

Mme Magali MARECHAL
Psychologue
EI Magali MARECHAL
10 rue Charles Richet - 44700 Orvault
N° ADELI : 44 93 2475 5
SIRET : 902 235 514 00020
Tél : 07 52 07 44 26
mm.psychologue44@gmail.com

Mémoire de fin de cursus – juin 2024

Hypnose et Thérapies Brèves

« L'attachement au cœur de la pratique »

NB : par souci de confidentialité, tous les prénoms ont été modifiés.

Sommaire

1. Introduction	3
2. Histoire d'une reconversion	3
2.1. Un rêve	3
2.2. La concrétisation du projet	4
2.2.1. La licence à l'IED de Paris 8	4
2.2.2. Le master à Nantes	5
2.2.3. Premiers pas en clinique : les stages	5
2.3. Un diplôme	5
3. Pourquoi la formation Hypnose et Thérapies Brèves	6
3.1. Au commencement : un gros syndrome de l'imposteur	6
3.2. Mise en place des garde-fous : supervision et formation	7
4. Découverte de l'importance de l'attachement en psychothérapie ..	8
4.1. Retour sur la théorie de l'attachement	8
4.2. Présentation de la thérapie ICV (intégration du cycle de la vie)	9
4.3. Les points communs avec l'hypnose	10
5. Les apports de la formation dans ma pratique	11
5.1. La relation à soi - prise de conscience de mes limites et de mes ressources.....	11
5.2. La relation aux autres - évolutions dans ma pratique	12
5.3. La relation au monde - l'attachement comme fil rouge dans ma pratique	13
6. Illustrations cliniques	14
6.1. Paola : quand le moins fait le plus.....	14
6.2. Alice et son « comité de direction »	15
6.3. La thérapie avec les enfants - priorité aux médiations.....	16
6.3.1. Antoine : apaiser la frustration et les crises	16
6.3.2. Amélie : retrouver une place d'enfant	17
6.4. Le travail avec la parentalité : la métaphore de la plante.	18
7. Conclusion et perspectives	19
8. Références bibliographiques.....	20
9. Lectures personnelles	20

1. INTRODUCTION

Pour clôturer ces trois années de formation, j'ai choisi de dresser le bilan de mon parcours et de mon évolution personnelle depuis le début de cette formation, à la fois en termes de pratique et de relation thérapeutique.

La formation Hypnose et Thérapies Brèves est venue enrichir un parcours de reconversion professionnelle d'une durée de six ans, au terme duquel je suis devenue psychologue. Après avoir repris l'historique de ce projet de reconversion, j'expliquerai comment j'ai construit les bases de mon identité professionnelle. J'exposerai ensuite les ponts que j'ai identifiés entre cette formation, et une autre que j'ai suivie, conjointement, sur l'ICV (Intégration du Cycle de la Vie). Après quoi, je décrirai les apports de la formation HTB dans ma pratique. Enfin, je terminerai sur les perspectives qui s'offrent à moi à l'issue de ces trois années de formation.

2. HISTOIRE D'UNE RECONVERSION

2.1. Un rêve

Diplômée en 1997 de l'École Supérieure de Commerce de Nantes (désormais nommée Audencia), j'ai rapidement identifié une erreur d'orientation, qui fut le lit, par la suite, de conflits de valeurs débouchant, sept ans plus tard, sur un épuisement professionnel. Ce dernier épisode acheva de me convaincre, et marqua le début de cette reconversion professionnelle.

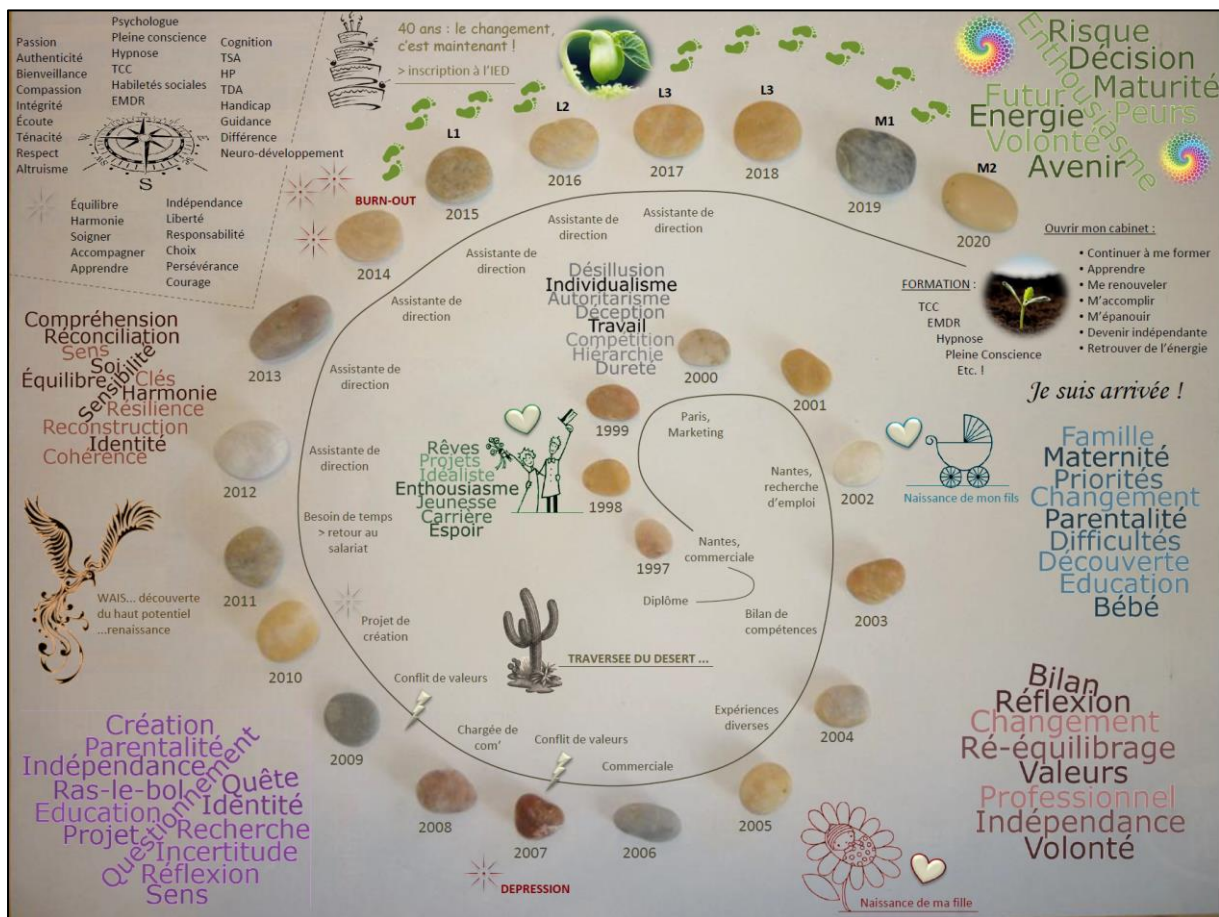
Après avoir été tentée, un temps, par une carrière dans l'éducation et la pédagogie, je décidai finalement de me tourner vers le soin, avec le projet de travailler auprès d'enfants et d'adolescents.

