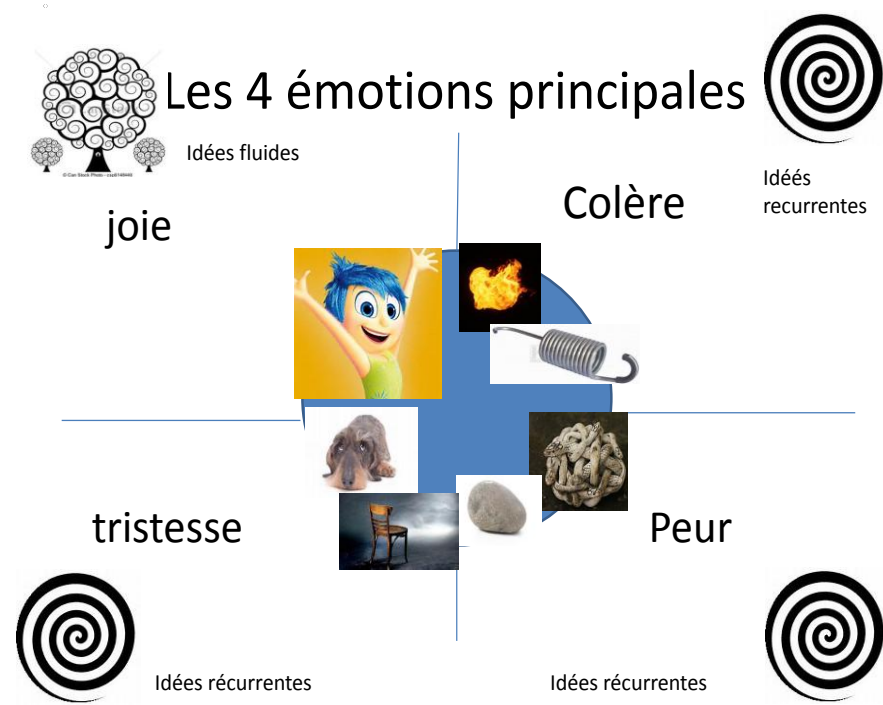


MEMOIRE DE VALIDATION DU CYCLE DE FORMATION
HYPNOSE ET THERAPIES BREVES AREPTA

LE CORPS AU CENTRE DE LA THERAPIE

Réflexion sur le lien entre les émotions et les ressentis corporels : présentation d'une modélisation dans le cadre d'une approche en thérapie brève.



Première partie :

Présentation de ma pratique

- | | |
|--|----|
| 1) Le métier de psychomotricienne | P4 |
| 2) les notions fondatrices de la psychomotricité | P4 |
| 3) Ma pratique actuelle au sein de l'hôpital | P6 |
| 4) Introduction à la modélisation | P7 |

Deuxième partie :

Mise en place d'une modélisation

- | | |
|--|------|
| 1) Les 4 émotions principales | p 9 |
| 2) Interaction entre ressentis corporels et émotions | p 11 |
| 3) Les ressentis corporels | P12 |
| 4) Besoins couverts / besoins non couverts | p15 |
| 5) Les idées récurrentes ou ruminations | p15 |
| 6) Les émotions... C'est quoi alors ??? | p17 |
| 7) Les recadrages | p17 |
| 8) Schéma des recadrages | p18 |
| 9) Déroulé d'une séance | P19 |
| 10) émotion et orientation temporo-spatiale | p20 |
| 11) Les pathologies des émotions | p21 |
| 12) La gymnastique des émotions | p23 |
| 13) La modélisation qui résume | P27 |

Conclusion

Troisième partie :

Etudes de cas

Exemple clinique Mr L

→ la peur

Exemple clinique Mme G

→ la tristesse

Exemple clinique Mr F

→ idées récurrentes,

Exemple clinique Mme b

→ tremblements musculaires

Mr C

→ soins palliatifs

1) Le métier de psychomotricienne

En France, la psychomotricité est une profession paramédicale reconnue par l'État et inscrite au livret IV du code de la santé publique depuis 1988.

La **psychomotricité** est une fonction de l'être humain qui intègre le psychisme et la motricité en vue de s'adapter à son environnement. Le psychomotricien a donc un **regard globalisant** portant sur les interactions entre : Le psychisme (émotions, imagination, cognition...) et la motricité (mouvements, tonus, postures...).

