âgées.....						
100 <i>Le monde des souvenirs comme lieu de ressourcement</i>						
Mireille Guillou						
1 L'INDISSOCIABLE INTRICATION ENTRE DEUIL DU CORPS ET DEUIL DE L'ÊTRE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE.....		102	Le corps et le Moi.....			
			102 Je ne m'entends plus vivre dans ce corps trop bavard.....	104		
2 MONSIEUR ANTONIO : LA RENAISSANCE D'UN PHÉNIX.....	107					
			Monsieur Antonio ne veut plus vivre.....	107		
			L'alibi des soins au corps pour réveiller l'Être.....	107		
			Le travail d'actualisation des ressources.....	110		
3 AUSSI LONGTEMPS QUE JE SUIS VIVANT, JE SUIS CELUI QUI A ÉTÉ.....	111					
			Les ressources agissantes.....	111		
			Redevenir un Homme debout.....	112	4	
BIBLIOGRAPHIE.....	113					
Chapitre 7 – La posture anthropographique, un outil en thérapie par hypnose.....	114	Jean-Claude				
Lavaud						
1 CONTEXTE CULTUREL ET SYMPTÔME.....	116					
			Claudia était morte.....	117		
			Séance 1 : est-ce si simple ?.....	118		

2 ENTRÉE DANS LA CULTURE DU PATIENT	122
Séance 2 : ce dégoût, cette peur.....	122
Séance 3 : activer ses ressources.....	124
Séance 4 : la réparation.....	126
3 UNE POSTURE PARTICULIÈRE	128
L'anthropographie.....	128
Repérage d'éléments anthropographiques.....	130
BIBLIOGRAPHIE	132

Chapitre 8 – Hypnose et affirmation de soi : devenir l'auteur de sa propre

vie	134	Élise Lelarge
1 L’AFFIRMATION DE SOI	136	
Les pièges de l'affirmation de soi.....	136	
Restaurer la relation au monde.....	137	
2 LIBÉRER LE POTENTIEL CRÉATIF	139	
Préparer le terrain.....	139	
Induire des changements.....	141	
Consolidation des acquis.....	145	
3 REGARDER UNE GRAINE POUSSER	148	
Solidifier les bases.....	148	La
posture thérapeutique.....	148	4
BIBLIOGRAPHIE	149	

Chapitre 9 – Hypnothérapie d'un deuil compliqué

150 Jean-Sébastien Leplus-Habeneck		
1 DEUIL COMPLIQUÉ ET PSYCHOTRAUMATISME	152	
Les évolutions du deuil.....	152	
Deuil normal et pathologique.....	154	
2 MME LAUSSE ET LA MORT	155	
Contexte de la consultation.....	155	
Évaluation de la nature du deuil.....	156	
Déroulement thérapeutique.....	157	
3 L’APRÈS	162	
Dynamique thérapeutique.....	162	Sur la
voie du deuil.....	163	4
BIBLIOGRAPHIE	164	

Chapitre 10 – Accompagner la maladie grave

166 Véronique Lesage		
1 ACCOMPAGNER LE PATIENT ATTEINT D'UNE MALADIE GRAVE AVEC L'HYPNOSE	168	
L'hypnose, outil de communication privilégié avec la subjectivité de la personne.....	169	
L'hypnose mobilise les ressources du patient.....	170	
2 ALICE, UN CHEMIN DE TRANSFORMATION	173	
La demande de la patiente.....	173	Le
déroulement du suivi.....	174	
L'avancée de la maladie et le travail d'acceptation.....	176	
3 COMMENTAIRES	178	La
dynamique que permet l'hypnose.....	178	Une leçon
de vie.....	179	4
BIBLIOGRAPHIE	181	

Chapitre 11 – Hypnose et sexologie, un exemple : à quoi ça sert pour les hommes ?

182 Joëlle Mignot	
1 PROMESSES DE L'HYPNOSE POUR LA SEXUALITÉ MASCULINE	
184 Hypnose et sexologie : une rencontre féconde.....	184
Hypnose et troubles de la sexualité masculine.....	185

Bernard, un cas !.....	187
Que faire avec Bernard ?.....	188
2 CHEMIN THÉRAPEUTIQUE UTILISABLE, ADAPTABLE (ET MALLÉABLE) POUR TOUTES DIFFICULTÉS SEXUELLES.....	192
Proposition de guideline de l'hypnose en sexologie intégrant les 7 valeurs de la Santé sexuelle.....	192 3
MAXIMES POUR RÉPONDRE À « À QUOI ÇA SERT ».....	192
Connais-toi toi-même sexuellement.....	192
de ne pas être parfait... pour mieux t'écouter !.....	195
de toi sexuelle.....	196 4
BIBLIOGRAPHIE.....	197

Chapitre 12 – Hypnose et travail avec les émotions : exemple de la colère.....