2.2. La concrétisation du projet

2.2.1. La licence à l'IED de Paris 8

N'ayant pas la possibilité de cesser de travailler pendant la totalité des cinq années d'études requises pour le diplôme de psychologue, je choisis de m'inscrire à l'IED (institut d'enseignement à distance) de l'université de Paris VIII. Pendant les quatre années de licence, j'étudie ainsi tout en continuant de travailler, et découvre les fondements théoriques et épistémologiques de la psychologie.

Cette période est propice à une première réflexion sur mon projet professionnel, dont le schéma ci-dessous synthétise le résultat :



Cette reconversion est alors motivée par un fort désir d'indépendance, par la volonté d'apprendre tout au long de ma vie, mais aussi par la recherche d'une identité professionnelle congruente avec mes valeurs et mon vécu.

2.2.2. Le master à Nantes

A l'issue de la licence, je fais le choix d'un master en présentiel, pour être dans un lien plus tangible, tant avec les professeurs qu'avec les autres étudiants. Après mûre réflexion, le choix d'un master développement s'impose à moi. En effet, à ce moment-là de mes études, je suis de plus en plus intéressée par la compréhension du développement de l'être humain, sur tous les plans. J'opte donc pour le master Développement de l'enfant et de l'adolescent proposé par l'université de Nantes.

2.2.3. Premiers pas en clinique : les stages

Les stages marquent un tournant dans mon cursus académique et professionnel. J'y découvre différents domaines, tout aussi passionnants les uns que les autres :

- Grâce à l'addictologie, j'appréhende les fondements de la dépendance, et le rôle souvent joué par les relations d'attachement initiales dans ce processus.
- L'EHPAD et la crèche me permettent de découvrir les âges « extrêmes » de la vie, et les similitudes qu'on peut observer entre un tout-petit et un aîné. L'attachement, encore une fois, est très présent dans les problématiques rencontrées.
- Je me familiarise avec le handicap physique et ses impacts sur le vécu de l'enfant, grâce à un stage en SESSAD.
- Enfin, je plonge dans les méandres de la protection de l'enfance lors d'un dernier stage. J'y découvre le trauma complexe, ses origines et ses conséquences.

2.3. Un diplôme

Après six années de travail acharné, de découragement, parfois, mais toujours soutenue par la vision que j'ai du métier de psychologue, me voici diplômée !

Durant l'été, je recherche un travail en institution. En effet, je n'ai pas le souhait de commencer par du libéral. Je préfère démarrer par de l'institution, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, le temps de forger ma posture professionnelle et de consolider les bases de ma pratique. A l'époque, je suis convaincue que le passage en institution est un bon sésame pour une installation en libéral. La liberté a un prix. J'ai bien conscience de la solitude (pour ne pas dire l'isolement) qu'on peut vivre en libéral.

Malheureusement, les choses ne se passent pas toujours comme prévu. Je finis donc par ouvrir mon cabinet début septembre 2021.

3. POURQUOI LA FORMATION HYPNOSE ET THERAPIES BREVES

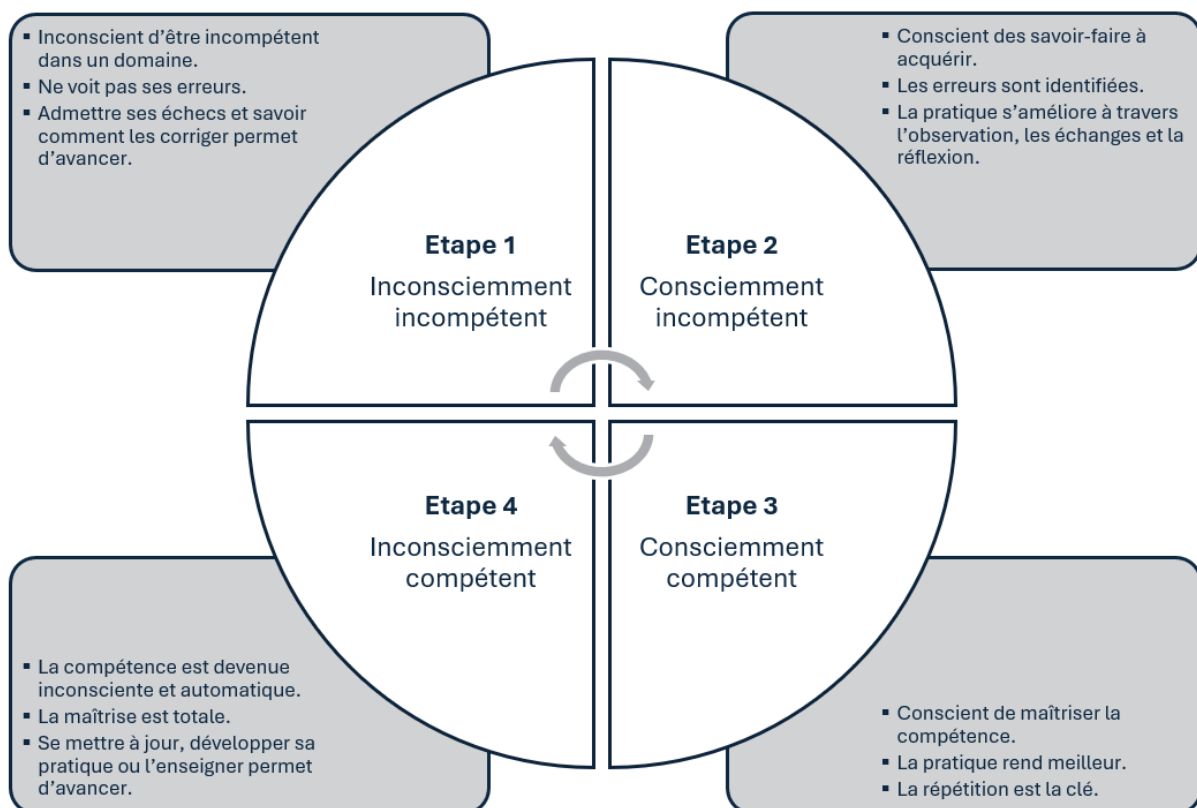
3.1. Au commencement : un gros syndrome de l'imposteur