La **psychomotricité** regroupe des fonctions qui sont en lien direct ou indirect avec la pensée, la psychologie et les fonctions cérébrales. C'est une discipline qui s'intéresse avant tout à **la liaison du corps et de la psyché**. Elle s'enracine dans un système de régulation et de feed-back qui cherche à mettre en adéquation le corps et la pensée. La psychomotricité est en amont de l'abstraction, tout comme l'est l'hypnose qui s'intéresse aux fonctions inconscientes, considérées comme un réservoir de ressources. La psychomotricité se manifeste lorsque la pensée a besoin du corps, ou lorsque le corps a besoin de la pensée.

2) les notions fondatrices de la psychomotricité

Les fondamentaux de la pratique psychomotrice s'avèrent très facilement miscible à la pratique de l'hypnose. La psychomotricité se base sur :

a) la relation tonico-émotionnelle:

Le premier concept de la psychomotricité est la relation tonico-émotionnelle encore appelée **tonico-affective**. Il recouvre le dialogue tonique, la communication non verbale, ce que le corps exprime de ce qu'il vit et ressent.

b) le concept de schéma corporel

Le deuxième concept est le schéma corporel, qui touche aux modes de représentation du corps (image du corps, moi peau, enveloppe psychique). La disponibilité du schéma corporel va induire une disponibilité psychique donnant lieu à l'aisance, à l'adaptabilité, à la spontanéité.

c) La métacommunication

Ces deux notions (relation tonico-émotionnelle et schéma corporel) laissent une large place à la métacommunication (ou communication non verbale). La métacommunication concerne tout ce qui ne fait pas partie du discours verbal : l'intonation de la voix, la posture, la gestualité, les mimiques... le regard, la qualité de la présence, la manière de se présenter. C'est ce langage-là qui prend sens dans la pratique de la psychomotricité. La métacommunication s'adresse d'abord au cerveau droit, le cerveau global, celui des émotions douces, le cerveau intuitif.

d) la relaxation (spécialité du psychomotricien). Cette pratique se meut très facilement en pratique de l'hypnose. L'hypnose devient un outil cohérent et naturel pour le psychomotricien et pour le patient. Mon penchant pour la psychomotricité fait que j'associe souvent « hypnose et toucher

thérapeutique », « hypnose et métaphores corporelles », recadrage sur les fonctions du corps, les fonctions des émotions, les ressentis corporels.

Dans chacune des deux approches, le corps est au centre de la thérapie.

Voilà pourquoi, l'hypnose et les thérapies brèves sont venues s'intercaler facilement dans l'exercice de ma profession, sans créer de conflits de valeurs, sans frustration, et avec une impression de fluidité.

3) Ma pratique actuelle au sein de l'hôpital

a) Répartition du temps de travail

Actuellement et depuis septembre 2014, mon poste se distribue de la manière suivante :

-30% En unité mobile de soins palliatifs

-20% En addictologie auprès de groupe (soit 2 après-midi par semaine)

-30 % En MCO (médecine chirurgie obstétrique) où j'interviens sur prescription médicale potentiellement dans tous les services de l'hôpital, et principalement en diabétologie (anorexie/obésité) en rhumatologie (douleurs chroniques) en médecine polyvalente, oncologie, pneumologie (troubles anxieux, dépression, choc traumatique suite à l'annonce...) et en addictologie pour des séances individuelles.

J'ai aussi l'expérience récente d'une pratique libérale, qui permet un suivi plus long et plus fin des patients.

Ma pratique tient compte de 3 paramètres :

- la variété des pathologies

- La rapidité du travail : le plus souvent en 1 à 2 séances en raison de la courte durée des séjours et de mon temps très réduit comparativement au nombre des prescriptions.

-L'intégration des thérapies brèves dans le cadre d'une approche psychomotrice.

b) la nécessité d'une formation

Dans ces services de soins actifs, il a fallu que je réinterroge ce lien « psychocorporel » d'une autre façon, dans le cadre de pathologies diamétralement opposées à ce que j'avais expérimenté jusqu'à lors.

C'est pourquoi J'ai commencé une formation à l'AREPTA d'Hypnose et Thérapies Brèves (HTB) en 2013, et une formation HTSMA.

Ces nouvelles pratiques m'ont demandé de recruter de nouveaux savoir-faire. C'est ainsi que j'ai construit une autre manière d'explorer le lien entre le corps et l'esprit : entre les émotions (psyché) et les sensations (corps).