198 Thierry Servillat

1 DES SITUATIONS BLOQUÉES.....	200
Le travail émotionnel en hypnothérapie.....	201
étapes du travail avec la colère.....	203
Possibilités de mise en œuvre thérapeutique de la colère.....	204
2 SOLÈNE.....	206
Contexte et premières séances.....	206
L'information clé.....	208
Travail avec la colère.....	209
Préparation de la séance d'hypnose.....	210
séance d'hypnose.....	211
Trois semaines après.....	213
3 COMMENTAIRES.....	213 4
BIBLIOGRAPHIE.....	214

Chapitre 13 – Hypnose et trouble de personnalité borderline.....

216 Paul Sidoun

1 INTRODUCTION.....	218
Modélisation d'orientations thérapeutiques opératoires : La thérapie dialectique de M. Linehan.....	219
thérapeutique.....	220
2 JÉRÔME.....	222
Vers l'alliance.....	225
l'addiction au lien.....	227
gestion émotionnelle du lien.....	230
du thérapeute est-elle le nom ?.....	233 3
BIBLIOGRAPHIE.....	234

Chapitre 14 – Hypnose et trouble panique : passer par-delà le « pire qui puisse arriver ».....

Soutrenon

.....	236
1 DE LA « CRISE D'ANGOISSE » AU « TROUBLE PANIQUE ».....	238
2 MONSIEUR ANATOLE À L'ÉPREUVE DE LA QUESTION « DU PIRE QUI PUISSE ARRIVER » (QPPA).....	239 À
l'origine de la consultation : une anxiété recrudescente.....	240
temps de la thérapie.....	241
d'une décision.....	242
3 HYPNOSE ET DIALOGUE STRATÉGIQUE.....	249
Une proposition (contre-)paradoxe.....	249
exploration.....	250
et resynthèse intérieure.....	252
progressivité.....	253
Conclusion.....	254 4

BIBLIOGRAPHIE.....	254
Chapitre 15 – Hypnose et phobies.....	
256 Isabelle Prévot-Stimec	
1 APPROCHE INTÉGRATIVE DE LA PHOBIE.....	258
Éléments de diagnostic.....	258
Approche intégrative de la phobie.....	261
2 CHARLOTTE ET LA PEUR DES CHIENS ET CHATS.....	263
Le cas de Mademoiselle Charlotte.....	264
Installation de la sécurité intérieure.....	265
Traverser la peur.....	267
Atteindre ses objectifs progressivement.....	267
La rechute de guérison.....	270
3 LA THÉRAPIE EST UNE RENCONTRE.....	271
4 BIBLIOGRAPHIE.....	272
Chapitre 16 – Attachement et hypnose.....	
274 Virginie Bardot et Gérard Ostermann	
1 L'ATTACHEMENT, DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE.....	276
2 INTÉRÊT DE L'HYPNOSE POUR TRAVAILLER L'ATTACHEMENT ?	280
3 DELPHINE, LA « PEUR PHOBIQUE DE L'ABANDON	282
».....	282
Discussion.....	
288 4 BIBLIOGRAPHIE.....	289
Chapitre 17 – Hypnose et incertitude : exemple de la période de COVID-19.....	
290 Antoine Bioy	
1 L'INCERTITUDE : UN INVISIBLE TRÈS INFLUENT.....	
292 Difficulté à nommer l'incertitude.....	
292 L'incertitude, un levier de soin ?.....	
293 Incertitude et hypnose.....	
295	
2 JUANA, INFIRMIÈRE « AU FRONT ».....	296
Présentation.....	296
1 ^{re} visio-consultation.....	297
2 ^e visio-consultation.....	299
Les autres séances.....	301
3 DISCUSSION.....	302
BIBLIOGRAPHIE.....	303
Conclusion.....	304

Liste des auteurs

Ouvrage dirigé par :

Antoine BIOY

Professeur de psychologie clinique et psychopathologie sur l'université de Paris 8,

Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie. Psychologue clinicien et psychothérapeute (CHU Bordeaux). Responsable scientifique du centre de formation et d'étude en Hypnose « Ipnosia » (ipnosia.fr). Expert scientifique auprès de l'UNESCO (chaire 918). Co-fondateur de la « Revue de l'Hypnose et de la Santé » (Dunod). Coordinateur scientifique de l'Agence des Médecines Complémentaires et Alternatives (agencemca.org)

Avec la collaboration de :

Bernadette AUDRAIN-SERVILLAT

Psychothérapeute ARS, diplômée de la Faculté de Nantes, exerce au CITI (Centre Interdisciplinaire de Thérapie Intégrative) à Rezé près de Nantes.