Les débuts sont difficiles en libéral, bien que cadrés. Je rappelle systématiquement les patients ayant pris rendez-vous en ligne pour évaluer leur demande (et réorienter le cas échéant). Pour mes débuts, je me suis fixé d'accueillir uniquement des enfants et des adolescents, pour des suivis psychologiques et des bilans cognitifs. Je reçois également des parents, pour déplier avec eux les questions en lien avec la parentalité. Je refuse certains publics (exemple : les patients atteints de psychose), ou certaines problématiques (exemple : les troubles du comportement alimentaire). Bref, j'essaie de rester dans un périmètre connu.

Malgré cela, il m'arrive de ressentir des bouffées d'angoisses en me rendant au cabinet. Je ne me sens ni légitime, ni compétente.

Je finis par poser des mots sur les maux dont je souffre : un syndrome de l'imposteur...

Pour mieux comprendre, je me renseigne, je lis, et je prends connaissance d'un modèle introduit par Noel Burch en 1970, un employé de la Gordon Training International. Je ratisse large dans mes recherches, en lien avec mon profil « hybride ». Encore aujourd'hui, il m'arrive d'utiliser des concepts issus du management, vestiges de ma précédente carrière.



Ce modèle théorise les différentes phases d'apprentissage, et explique qu'avant de pouvoir maîtriser une compétence, il faut traverser plusieurs niveaux de conscience de soi :

1. Au premier stade, nous sommes inconscients de notre incompetence. C'est le cas d'une personne qui commencerait un nouveau travail, sans qualification.
2. Une fois que nous avons pris conscience de cet état d'incompétence, il devient possible de développer des savoir-faire qui permettent de pallier cela.
3. Progressivement, nous pouvons devenir compétent en ayant conscience, c'est-à-dire que nous sommes capables de savoir ce qu'il faut faire pour réussir telle ou telle chose.
4. Enfin, nous arrivons au stade ultime de la compétence inconsciente : les choses se font automatiquement, sans effort, de façon inconsciente.

Ce modèle me permet de mieux comprendre : j'ai quitté un poste dans lequel j'étais arrivée au stade 4, et j'ai repris une carrière au stade 2, voire 1 (car si je comprends que je commets des erreurs, je ne parviens pas toujours à comprendre lesquelles). D'où le stress que je subis.

Comment faire soin dans la relation si je ne me sens pas moi-même en sécurité ?

3.2. Mise en place des garde-fous : supervision et formation

Je décide d'accélérer mes recherches de supervision. Je m'inscris dans le dispositif Europsy, qui propose une supervision en groupe sur une année, à raison d'une journée par mois, sous la houlette d'une collègue expérimentée et formée. En parallèle, je me mets à la recherche d'une formation qui me permettrait, dans un cadre thérapeutique, d'accueillir des problématiques variées (les formations suivies jusque-là concernaient la parentalité et la prise en charge des troubles du développement).

Une collègue me parle de l'AREPTA et des formations proposées en hypnose et thérapies brèves. Cela correspond parfaitement à ce que je recherche. Entretemps, j'ai également découvert le champ du psycho trauma et l'ICV (intégration du cycle de la vie). Il s'agit d'une thérapie relativement récente, développée par Peggy Pace, psychothérapeute américaine, au début des années 2000. Cette thérapie présente deux axes de travail. Le premier consiste à aider à l'intégration d'un événement traumatique spécifique (exemple : un accident de la route, un décès, une agression). Le second consiste davantage en un travail de fond visant à permettre à la personne d'intégrer son histoire de vie dans sa globalité et par là même, à se sentir en sécurité à l'intérieur d'elle-même. Dans les deux cas, il s'agit en fait de résoudre une difficulté à se sentir en sécurité. C'est plutôt une thérapie de moyen à long terme.

Entre les deux, mon cœur balance. Finalement, je décide de m'inscrire aux deux formations.

4. DECOUVERTE DE L'IMPORTANCE DE L'ATTACHEMENT EN PSYCHOTHERAPIE

Au gré de l'avancée de ces deux formations, je fais progressivement l'expérience que l'efficacité d'une thérapie dépend d'abord et avant tout de la qualité de la relation thérapeutique. Ce qui m'amène à la notion d'attachement.

4.1. Retour sur la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement est étroitement liée aux travaux de John Bowlby, psychiatre et analyste anglais. C'est à lui qu'on doit la mise en lumière de l'existence de « comportements d'attachement ». Dans une perspective évolutionniste s'inspirant de l'éthologie, Bowlby a en effet avancé l'hypothèse que le petit humain, vulnérable car totalement dépendant des soins de sa mère pour sa survie, a développé certains comportements visant à maintenir la proximité avec celle-ci, cette proximité étant gage de sécurité physiologique et affective (Smith, 2021). Plus tard, en grandissant, le nourrisson va vouloir découvrir le monde qui l'entoure, sa curiosité naturelle lui servant de moteur. Ce que Bowlby appellera « comportements d'exploration ». Il veillera toutefois à s'assurer que sa mère, synonyme de sécurité reste à proximité.