La formation HTB augurée en 2013 devait m'aider à construire une pratique psychomotrice spécifique. Elle m'a permis, dans ce cadre –là de m'inscrire, non pas dans du soin de confort, mais dans une pratique thérapeutique.

Je suis partie d'un modèle simple, et je l'ai enrichi au fil de ma pratique et de mon « nourrissage » en HTB. C'est ce modèle global qui relie les émotions et les ressentis corporels que je propose de présenter dans cet écrit.

Il synthétise la manière dont j'ai intégré ces 4 années de formation à la pratique psychomotrice.

J'explore ce terrain depuis 5 ans, en sériant les observations sur un grand nombre de patients :

640 séances de groupe en hôpital de jour d'addictologie (soit environ 850 personnes vues en moyenne 6 fois).

1600 prises en charges en individuel, pour des personnes vues entre 1 et 2 fois en moyenne à l'hôpital. Les prises en charge sont plus longues pour les anorexiques, et certains patients en soins palliatifs, pour qui la durée moyenne de séjour est plus longue.

Mes observations s'appuient sur une approche clinique et se sont nourries à mesure des apports de la formation AREPTA et de mes lectures.

4) Mise en place d'une modélisation

J'ai donc classé les ressentis corporels, puis je les ai mis en lien avec les émotions correspondantes. J'ai cherché à identifier le rôle des émotions, et j'ai constaté qu'à chaque fois qu'un ressenti corporel inconfortable apparaît, c'est en lien avec un besoin non couvert, lui-même en lien avec une émotion qui « coince ».

Cette représentation est la suivante :

EMOTION → RESENTIS CORPORELS INCONFORTABLES → BESOIN NON COUVERT → « **l'absent implicite** ».

L'absent implicite va ouvrir la voie sur :

1° les recadrages 2° la ressource 3° les métaphores utiles.

Mon propos est de présenter cette modélisation.

Pour présenter le concept, j'utiliserai donc grandement les schémas. Ceux-ci représentent une aide à la représentation mentale, et un outil puissant de recadrage lorsqu'il est utilisé avec les patients. J'utilise souvent la modélisation en support papier pour soutenir la séance dans le cadre des troubles du comportement. Lorsque je ne l'utilise pas matériellement, elle est toujours dans ma tête, c'est ma feuille de route.

Deuxième partie :

Mise en place d'une modélisation

Émotion /ressentis corporels / idées
récurrentes /besoins couverts /non couverts

1) Les 4 émotions principales

J'ai retenu 4 émotions principales qui fonctionnent comme des tiroirs, à l'intérieur desquels se logent tous les degrés de l'émotion en question.

Ces 4 émotions principales sont :