Virginie BARDOT

Psychiatre, pédopsychiatre, psychothérapeute en libéral (La Réunion), formatrice à l'institut Mimethys.

Marion DELMAS

Psychologue clinicienne, addictologue exerçant à l'hôpital Bichat-Claude Bernard (Paris), thérapeute en rêve éveillé, membre fondateur de l'Irephe (Institut du Rêve Éveillé Phénoméno-Existentiel).

Marion FARENG

Docteure en psychologie, hypnothérapeute, exerce au centre du psychotrauma de l'institut de victimologie à Paris, ainsi qu'en libéral.

Daniel GOLDSCHMIDT

Hypnothérapeute licencié en Psychologie (Paris 8), diplômé de l'EHSB (École des Hautes Études de Sophrologie et Bio Analyse), certifié par le British Hypnosis Research (Stephen Brooks) et le New York Training Institute For N.L.P. (Année Linden).

Mireille GUILLOU

Psychologue clinicienne à l'Institut de Cancérologie de Lorraine Alexis Vautrain, Nancy.

Jean-Claude LAVAUD

Docteur en Anthropologie Sociale (EHESS), thérapeute praticien de l'Hypnose et Anthropologue, président du Collège d'Hypnose de l'Océan Indien (CHOI), fondateur et directeur du Centre de Ressources et d'Études Ericksoniennes de La Réunion (CRÉER), l'Institut Milton Erickson de La Réunion.

Élise LELARGE

Psychiatre, psychothérapeute, ancienne assistante des hôpitaux de Nantes, formatrice en hypnose pour les professionnels de santé, auteure.

Jean-Sébastien LEPLUS-HABENECK

Docteur en psychologie, psychologue clinicien, psychothérapeute ARS en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie « AMT - Arc-En Ciel » ainsi qu'en cabinet libéral à Montpellier (34). Formateur, intervenant aux D.U. et D.I.U. de soins palliatifs à la faculté de médecine et de pharmacie de l'université de Limoges.

Véronique LESAGE

Psychologue clinicienne en libéral à Fontenay-aux-Roses (92).

Joëlle MIGNOT

Psychologue, psychothérapeute ARS et sexologue clinicienne, Vice-Présidente de la Confédération d'Hypnose et Thérapies brèves, directrice du Pôle Santé

sexuelle, Sexologie et Droits humains de l'Université Paris Diderot, membre du

comité exécutif de la Chaire UNESCO Santé sexuelle et Droits humains, rédac

trice en chef de la revue « Sexualités Humaines ».

Gérard OSTERMANN

Professeur de thérapeutique, médecin Interniste, psychothérapeute.

Isabelle PREVOT-STIMEC

Psychiatre, psychothérapeute.

Thierry SERVILLAT

Psychiatre, formateur et conférencier. Exerce au CITI (Centre Interdisciplinaire

de Thérapie Intégrative) à Rezé près de Nantes. Président de l'Institut Milton H. Erickson de Rezé (RIME 44), rédacteur en chef de la « Revue de l'Hypnose et de la Santé ».

Paul SIDOUN

Psychiatre en libéral (Paris), ancien Professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Emmanuel SOUTRENON

Psychologue clinicien, hypnothérapeute en cabinet libéral (Paris). Chargé d'enseignement à l'université de Paris 8, Vincennes St-Denis.

C

ET OUVRAGE a pris naissance dans l'envie de montrer quelques-unes des facettes de la pratique clinique en hypnothérapie. En effet, comme toute méthode riche et complexe, l'approche hypnotique est propice à

Introduction

construire des chemins qui vont prendre des allures différentes selon la façon dont le contexte thérapeutique se déploie. Une fois sortie des « grandes dénominations » et de la question des indications, qu'est-ce que l'hypnothérapie offre comme visages cliniques ? Dans l'intimité d'un lieu de consultation, lorsque deux personnes singulières se rencontrent (parfois plus, dans un cadre de consultation familiale par exemple), comment se déroule une consultation « en hypnose » ? Les dix-sept illustrations qui vous sont offertes ont pour objectif de répondre à cette question.

Comme, je pense, vous vous en rendrez rapidement compte en lisant les pages suivantes, pour beaucoup l'hypnose est non seulement le prétexte à une rencontre dans un cadre thérapeutique (en tout cas l'intention est celle-ci), mais elle tire aussi sa substance de cette mise en lien entre deux subjectivités ; on pourrait aussi parler de deux singularités. Autrement dit, il s'agit d'une expérience, celle de la relation, qui va s'écrire selon une codification particulière, que l'on nomme « hypnose ».