Au fur et à mesure de ses recherches, Bowlby a ainsi théorisé l'existence de deux types de comportements, dits systèmes d'attachement et d'exploration. En s'appuyant sur la cybernétique, il a émis l'hypothèse que ces deux systèmes fonctionneraient sur un mode antagoniste (Miljkovitch, 2020). Dans ce référentiel théorique de l'attachement, la mère (ou plus largement, le *caregiver* - pourvoyeur de soins) représente une base de sécurité pour l'enfant, qui perçoit qu'en cas de difficulté, il pourra compter sur sa présence. Cette base de sécurité, d'abord faite de proximité physique, évolue. En grandissant, l'enfant, s'appuie petit à petit de plus en plus sur la confiance qu'il place en la disponibilité de sa mère. C'est ce qui lui permettra de développer un sentiment de sécurité, puis, bien plus tard, de se détacher d'elle pour devenir autonome. Cette base de sécurité, incarnée par une personne proche, porte aussi le nom de figure d'attachement.

D'après Bowlby, la première année de vie de l'enfant voit les comportements d'attachement s'organiser autour d'une figure d'attachement principale, généralement la mère (Smith, 2021) ; celle-ci cherchant à réguler l'homéostasie interne de son enfant, en même temps que ses propres fonctions maternelles. Cet état d'équilibre et de bien-être chez le bébé déterminerait la formation de régulateurs physiologiques à la base du sentiment de sécurité. Ainsi, la formation du système d'attachement dépendrait étroitement des premières interactions régulatrices entre l'enfant et sa figure d'attachement.

Actuellement, ces théories sont reprises par des auteurs contemporains, tels que Nicole et Antoine Guédénéy, ou Johanna Smith, avec des applications thérapeutiques intéressantes.

4.2. Présentation de la thérapie ICV (intégration du cycle de la vie)

La thérapie ICV (Intégration du Cycle de la Vie, Pace, 2003) prend ses racines aux États-Unis, au début des années 2000. Elle a été découverte et conceptualisée par Peggy Pace, une psychothérapeute américaine. Elle a pour objectif d'aider à l'intégration neuronale d'expériences autobiographiques douloureuses (traumatismes et états de stress non résolus), demeurées dissociées du fait d'un encodage en mémoire altéré par un excès de cortisol.

Lors d'une séance où sa patiente reste régressée à l'âge d'un traumatisme abordé ce jour-là, Pace a une intuition : elle demande à sa patiente de convoquer un souvenir datant de l'année suivant cet événement, puis de l'année suivante, et ainsi de suite jusqu'au présent. Ce voyage progressif dans le temps permet à la patiente de se réorienter dans le présent et de pouvoir quitter la séance en sécurité. Par la suite, Pace découvre qu'en répétant ce processus (appelé répétitions de la Ligne du temps) un certain nombre de fois pendant une séance, les patients étaient soulagés de l'activation émotionnelle déclenchée par l'événement de départ.

La Ligne du temps (LT) est l'élément clé en ICV. Elle est constituée d'une liste de souvenirs choisis par le patient, chronologiquement ordonnés de la naissance jusqu'au présent. Le passage répété sur la LT (**répétitions des souvenirs signaux**) permet de produire de courtes connexions avec les états de détresse passés, facilitant ainsi le retraitement progressif des souvenirs douloureux et leur intégration en mémoire autobiographique, jusqu'à extinction des signaux d'éveil neurophysiologiques. Le psychisme « comprend » alors que le temps a passé, qu'il a surmonté les épreuves et que les choses ont changé. L'intégration de souvenirs « flottants » en mémoire autobiographique renforce ainsi les connexions à soi, procurant un sentiment de maîtrise et d'unité qui permet au patient de se sentir à nouveau acteur de sa vie, par une prise de conscience étendue de son histoire et des ressources mobilisées pour avancer. Le patient peut ainsi créer un tout cohérent parmi les états de son Soi à travers le temps, et (re)construire un récit autobiographique de son Soi (ce fameux sentiment de sécurité interne cher à Bowlby) à travers le temps (Pace, 2018).

Enfin, l'ICV n'a de sens que dans le cadre d'une relation de coopération de bonne qualité entre le thérapeute et le patient. **Le processus d'accordage** y joue donc un rôle central.

L'ICV est donc une thérapie centrée sur le corps, basée sur l'attachement. Elle s'intéresse en effet à la façon dont les premières années de vie influencent les processus d'attachement et de régulation des émotions, à travers les expériences interpersonnelles précoces et les processus de co-régulation. Cette approche douce et progressive renforce l'expansion du Soi, ce qui permet au patient d'installer une sécurité d'attachement (qu'on dit alors *acquise*), et de mieux réguler ses émotions.



4.3. Les points communs avec l'hypnose

Au gré de l'avancée de mes formations, j'observe que l'hypnose et l'ICV présentent de nombreux points communs :

1. Tout d'abord, en ICV comme en hypnose, **tout se passe dans le corps**. C'est parce que le corps s'apaise que le psychisme, lui aussi, peut s'apaiser.
2. Deuxième notion importante : **la sécurité dans la relation**. Le patient fait l'expérience de l'accordage dans le cadre de la relation, avec un thérapeute lui-même suffisamment sûr et régulé.
3. **La liberté dans la relation** : fondamentale en hypnose eriksonienne (Doutrelugne, 2020), elle existe également en ICV ; la thérapie suit le rythme du patient, l'accordage en séance en est le garant.
4. **L'expérience émotionnelle correctrice**, via le re-parentage et l'imagerie mentale.
5. Enfin, les répétitions de la LT, lors desquelles le patient semble **en transe**, résonnent bien évidemment avec les processus hypnotiques.

5. LES APPORTS DE LA FORMATION DANS MA PRATIQUE

5.1. La relation à soi - prise de conscience de mes limites et de mes ressources

Grâce à la formation HTB, très centrée sur la relation, je me suis reconnectée à mes propres besoins en tant que thérapeute. J'ai ainsi pu mieux prendre conscience de mes limites et de la nécessité de les respecter, mais aussi de mes ressources.