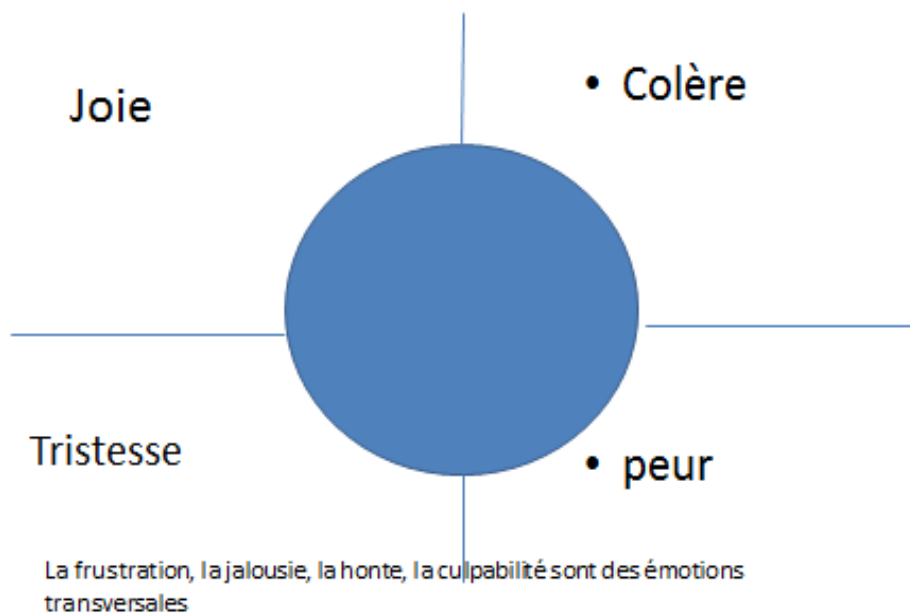
LA COLERE

LA PEUR

LA TRISTESSE

LA JOIE

Les 4 émotions principales



a) Dans le monde de la santé mentale

Voici les 4 émotions principales. Elles sont très utiles pour tout être humain, et servent à signaler qu'un besoin n'est pas couvert. Par exemple, si je ressens un inconfort corporel, cela me signale que je suis contrarié, si je réfléchis, c'est parce que je ne me suis pas mis à jour de mon travail. Pour me sentir confortable, je me reconnecte à mon besoin non couvert : faire mon travail, ou accepter de sursoir.

Dans le monde de la bonne santé, les émotions et ressentis corporels ne sont pas figés. Ils nous signalent que quelque chose ne va pas. Une fois la remédiation donnée, ça passe, et on retourne dans des émotions confortables (la joie, qui est le moteur de l'être humain, et qui s'accompagne de ressentis confortables).

b) Dans le monde de la pathologie

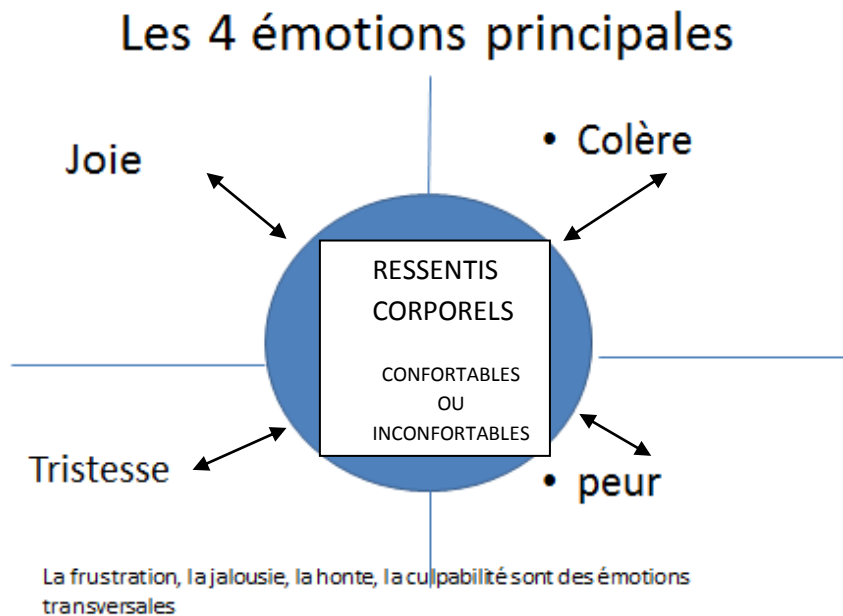
EMOTIONS IDENTITAIRES : Le patient reste figé dans une ou deux, voire 3 émotions fortes et inconfortables. Dans le monde de la pathologie, l'accès à la « joie » est par définition impossible. Les émotions ne sont pas entendues dans ce qu'elles ont à dire, elles perdurent, elles s'auto-entretiennent, et deviennent très souvent identitaires, c'est-à-dire constitutives de la personnalité, sans moments d'exception. Il s'agit de patients « anxieux », « dépressifs », douloureux chroniques, ayant recours à l'alcool, présentant des troubles du comportement. Dans les contextes « identitaires », l'usage des émotions est souvent « pervers », rendant leur repérage plus complexe.

On pourrait dire, en hypnose, que ces personnes sont dissociées, leurs actions ne sont pas en lien avec leurs intentions.

EMOTIONS CONTEXTUELLES : Chez des patients présentant des troubles somatiques (Cancer, troubles neurologiques, découverte d'une maladie) les troubles émotionnels sont souvent contextuels et réactionnels à l'annonce et à la gravité de la situation.

Les 4 émotions principales représentent donc un signal aidant pour l'être humain, pour se mettre en contact avec le besoin non couvert (l'absent implicite en thérapie brève). La pathologie vient quand la personne reste bloquée dans une émotion. On ne parle plus de tristesse, mais de dépression, on ne parle plus de peur, mais d'angoisse, de phobies, de TOC On est dans le monde de la pathologie.