Et comme également j'espère que cela vous sera visible, cette méthode qui possède donc ses codes ne se cache pour autant pas derrière des canevas, scripts, protocoles rigides. Ses assises historiques, scientifiques et cliniques lui assurent une stabilité suffisante pour – en sécurité – s'autoriser une malléabilité tout à fait passionnante dans sa pratique clinique.

Alors un grand merci aux contributeurs qui ont accepté de lever un peu le voile sur leur pratique et ainsi montrer cette richesse. Cet acte de transmission, jamais simple à réaliser, est néanmoins important pour que chaque lecteur – et je fus le premier à le faire – puisse aussi réfléchir à sa pratique, au regard de la façon de procéder d'un autre que soi. Bonne lecture !

Chapitre 1

Bernadette Audrain-Servillat

-
-

1

Colère et céphalées de tension 16 **2**

Olivia « qui a de la colère dans sa tête » 18 **3**

1 COLÈRE ET CÉPHALÉES DE TENSION

Colère et céphalées de tension chez un enfant ou un adolescent sont souvent deux symptômes qui amènent les parents à consulter un psychothérapeute. Les crises colériques bousculent la vie familiale, tout comme les céphalées perturbent les enfants qui en souffrent. Ces signaux sont à prendre en compte car si, après exploration, toute maladie grave a été écartée, ces symptômes masquent parfois les inquiétudes réelles d'un enfant face à une situation anxiogène.

- Anxiété : Inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente. (Dictionnaire Larousse).
- Colère : État affectif violent et passager, résultant du sentiment d'agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales. (Dictionnaire Larousse).

16

Deux symptômes de l'anxiété

La colère n'est pas un diagnostic en soi, mais un symptôme qui apparaît dans divers troubles. Il ne signifie pas forcément (et loin de là) que l'enfant souffre d'une pathologie psychiatrique. Il est bien souvent un message de souffrance, un signal d'alerte, mais aussi une force qui mobilise au moment où l'enfant doit faire face à des enjeux importants pour lui. L'apprentissage de l'autonomie, ses efforts pour surmonter ses doutes concernant ses propres capacités, la construc

tion de sa relation aux autres, en sont des illustrations.

Dans certains cas, les enfants expriment inconsciemment de l'agressivité dans

le but d'alerter leurs parents. Il se passe quelque chose qui les inquiète et s'ils

n'ont pas les mots pour formuler leurs peurs, leurs inquiétudes vont se manifester

ter par la colère. Cette dernière peut aussi révéler une difficulté pour l'enfant à trouver sa place, ou trahir un sentiment d'injustice qu'il ressent dans certaines situations.

Les céphalées de tension sont des maux de tête épisodiques ou chroniques, localisés de manière bilatérale, ou à l'arrière du crâne. La douleur est diffuse avec parfois sensation de pression (Perrier, 2004). La plupart du temps, se restaurer, se reposer, apporte un apaisement. Généralement, elles ont pour origine une mauvaise gestion du stress et, comme la colère, s'inscrivent dans le tableau de symptômes des troubles anxieux.

Différentes causes peuvent être à l'origine des maux de tête chez un enfant. Les céphalées de tension apparaissent en réaction à une difficulté qu'il a rencontrée dans sa journée, par exemple, et devant laquelle il a eu du mal à faire face. Peut-être s'est-il fâché avec une personne de son entourage à l'école ou à la maison. Peut-être a-t-il été confronté à une situation où il ne s'est pas senti capable de réagir (dans le cas d'un harcèlement scolaire par exemple). Des perturbations dans la vie familiale, le décès d'un grand-parent, un divorce, une naissance, peuvent aussi être à l'origine de ces maux de tête. Lorsque l'on interroge les enfants qui souffrent de ce type de céphalées, on observe que beaucoup d'entre eux vivent dans une véritable angoisse de leurs résultats à l'école, ce qui a pour corollaire, pour certains d'entre eux, un absentéisme scolaire. On note aussi chez ces enfants quelques troubles du sommeil (ils ont du mal à s'endormir)

mais, surtout, ce qui frappe, c'est le peu de confiance qu'ils semblent avoir en eux-mêmes. Souffrir de céphalées perturbe la concentration, les capacités d'attention et c'est un cercle vicieux, car cela les rend moins disponibles pour faire des apprentissages (Annequin et Tourniaire 2005).