La fatigue La fatigue psychique que ce métier peut générer, et l'importance de ne pas la sous-estimer.	⇒	<ul style="list-style-type: none">– J'évalue la demande préalablement à la prise de rendez-vous, et je réoriente si j'ai déjà trop de problématiques « lourdes ».– Bien que ce soit mon projet initial, je ne projette pas de passer en libéral à 100% pour le moment : c'est trop chronophage et énergivore actuellement.
La responsabilité A vouloir parfois trop bien faire, on court le risque d'endosser l'entièreté du travail thérapeutique.	⇒	<ul style="list-style-type: none">– Client ou touriste ?– Je prends l'habitude de réfléchir sur les situations, et de me demander qui fait quoi et combien, du patient et de moi : est-ce que je n'en fais pas trop ?– Je veille à la co-construction dans la thérapie.
Le rythme Un rythme trop intense ?	⇒	<ul style="list-style-type: none">– J'ai accepté que je ne serais pas compétente rapidement sur les formations que j'ai commencées (puisque'il y en avait beaucoup).– Je m'accorde le droit de ne pas tout faire en même temps, je priorise et je ralentis.
La gestion de mon temps Un rythme trop intense ?	⇒	<ul style="list-style-type: none">– Je tiens mieux mon cadre et la durée des séances, ce qui me laisse le temps de souffler entre chaque patient, de relire mes notes, de boire un verre d'eau...– J'ai complètement arrêté de travailler le dimanche (ce que je pouvais faire parfois), et j'ai pensé mes temps de repos à l'échelle de l'année, pour un meilleur équilibre de vie.

5.2. La relation aux autres - évolutions dans ma pratique

La formation HTB m'a également permis de repenser ma relation aux autres. Le fait d'avoir deux lieux d'exercice enrichit cette réflexion (pédopsychiatrie auprès d'enfants / libéral).

La sécurité dans la relation

Pour les patients... mais aussi pour moi.



- En libéral, j'ai redéfini mon cadre de travail.
 - J'ai repensé et rédigé mon cadre sur une feuille. Il est annoncé aux patients lors de la première séance, et rappelé si besoin en cours de suivi (ex : absentéisme).
 - J'ai également repensé la contenance pour certains jeunes patients présentant des pathologies aiguës, en m'appuyant sur le travail réalisé à l'hôpital.
 - Dans les situations complexes, je travaille en réseau, et je commence toujours par dessiner, avec les patients, leur « filet de sécurité ». Nous identifions ensemble tous les acteurs de la situation (= les ressources). Je leur remets une copie.
 - Je travaille aussi la contenance dans l'animation des groupes (cadre, présence d'un stagiaire...).
- A l'hôpital, je suis en cours de réflexion, toutefois *l'enveloppe hôpital de jour* procure déjà une grande contenance aux enfants.

Temporalité du patient

Certains de mes patients aimeraient que les choses aillent vite. Or, chacun a sa propre temporalité, à respecter (il peut même être nécessaire de ralentir).



- Je prends le temps d'installer la relation.
- Je n'hésite pas à le verbaliser et à l'expliquer à certains patients qui peuvent « mettre la pression », notamment à des parents qui m'interrogent sur « le nombre de séances que cela va prendre pour que leur enfant soit guéri ».

Pathologies identitaires ?

Ne pas oublier la personne au profit du diagnostic.



- Je demeure vigilante à ce que la personne ne soit pas « absorbée » par son diagnostic, ou qu'elle ne se « cache » pas derrière.
- Je travaille avec les « parties » de la personne, de façon métaphorique (externalisation).

5.3. La relation au monde - l'attachement comme fil rouge dans ma pratique

Au terme de ces 3 années, je privilégie désormais, et de manière incarnée, le référentiel théorique de l'attachement comme fil rouge dans ma pratique clinique. Cela revêt un autre sens depuis mon master, avec la découverte des implications d'un développement troublé du lien d'attachement (merci l'ICV !). Mais aussi avec la découverte d'une nouvelle grille de lecture de la psychopathologie (merci l'AREPTA !) : le patient se trouve-t-il dans un monde d'abandon et/ou de maltraitance ?

Cela m'a également aidée à repenser la prise en charge des enfants. Ainsi, ceux qui présentent des comportements marqués d'opposition et/ou de provocation). Relire leur situation sous l'angle d'un monde maltraitant et/ou abandonnique m'a considérablement aidée à mieux les comprendre, à me décentrer de leurs symptômes (pourtant bruyants), et à tenter de me connecter à la part angoissée qui vit en eux (une angoisse souvent massive).

En libéral, cela m'a aussi donné envie de développer pleinement ma pratique auprès des enfants. Avec l'hypothèse suivante : puisqu'ils sont en pleine construction de ce lien d'attachement, une thérapie bien menée peut les aider à pallier des liens parfois très dysfonctionnels, et, peut-être, à rétablir une trajectoire de développement plus saine.

Désormais, je pense également la thérapie des adultes d'une toute autre façon, en m'appuyant sur la compréhension de leur développement, de leur construction psychique, à partir du petit enfant qu'ils ont été (cet *enfant intérieur* dont on parle beaucoup en ICV).

Enfin, certains intervenants m'ont fait découvrir un style de thérapie humaniste et décomplexé, dont je tâche de m'inspirer quotidiennement. Je pense notamment à Irvin Yalom, Dominique Megglé, Camillo Loredi, mais tant d'autres aussi !

Tout cela a véritablement enrichi ma pratique, ma vision de la thérapie, et des relations humaines.

En résumé, l'ICV et les thérapies brèves, en tant que pratiques complémentaires, constituent ensemble un étayage bienvenu pour la jeune thérapeute que je suis.

6. ILLUSTRATIONS CLINIQUES

6.1. Paola : quand le moins fait le plus

J'ai suivi cette jeune femme environ 10 séances sur une année. Son histoire de vie est faite de maltraitance et d'abandon. Son fils de 5 ans, en grandissant, lui renvoie en miroir ses propres étapes de développement, ce qui est douloureux pour elle. Sa plus grande peur : agir comme sa mère, qui est « à la fois la personne qui lui a fait des câlins et celle qui lui a fait du mal ». Dans un premier temps, je pense faire de l'ICV avec elle. Je renonce rapidement, car le moindre souvenir lui fait violence. En séance, je me contente donc de la suivre dans ce qu'elle apporte, de l'aider à déplier sa pensée, à mettre des mots. Nous réfléchissons ensemble à ce qu'est la parentalité, à ce que serait, selon elle, « une maman suffisamment bonne ». Elle ne se sent pas légitime dans ce rôle, se débat dans des questionnements identitaires. Elle souhaite transmettre des valeurs à son enfant, mais ne sait pas comment faire, puisqu'elle-même « ne s'est pas construit de racines, ne sait pas d'où elle vient, ni où elle va ». Elle me semble dissociée, vivant beaucoup de colère en permanence. Son mode de relation avec les autres est celui du conflit.