2) Interaction entre ressentis corporels et émotions

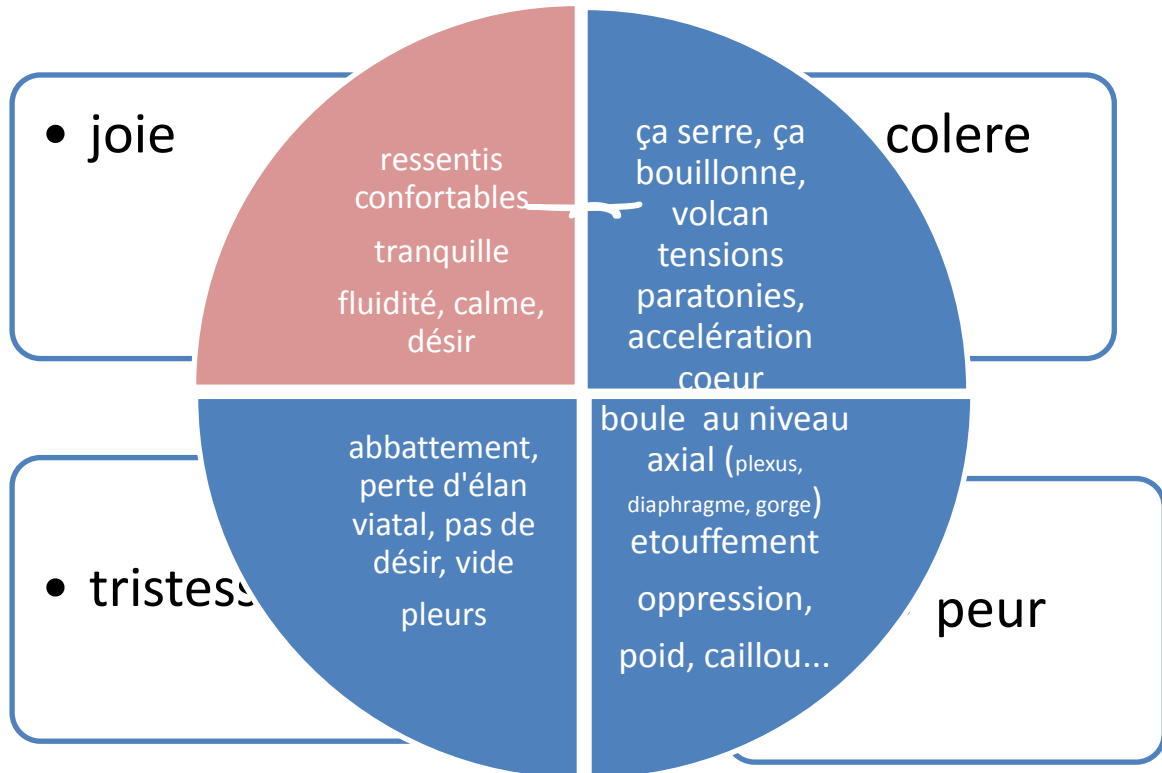


A chacune de ces 4 émotions correspond un ressenti corporel. Il apparait au centre. Les doubles flèches indiquent l'effet autoentretenu du processus : l'émotion crée un ressenti corporel, et le ressenti corporel influe en retour sur l'émotion.

Pour avoir accès aux ressentis corporels du patient, il suffit de poser la question suivante :

» Quand vous me parlez de ça, comment ça réagit à l'intérieur ? »

Schéma des ressentis corporels



3) Les ressentis corporels

a) Sériation des ressentis corporels

Avançons encore un peu dans la modélisation. Voici ci-contre le détail des ressentis corporels.

A l'extérieur, toujours, les 4 émotions principales, et au centre les **ressentis corporels détaillés** en lien avec les émotions.

En bleu, les ressentis inconfortables. Le médecin adresse ces patients pour angoisse, dépression, douleur. Dans ma fonction de psychomotricienne, je traduis le symptôme en ressentis corporels, et je les relie à une émotion correspondante.

En rose : les ressentis confortables, ce vers quoi tu dois amener le patient au cours de la séance.