Devant ce type de céphalées les neuro-pédiatres ne préconisent pas ou peu la prise d'antalgiques mais recommandent plutôt une aide psychologique, des

séances d'hypnose, de relaxation ou de sophrologie par exemple. Dans le cas dont nous parlerons plus avant, nous verrons comment les emportements et les céphalées d'Olivia peuvent être perçus comme des ressources dans la mesure où

ces troubles interrogent les parents et les poussent à se mobiliser pour la sœur aînée en grande souffrance.

Conduite à tenir

Il peut être utile de rechercher d'éventuelles pathologies lorsque les crises d'agressivité sont fréquentes et que leur intensité est sévère car certains troubles neurologiques ou psychiatriques peuvent se manifester par d'intenses colères.

Lors d'un premier rendez-vous, devant un enfant souffrant de maux de tête, dont l'intensité douloureuse s'aggrave, pour lesquels aucune exploration médicale n'a été effectuée, encourager les parents à consulter un neurologue. Si, pour leur grande majorité, les céphalées sont sans gravité, il est néanmoins recommandé de rechercher leur origine car certains maux de tête révèlent des pathologies médicales plus sévères.

Hypnose intégrative comme modalité de traitement

L'hypnose est une approche pertinente pour ce type de troubles. Non seulement elle aide les enfants à modifier et bien souvent à faire baisser la fréquence et l'intensité des perceptions douloureuses voire les supprimer complètement (Kuttner, 2011) mais, en outre, elle leur permet de rapidement s'autonomiser du psychothérapeute par l'apprentissage de l'autohypnose. Elle est aussi un bon outil pour travailler les problèmes de colère, afin d'aider les enfants à mieux gérer leurs émotions.

L'intérêt de l'approche hypnotique repose sur le fait qu'avec l'hypnose bien d'autres types d'approches peuvent être utilisés. On peut donc parler d'aspect intégratif de l'hypnose. Les approches narratives de Michael White par exemple (White, 2009) ou les questionnements des thérapies orientées, solutions développées par Steve Deshazer et Insoo Kim Berg s'harmonisent naturellement avec cet outil thérapeutique (Deshazer, 2002 ; Berg & De Jong, 2002).

en jouant, en racontant des histoires, en dansant. Pratiquer l'hypnose avec les enfants suppose un rien de souplesse et beaucoup de créativité.

2 OLIVIA « QUI A DE LA COLÈRE DANS SA TÊTE » Olivia, 11 ans,

vient pour des problèmes de colère qu'elle exprime envers sa sœur Élise. Mais elle souffre aussi de maux de tête assez fréquents pour lesquels ses parents lui ont fait consulter un neurologue. Après examens, celui-ci a diagnostiqué des céphalées de tension qui selon lui sont liées à un fort état de stress.

Olivia a tendance à se mettre beaucoup de pression quant aux résultats sco

laire. Elle ne supporte pas les mauvaises notes. Le moindre échec, scolaire ou

non, est vécu par elle comme une désolation. Le médecin neurologue a recom

mandé un suivi psychothérapeutique pour la gestion de ce stress et notamment

des séances d'hypnose.

Le contexte

Olivia est la deuxième d'une fratrie de 4 sœurs. Lorsqu'elle vient pour la première fois, accompagnée de ses parents, elle a fait son entrée au collège depuis

quelques mois. Elle est alors en 6e. Dans ses antécédents médicaux on note

qu'Olivia est née grande prématurée, et qu'elle souffre d'un léger retard du développement moteur. Olivia « a beaucoup lutté pour vivre » souligne son papa. Son développement cognitif est tout à fait dans son âge. Olivia présente une certaine aisance dans ses apprentissages scolaires. Beaucoup de choses l'intéressent. Elle aime écrire des petites histoires, faire des gâteaux et souhaiterait devenir pâtis sière.

À la question : « comment vont les autres enfants de la fratrie ? », l'on apprend que la sœur aînée Clémence, treize ans, est selon ses parents très en difficulté à l'école tant au niveau de ses apprentissages qu'au niveau de sa relation avec les autres enfants de sa classe. La situation est si difficile qu'actuellement Clé

mence est déscolarisée. Il y a quelques mois, elle est allée consulter un théra peute mais au grand désarroi de ses parents, celui-ci a prescrit à Clémence une longue liste de médicaments. Clémence ne va pas mieux et ses parents la disent « éteinte ». Ils pensent que son apathie est due aux médicaments et ils sont très inquiets.

Élise, sept ans, la troisième de la fratrie, est une petite fille joyeuse, taquine, qui **19** aime à titiller un peu Olivia. C'est une enfant très vive qui a de bonnes relations avec ses copines de classe et qui prend plaisir aux apprentissages scolaires. À propos de sa sœur, Olivia dit qu'elle est populaire avec un brin d'envie dans le ton de sa voix.