Avec elle, je fais de toutes petites choses : « à quoi verra-t-elle que les choses ont bougé ? », « comment saurait-elle que c'est différent ? ». Petit à petit, au fil des séances, la colère semble s'apaiser. Elle exprime d'ailleurs que cela la déstabilise.

Pendant l'été, elle arrive épuisée et sombre, me disant d'emblée « vous n'allez pas aimer cette séance, parce que je ne l'aime pas ». Elle décrit des phénomènes dissociatifs : la veille, elle a eu des pensées intrusives, disant qu'elle a été « témoin d'une scène, sans vraiment la vivre ». Explique que lorsqu'elle voit son fils nu, c'est elle qu'elle voit, et que cela est violent pour elle. Elle demande à « travailler sur sa mémoire, là, tout de suite ». Elle évoque une masse qui tourne sur elle-même : je fais une imposition de la main. A la suite de cela, elle dit qu'elle a l'impression « de se réveiller d'une longue hypnose, que c'est douloureux et qu'elle aimerait se rendormir ». Je songe à une levée d'amnésie traumatique. A ce moment-là, elle a le regard fixe et intense, le poing droit est serré et tremble. Je sollicite son autorisation et nous faisons du tapping sur sa main, pendant environ 45 minutes. Elle parle, pendant que je fais cela. Elle repart apaisée de la séance. Pour ma part je suis vidée, et préoccupée.

Quelques mois après, elle revient, et annonce d'emblée que « ce sera notre dernière séance ». Elle m'explique que « tout s'est décanté le soir de notre séance précédente ». Elle a été consulter son dossier à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance), en présence de sa famille d'accueil de l'époque, en qui elle a confiance. Elle a réalisé que sa mère était extrêmement seule, a pu lui pardonner. Elle s'est pardonné à elle-même, aussi. Tout cela se manifeste par un lien à son conjoint restauré, un apaisement dans le contexte professionnel, un sommeil de qualité. La relation avec son fils est meilleure, elle aussi. Je la remercie et verbalise que cela m'évoque un phénix qui renaît de ses cendres. Elle sourit, dit qu'elle conservera cette image.

6.2. Alice et son « comité de direction »

Je suis cette jeune femme depuis fin 2022, à la suite d'un double diagnostic HP (haut potentiel) et TDA/H (trouble de l'attention avec / sans hyperactivité). Sa demande initiale est de mieux comprendre les implications de ce diagnostic, et son fonctionnement. Elle est en guerre contre la notion de handicap, parle sans cesse de « son HP » et de « son TDA/H », qui lui font faire (ou dire) telle ou telle chose. J'ai le sentiment qu'elle s'est approprié ses particularités de fonctionnement sur un mode identitaire, voire qu'elle les revendique. Il est compliqué de démêler les choses avec elle, à chaque séance elle déverse beaucoup, apportant de nouveaux éléments, de nouvelles demandes. J'observe qu'elle vit les relations (sous toutes leurs formes) sur un mode abandonnique. Elle ne parvient pas à vivre des moments seule qui lui soient confortables. Le regard de l'autre est vécu comme jugeant et intrusif. Elle dit aussi détester les enfants. Lorsqu'elle se visualise à l'âge de 4-5 ans, elle est envahie par un profond sentiment de solitude, teinté de tristesse et de colère.

Je tente l'hypnose avec elle, avec le lieu sûr, pour l'aider à revivre une forme d'insouciance, de légèreté, dont elle dit avoir la nostalgie. Je suis étonnée par la forme que prend la transe. Elle semble la vivre comme le font les enfants : elle en sort, y retourne, parle, bouge... Et pourtant, les signes sont là. Cette séance lui sera d'ailleurs très profitable.

Lors d'une séance, elle évoque à nouveau un dialogue intérieur ambivalent : une voix lui dit qu'elle est forte, et l'autre demande que vont penser les autres. Elle verbalise que c'est la cacophonie. Une image me vient alors, et je décide de la lui nommer. Je lui explique que j'ai l'impression qu'elle est envahie par les « Angry birds ». Cela lui parle, la fait sourire. Inspirée par la théorie des parties (West, 2022), je déroule la métaphore, et lui explique que ses voix, si elles lui semblent pénibles, forment son CODIR (comité de direction). Que celui-ci est constitué de parts protectrices d'elle-même, qui ne veulent que son bien. Que chacune a son propre point de vue, et qu'il est normal qu'elles ne puissent pas être d'accord sur tout. Je l'invite à écouter chacune d'entre elles et à accueillir ce qu'elles disent, tout en gardant à l'esprit que « le patron », c'est elle. Lors des séances suivantes, elle y fera souvent allusion. J'observe qu'elle se réassocie progressivement, au fur et à mesure qu'elle apprend à écouter les différentes parts d'elle-même.



Entretemps, j'ai échangé avec une collègue qui la reçoit sur une autre thématique. Celle-ci rapporte que cette patiente ne parle plus d'elle en termes de « HP » ni de « TDA/H » identitaires. Elle commence à accepter son fonctionnement, ses particularités. En séance, nous faisons désormais uniquement de l'ICV. Le fait que ce soit très structuré semble mieux lui convenir, cela lui permet de ne plus autant déborder, de commencer à se rassembler davantage. Elle devient capable de se reconnecter à son Soi enfant, et d'accueillir toutes ses émotions, mêmes les moins plaisantes. Nous avons travaillé sur l'externalisation de son anxiété (« une sorte de chewing-gum noir qui traîne par terre »), qu'elle a finalement pu définir comme un protecteur. En séance elle vit de moins en moins de colère, et davantage de tristesse, ce que je perçois comme un signe (encourageant) d'acceptation.

6.3. La thérapie avec les enfants - priorité aux médiations

Récemment, j'ai pu à nouveau recevoir des enfants. L'un d'eux m'a inspiré un dispositif clinique à base de Playmobil®. L'idée est simple : m'appuyer sur une médiation symbolique pour décentrer l'enfant de ses difficultés, et les travailler de façon ludique, et en douceur.