Ainsi, la plupart des situations amènent à observer que :

-si ça serre, c'est de la colère,

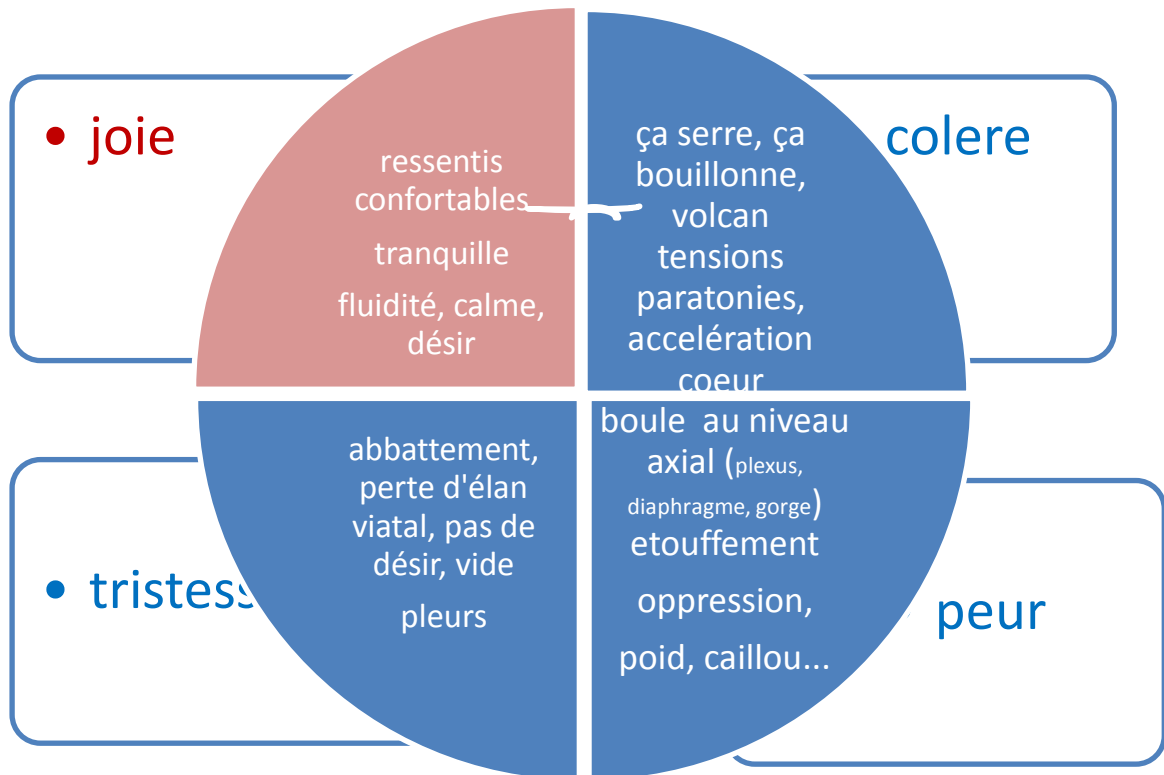
-si c'est du vide, de la mollesse, c'est de la tristesse,

-si c'est une boule statique, c'est de la peur... Etc.

Ces patients viennent me voir (surtout si les troubles sont identitaires) parce qu'ils ne savent pas quoi faire de leurs ressentis corporels. Ceux-ci sont considérés comme des problèmes, et non comme des signaux. Une part du recadrage va consister à donner du sens à ces ressentis.

L'explication du rôle de l'émotion augure un premier recadrage, (page sur les émotions et chapitres suivants). Ceci permet au patient de comprendre ce que son corps a à lui dire, et constitue un début de réassociation. En fonction du message que l'émotion lui transmet, la personne saura si cette émotion lui est utile ou pas, ce qui déterminera le travail thérapeutique.

La deuxième question pourrait être : « et si cette sensation-là disparaissait vraiment, qu'est-ce que cela vous permettrait de faire de différent ? ».



En rose : les besoins sont couverts

En bleu : les besoins ne sont pas couverts

4) Besoins couverts / besoins non couverts



Chaque fois que le patient ressent quelque chose d'inconfortable dans son corps, il faut avoir le réflexe de se dire que **son corps lui signale un besoin non couvert**. Chaque fois qu'il sera dans le « bleu », ses besoins ne seront pas couverts.

Le but en thérapie est donc de tenter de ré- associer le patient et de le mettre dans la case de la « joie », c'est-à-dire de lui faire retrouver des ressentis calmes et tranquilles.