Justine, cinq ans et demi, va bientôt faire sa rentrée au CP et se réjouit d'aller à l'école des grands. Ses parents disent qu'elle s'endort le soir assez facilement mais que pour la nourriture, par contre, « c'est un peu technique ».

Le papa d'Olivia travaille comme informaticien dans une grande entreprise, sa maman est professeur des écoles.

1^{re} séance

Au début de cette première rencontre, Olivia se montre très attentive. Elle est dans l'interaction, n'hésitant pas à ajouter des précisions aux informations

qu'apportent ses parents sur la famille. Olivia montre de la tristesse lorsque les parents parlent de sa grande sœur. Un échange s'ensuit alors sur la possibilité

pour Clémence de consulter un deuxième thérapeute, de prendre un second avis. Les parents semblent soulagés car ils ne s'autorisaient pas cette démarche.

Je demande à Olivia si quelque chose l'inquiète concernant sa grande sœur et elle répond : « j'ai peur que Clémence soit triste à vie ! »

Dans un deuxième temps, Olivia semble apprécier que l'on parle de sa santé à elle. Elle décrit elle-même les céphalées dont elle souffre ; celles-ci apparaissent

principalement les veilles d'interrogations à l'école. Olivia raconte qu'une dispute avec une copine peut aussi occasionner un mal de tête. S'ajoute à cela le fait qu'Olivia réagit de manière disproportionnée à chaque fois qu'elle ne réussit pas quelque chose. Elle est d'abord en colère puis très triste. Elle se considère alors comme « nulle », dit que personne ne la comprend et court se réfugier dans sa chambre en pleurant.

Progressivement, au cours de l'échange, Olivia montre, par une certaine impatience à s'exprimer, qu'elle n'est pas tout à fait d'accord avec ses parents quand ceux-ci abordent ses problèmes de colère. Selon eux, Olivia est en proie à des crises d'agressivité contre sa sœur qui sont sans commune mesure avec les taquineries qu'Élise a envers elle. Elle crie et frappe sa cadette et « cela peut aller loin ». À ce point du récit, Olivia s'insurge : « Élise est sans arrêt sur mon dos à me « traiter », elle se moque de tout ce que je fais ! C'est normal que j'aie de la colère dans la tête ! »

20

Les parents s'interrogent sur l'éducation qu'ils donnent à leurs filles : « A-t-on raté quelque chose ? Que n'avons-nous pas vu ? ». Ils disent leur désaccord contre l'école qui, d'après eux, met trop la pression sur les enfants. Depuis la rentrée en sixième, le stress d'Olivia quant à ses résultats s'est beaucoup aggravé. Ils militent pour une école sans notes mais n'ont pas trouvé d'établissement correspondant à ce critère près de chez eux.

Ses parents disent d'Olivia qu'elle a du mal à trouver sa place dans la fratrie.

Cette première séance, tournée d'abord vers le recueil d'informations, se termine par une série de questions posées à Olivia.

Thérapeute : « Imagine, Olivia, une échelle qui va de zéro à dix. À zéro le moral est très bas. Tout est triste et rien ne va. À dix tu te sens pleine de joie et cela va bien pour toi...

toi, aujourd'hui, à combien penses-tu être sur cette échelle ?

Olivia : — À trois.

T : — Ok Olivia... Qu'est-ce qui sera différent lorsque tu seras à quatre ?

O : — Je ne sais pas.

T : — Ce n'est pas une question facile, c'est vrai, et tu peux prendre du temps pour y répondre.

Olivia réfléchit et dans un demi-sourire :

O : — J'aurai moins envie de taper ma sœur.

T : — Ah oui ? que pourrais-tu faire pour cela ?

Olivia dubitative : — Je ne sais pas... il faudrait qu'elle arrête de m'énerver.

T : —...

O : — Ou alors... je l'écouterai moins...

T : — Cela pourrait être intéressant d'observer tout ce qui change lorsque tu es à quatre. Olivia opine de la tête.

T : — Serais-tu OK pour que l'on se revoie ? »

Olivia répond par l'affirmative.

Avec les parents nous convenons alors d'un autre rendez-vous et nous nous disons au revoir.

Question à échelle

À un enfant, posez cette simple question : sur une échelle de 0 à 10, 0 étant « rien **21** ne va » et 10 « c'est super, tout va bien » où est-ce que tu te mettrais en ce moment, maintenant ? Attendez la réponse. Si l'enfant vous répond 5 par exemple, demandez-lui à quoi il verrait, sentirait, reconnaîtrait qu'il est à 6. Explorez avec l'enfant tout ce que cette simple différence revêt pour lui en termes de changement. Cette question à échelles apporte beaucoup d'informations utiles.