Le dispositif : chacun de nous « possède » une maison (ci-contre, la mienne). Je nomme à l'enfant que pendant toute la durée de nos séances, cette maison sera la sienne, qu'aucun autre enfant ne pourra l'utiliser.



Au début, l'enfant choisit les personnages avec lesquels il va jouer (ci-contre, ma famille Playmobil®), et aménage sa maison. Cela suppose des choix, des compromis parfois, et des interactions entre les personnages à partir desquelles nous travaillons tout au long des séances.



Un cahier est également remis à chaque enfant, dans lequel nous mettons des photos, écrivons l'histoire des personnages, ce qu'ils aiment, n'aiment pas, leur prénom, leur âge...

NB : en ICV, le Protocole Standard adapté aux enfants permet d'intégrer des événements douloureux de la même façon, en s'appuyant sur la visualisation et la « retouche » de la scène traumatique.

6.3.1. Antoine : apaiser la frustration et les crises

Antoine a 6 ans lorsque ses parents l'amènent. Ils sont pris dans une spirale d'opposition et de crises majeures qui les débordent, se sont déjà rendus, pour ce motif, aux urgences pédiopsychiatriques. La vie de famille est sévèrement impactée par les comportements de Antoine, qui peut faire preuve d'agressivité et de violence, menacer ses parents avec un couteau, se mettre en danger... Il est également très en rivalité avec son frère plus âgé, se compare aux autres, notamment aux adultes (il aimerait avoir les mêmes droits qu'eux). En parallèle, les parents observent une anxiété assez envahissante (peur de la mort, angoisse d'abandon, peur qu'ils ne l'aiment plus...). Un bilan neuropsychologique objective une grande rigidité de fonctionnement chez lui, ainsi qu'un trouble de l'attention important, source de difficultés d'apprentissages sur le plan scolaire.



Avec Antoine, je travaille la flexibilité et la place de chacun. A cet égard, son choix de personnages (voir ci-contre) est intéressant : les enfants, des garçons, sont « des jumeaux » (collage avec son frère ?). Il y a également une « servante » dans la famille, « à qui les enfants peuvent donner des ordres », m'explique-t-il. Par exemple, « conduire plus vite dans la rue ». Ce à quoi je rétorque que ce n'est pas autorisé par le code de la route...

Il est très créatif, une belle ressource sur laquelle je décide de m'appuyer ; nous fabriquons ainsi des arbres pour le terrain commun aux deux maisons. Lors de l'aménagement des logements, je lui laisse d'abord le champ libre, puis lui explique qu'il peut choisir ce qu'il veut, « mais dans la limite de 5 objets ». Antoine peut alors montrer de belles capacités d'adaptation, demandant s'il peut remplacer tel objet par tel autre, de façon à n'en prendre que 5. Au fil des séances, il observe et teste. De mon côté, je garde une posture tranquille mais ferme, et un cadre suffisamment large, pour qu'il ne s'y sente pas enfermé.

Nous n'en sommes qu'aux débuts. Pour la suite, je prévois de rejouer un certain nombre de choses en se décalant grâce au jeu, tout en faisant la démonstration à Antoine qu'il existe d'autres formes d'interactions possibles, et des stratégies plus adaptées.

6.3.2. Amélie : retrouver une place d'enfant

Amélie a 7 ans lors de notre première rencontre. C'est une petite fille au contact agréable, décrite comme joyeuse et sociable par son papa. Sa maman rencontre des difficultés avec l'alcool, dans un contexte d'affects dépressifs. Globalement, Amélie s'inquiète beaucoup, en particulier pour ses parents, dit craindre que sa maman « se fasse du mal ». J'observe qu'elle est très inhibée, parle d'une toute petite voix... Elle a un doudou licorne qu'elle aime beaucoup, avec qui elle vient me voir. Je l'inclue d'emblée dans nos conversations, ce qui facilite le lien et les échanges.



Rapidement, je propose à Amélie de jouer aux Playmobil®, ce qu'elle accepte avec enthousiasme. Elle est très centrée sur les personnages et leur histoire, dans laquelle il y a de fréquentes incursions de sa propre vie. Parmi les objectifs de travail pour elle :

- S'autoriser à *se décoller* un peu de ses parents (dont elle se sent responsable), et surtout, adopter une posture de sujet (elle doute beaucoup, ne sait jamais si elle a le droit...).
- Faire en sorte qu'elle puisse à nouveau jouer « comme une enfant de son âge ».

Progressivement, je l'aide à faire ses propres choix (l'aménagement de sa maison, nommer les personnages...) et à se reconnecter à ses besoins. Aussi, nous travaillerons également sur ses angoisses, qui peuvent se manifester sous la forme de cauchemars et de maux de ventre.

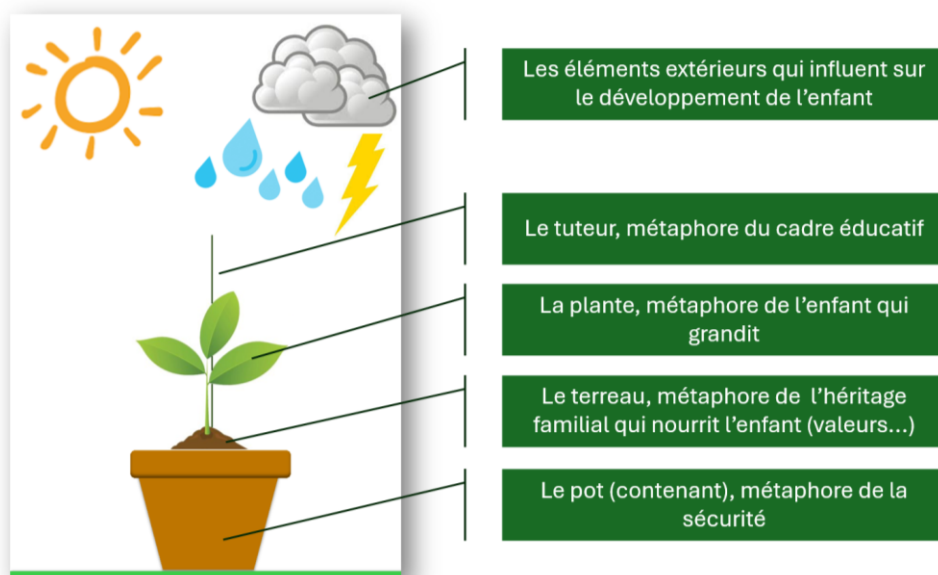
6.4. Le travail avec la parentalité : la métaphore de la plante.

Nombreux sont les parents qui consultent pour des difficultés en lien avec la parentalité. Avec eux, je commence toujours par expliquer ce qu'est le développement d'un enfant, et quel rôle ils ont à y jouer (ou pas !).

Histoire de l'enfant-plante

Comme chacun sait, au commencement, l'enfant est une petite graine. Pour qu'elle grandisse en toute sécurité, les parents vont d'abord utiliser un contenant : le pot. En effet, elle est bien trop petite pour pouvoir être plantée d'emblée dans le jardin. Que met-on dans le pot ? De quoi nourrir la croissance de la plante. Et eux, de quoi nourrissent-ils leur enfant ? Souvent ressortent les valeurs, la culture familiale, l'amour qu'ils portent à leur enfant...

J'évoque alors le tuteur : à quoi sert-il ? Là, c'est plus compliqué. Le tuteur n'a pas bonne presse de nos jours. Il ne fait pas bon frustrer les enfants en leur imposant l'autorité parentale ! Je questionne alors les parents (voire l'adolescent « rebelle ») : que deviendrait le jeune plant sans tuteur ? Ont-ils déjà vu des tomates pousser au ras du sol ? Que deviennent-elles ? (Réponse : elles tombent malades par excès d'humidité, ne voient pas le soleil...). Voilà de quoi redorer le blason du tuteur parental !



Puis je me préoccupe de la culpabilité des parents, qui bien souvent, pensent faire mal, ou n'en faire assez pas : quel pouvoir a donc le jardinier face aux aléas météorologiques, peut-il tout maîtriser ... ? Est-ce seulement souhaitable ? (Car c'est aussi en se confrontant à l'extérieur que la plante se renforce). Que se passe-t-il si on met la plante sous une cloche ? Parviendra-t-elle à grandir ?

Bref, j'aime beaucoup cette métaphore, qui permet de travailler, tout en douceur, les représentations autour de l'éducation avec les parents.

7. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Cette formation a contribué à la construction de mon identité professionnelle. Tout au long de ces 3 ans, j'ai bénéficié des apports du groupe : soutien à l'élaboration, enrichissement, clarification sur des situations qui ont résonné avec certaines des miennes... Le fait de réfléchir avec des collègues qui ne sont pas issus de ma profession ou de ma spécialité est précieux, cela élargit les points de vue et les pistes de réflexion. La diversité des lieux de travail et des publics enrichit les échanges, et permet de créer d'autres liens pour élaborer.

Beaucoup de questionnements ont été soulevés, parfois déstabilisants, mais nécessaires et toujours enrichissants. J'ai pu passer par des phases de doute, voire de découragement. A chaque fois, retourner en formation me permettait de repartir du bon pied, grâce à cet étayage collectif.

Aujourd'hui, j'ai pris le parti de me recentrer sur certaines de mes pratiques, soit parce que je m'y sens confortable, soit parce que je poursuis un travail entamé.

Du côté du libéral, je travaille à diversifier mon activité, en y injectant plus de groupe, et plus de travail avec les enfants. Je vais plus particulièrement utiliser l'hypnose et l'ICV, tout en commençant à mettre à profit ce que j'ai appris en thérapies brèves. J'ai aussi le projet d'acquies un local pour mon cabinet, et de travailler avec des collègues partageant des envies et des valeurs communes.

Je poursuis l'hôpital de jour, car le public me plaît beaucoup et il y a de nombreux projets intéressants. Je souhaite y mettre à profit tout ce que j'ai appris lors de ces 3 années, afin de mieux accompagner les enfants et leurs familles.

J'ai choisi le métier de psychologue avant tout par curiosité, pour apprendre. Aussi, je poursuis les formations. Je compte réaliser le niveau 3 en ICV cette année. Le narratif me tente beaucoup aussi, mais je fais une pause, le temps d'intégrer tout ce que j'ai déjà vu. Par ailleurs, j'ai vraiment très envie d'approfondir l'hypnose et ses applications, que ce soit avec les adultes ou avec les enfants. Elle m'apparaît comme un champ d'exploration infini et passionnant...

Enfin, je vais tâcher de continuer à m'appuyer sur les ressources extérieures : supervision, intervision, travail en réseau, lectures...

En conclusion, je poursuis mon apprentissage du métier de thérapeute, dans le cadre d'une pratique résolument ouverte et intégrative.

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Doutrelugne, Y. (2020). *Interventions et thérapies brèves : 12 stratégies concrètes : Crises et opportunités*. Elsevier Health Sciences.

Miljkovitch, R. (2020). *L'attachement au cours de la vie*. PUF.

Pace, P. (2018). *Pratiquer l'ICV : L'Intégration du Cycle de la Vie (Lifespan Integration)*. Dunod.

Pace, P. (2003). *Intégration du Cycle de la Vie : Connecter les Etats du Moi à travers le temps*. Peggy Pace.

Smith, J. (2021). *Le grand livre des 1000 premiers jours de vie*. Dunod.

West, C. (2022). *Nous avons tous des parties*. Amazon.

9. LECTURES PERSONNELLES

D'Angeli, P. & Lockert, O (2016). *Hypnose pour les enfants et adolescents*. IFHE éditions.

Megglé, D. (2005). *Erickson, hypnose et psychothérapie*. Retz.

Nardone, G. & Watzlawick, P. (2010). *L'art du changement. Thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe*. L'Esprit du Temps.

Pitzalis, E. (2020). *Guide de survie au pays de la psychothérapie*. Enrick Editions.

Smith, J. (2023). *L'attachement en psychothérapie de l'adulte*. Dunod.

Vallée, A. (2017). *Manuel pratique de thérapie orientée solution. Dialogues et récits*. SATAS.

Yalom, I. (2002). *L'art de la thérapie*. Librairie Générale Française.