2^e séance

Olivia revient trois semaines après le premier entretien. Je lui propose de la recevoir seule dans un premier temps. Elle a l'air plutôt contente et s'installe dans le meilleur fauteuil. Je lui demande alors si quelque chose de différent s'est passé depuis la dernière fois. « Non » répond-elle évasivement, et après un petit

moment de réflexion « ah si ! Clémence est allée voir quelqu'un d'autre ! Et tu sais, elle ne va pas aller à l'hôpital ! ». Tout son langage non verbal montre un réel soulagement. Elle ajoute, avec un peu de découragement : « J'ai eu deux fois mal à la tête depuis qu'on s'est vu, et un matin, j'étais trop fatiguée, je n'ai pas pu aller à l'école ».

Je lui demande ce qu'il en est de la colère. Olivia prend le temps de réfléchir avant de répondre. Elle raconte que depuis la dernière fois elle s'est mise en colère « seulement deux fois ! ». Anticipant la question qui me vient à l'esprit sur où elle se situe entre 0 et 10 sur l'échelle de son moral, Olivia me dit spontanément : « aujourd'hui je suis à 6 ! ». « Waouh !!! » est ma première réaction. .

« Et que s'est-il passé pour que cela passe de 3 à 6 ? » Elle me raconte que sa sœur Élise l'a beaucoup moins embêtée et qu'elle ne comprend pas pourquoi. Et qu'en plus elle est allée dormir chez une copine « où c'est trop bien ! Elle a un poney ! » À la question « à quoi pourra-t-on remarquer que tu es à 7 ? » Olivia répond qu'elle sera plus joyeuse et qu'elle fera plus de sourires, « alors forcément ça se verra ! ». Je lui suggère que cela pourrait être intéressant d'observer ce qui se passe de différent lorsqu'elle sourit et montre de la joie.

Nous passons un moment à échanger sur ce qu'Olivia aime faire. Elle me dit qu'à l'école ce qu'elle préfère c'est l'anglais et les mathématiques. Elle aime bien courir aussi mais pas le sprint.

Nous échangeons aussi sur la colère et sur l'utilité que celle-ci peut avoir parfois. Nous parlons d'Aristote ; je lui raconte que c'est un philosophe grec qui vivait au temps de l'antiquité et qui a beaucoup réfléchi sur cette question. Son idée était que la colère pouvait être bien utile mais que cela ne devait pas être le général de notre vie, un simple petit soldat pouvait suffire. Olivia se montre curieuse **22** et attentive.

L'entretien se poursuit avec cette question : « Dis-moi Olivia, si tu pouvais mettre ta colère dans un geste, ce serait lequel ? ». Olivia réfléchit et dit : « taper du pied ! ». « Peux-tu me montrer ça en tapant vraiment du pied ici ? » Elle se lève et commence à frapper le sol de son pied droit. Je lui demande alors si elle peut reproduire ce geste au ralenti et... peut-être... de plus en plus lentement. Je l'accompagne dans ce mouvement en me synchronisant à son rythme. Olivia semble très concentrée et de plus en plus calme.

Progressivement elle ralentit et élargit son geste en bougeant ses bras. Elle dit : « c'est comme une danse, enfin, c'est comme de la capoeira ! ». J'apprends alors qu'elle pratique cet art martial brésilien depuis quelques mois car cela lui a été recommandé par son médecin pour travailler son équilibre.

Étant complètement ignorante de cette pratique sportive, je demande à Olivia si elle peut me montrer quelques mouvements, ce qu'elle s'empresse de faire. Elle me raconte avec beaucoup d'expressivité et d'enthousiasme que dans ce sport on ne doit pas toucher l'adversaire. Elle explique : « on n'a pas le droit de se faire mal ! ». Je lui dis combien cela paraît intéressant et lui pose quelques questions sur comment elle réussit à ne pas toucher la personne qui s'entraîne avec elle.

Cela me paraît à moi très dur quand on est en plein élan. Olivia poursuit son explication. Ses paroles sont accompagnées par des mouvements (elle tourne autour de moi et sa gestuelle vise à me montrer comment elle s'y prend pour éviter de m'atteindre) : « Il faut bien respirer et bien s'entraîner. Et puis aussi, au début, tu ne peux pas aller très vite ! ».

La séance se termine sur ce dialogue.

3^e séance

Olivia revient 3 semaines plus tard. Très souriante, elle annonce d'emblée qu'elle est à 7 sur l'échelle. Elle me dit que les choses vont beaucoup mieux à la maison, qu'elle ne s'est presque pas disputée avec Élise, sa jeune sœur. Lorsqu'Olivia me parle de sa grande sœur, son visage n'affiche plus cette tristesse que j'avais pu observer au premier rendez-vous. Elle m'informe que Clémence commence à aller mieux.

Bientôt cependant, elle modère cette affirmation du 7 en disant que lorsque les maux de tête arrivent, elle est à 4 sur l'échelle. Nous parlons plus précisément des céphalées qui l'ont amené à venir me voir même si elles ont été moins nombreuses ces derniers temps.

Olivia n'aime pas se tromper à l'école ; elle redoute les mauvaises notes. Elle

raconte que certains professeurs sont sévères et qu'elle a peur d'eux. Pourtant, apparemment, Olivia obtient des résultats très corrects. Les maux de tête se manifestent surtout dans ces moments où elle sait qu'elle va être interrogée. Nous partageons une discussion animée sur l'école dont elle rêve. Elle me dit que son rêve le plus fou serait d'être une fée avec une baguette magique. Elle transformerait son école pour qu'elle devienne semblable à celle d'Harry Potter ! Elle semble très étonnée lorsque je lui raconte, en passant, l'air de rien, que des

études scientifiques montrent que l'on apprend mieux en se trompant.

Nous terminons la séance par un exercice d'apprentissage d'autohypnose. Il lui est proposé de s'installer confortablement dans le siège de son choix (il en existe de taille et de confort différent dans le cabinet de consultation). Elle peut si elle le souhaite fermer les yeux ou les laisser ouverts (Olivia ferme les yeux). Puis, tranquillement elle peut commencer à imaginer une scène de théâtre avec un grand rideau de couleur... et cette couleur représente la couleur de son mal de tête... et de quelle couleur est ce rideau ? Vert foncé dit-elle. Alors, tout doucement, elle peut imaginer un personnage de son choix... peut-être même que c'est une fée ou un personnage sympathique de Harry Potter... peut-être même que c'est Harry Potter lui-même... et ce personnage... va, à son rythme... changer la couleur du rideau en faisant coulisser un autre rideau sur le devant de la scène de théâtre... et la couleur de ce rideau est celle de quand ça va mieux avec la douleur... de quelle couleur est le rideau ? Bleu clair, répond-elle. Après une vingtaine de secondes, Olivia ouvre les yeux. On y lit un peu d'étonnement. La séance se termine sur des compliments adressés à Olivia. Je l'encourage à s'entraîner autant qu'elle le peut car l'autohypnose, c'est comme le vélo, plus en fait et

mieux cela marche !

4^e séance

Olivia se sent mieux. Elle sourit en entrant dans le cabinet. Une seule céphalée est venue l'embêter depuis le dernier rendez-vous. Sur l'échelle du moral elle se perçoit toujours à 7 et dit que de temps en temps cela monte à 8. Elle me raconte qu'une copine de l'école lui a appris une autre technique pour calmer le mal de tête ; il s'agit de la technique du point serré qu'elle doit ouvrir lentement pour chasser la douleur. Olivia souligne, avec fierté, que cela marche avec la colère. Je lui dis combien je suis épatée par tout ce qu'elle a fait depuis la première fois où nous nous sommes rencontrées, et je l'encourage à continuer tout ce qui

marche. Nous terminons cette partie de la séance en tête à tête par l'élaboration **24** de son pot à rêves.

Dans le pot à rêve d'Olivia apparaissent : son très grand désir de faire le tour du monde, symbolisé par un papillon, la ronde des copines qui s'entendent bien, représentée par une couronne de strass. Les fleurs matérialisent, quant à elles, juste des fleurs, « parce que c'est beau ».

Les parents, qui assistent à la deuxième partie de l'entretien confirment qu'Oli via a retrouvé son entrain et un meilleur sommeil. Il reste quelques disputes entre Olivia et Élise « mais cela n'a plus rien à voir ». Ils ajoutent que Clémence, la sœur aînée commence aussi à aller mieux. Même si elle n'a pas repris l'école, les choses avancent pour elle. On les sent soulagés et plus sereins. Après avoir demandé à Olivia où elle se situait sur une échelle de confiance que les choses continuent à aller mieux, elle répond « 7 » sans hésitation. Nous convenons en

accord avec Olivia de ne pas reprogrammer un nouveau rendez-vous.

Il aurait pu être intéressant de remercier Olivia pour la colère utile qui a permis à ses parents de se mobiliser davantage pour leur fille aînée mais

je n'y ai pas songé sur le moment.

3 MERCI OLIVIA !

Les enfants nous enseignent et j'ai beaucoup appris de ce travail psychothérapeutique avec Olivia, jeune collégienne pleine d'imagination et de ressources.