Pour ré- associer le patient, il faut le mettre en contact avec ses besoins non couverts et l'aider à les couvrir, pour retrouver un état confortable, (pour être « en joie ») ou ré- associé. Tu trouveras les besoins non couverts dans le schéma qui suit. Voici la démarche :

Exemple :	ressenti	= boule
	Donc : Emotion	= peur
	Donc : Besoin non couvert	= réassurance, confiance, protection, affronter les peurs, se sécuriser etc.

5) Les idées récurrentes ou ruminations

Pour finaliser cette modélisation, il faut ajouter les idées récurrentes (). Elles correspondent aux ruminations qui alimentent le ressenti d'inconfort. Le ressenti d'inconfort est symbolisé sous forme de dessin au centre du modèle. Ces idées récurrentes () auto-entretiennent les ressentis corporels inconfortables. Et les ressentis inconfortables renforcent et auto-entretiennent les idées récurrentes (ruminations).

Exemple pour mieux comprendre : Un patient à une boule dans la gorge depuis des années : il vit dans le monde de l'angoisse, sa croyance est que le monde est dangereux. On peut apaiser le ressenti corporel inconfortable lié à l'anxiété (boule) à l'aide des approches en hypnose.


Pourtant, le ressenti reviendra, car sa croyance est toujours active, et rappelle sans cesse que le monde est dangereux. C'est la croyance que le monde est dangereux ainsi que les ruminations sur ce thème, qui transmettent au corps les neuromédiateurs. Les neuromédiateurs vont être le miroir de la pensée et créer le langage du corps (boule qui met la peur au ventre). Ce langage du corps valide la croyance. Ceci crée un cercle autoentretenu.

Il faudra donc passer par l'émotion de la peur, l'interroger, la recadrer, pour pouvoir ensuite agir sur le ressenti (la boule par exemple) qui ne pourra laisser la place à autre chose que si la vision du monde est modifiée, et si la personne peut envisager que le monde n'est pas à 100% dangereux.

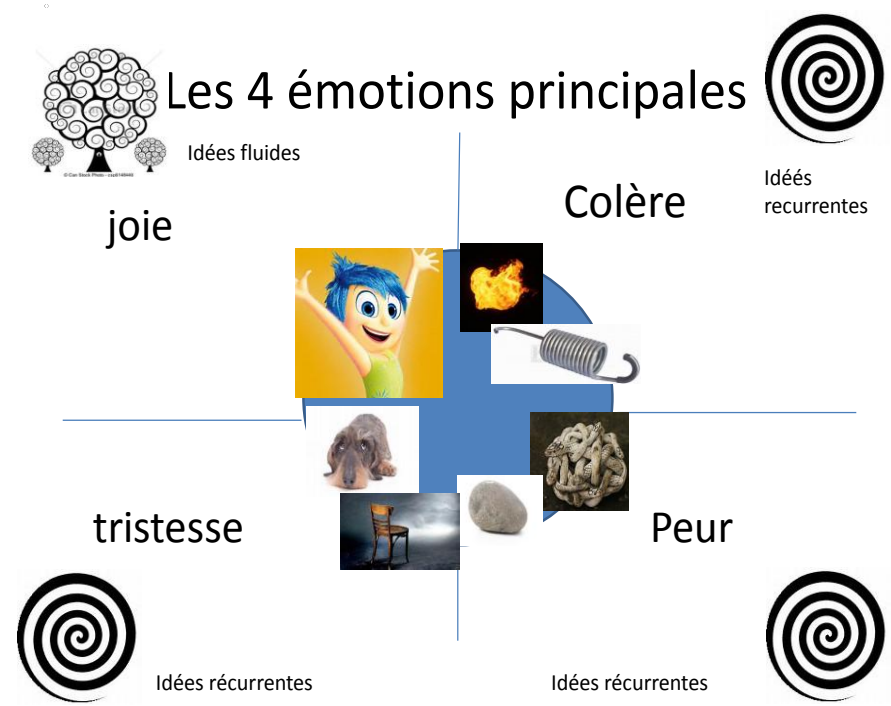
Parfois, les patients n'ont pas du tout accès aux ressentis corporels, et n'ont accès qu'aux idées récurrentes (je l'ai observé surtout chez certains hommes en addictologie et chez

quelques douloureux chroniques). Les ressentis corporels prennent alors la forme de paratonies, et de douleurs. Ce qui nous mène de toute façon dans la « case » de la colère ! (la colère, c'est quand ça serre) . Donc la remédiation portera très probablement sur la colère (affirmation de soi, assertion etc.).

D'autres patients n'ont aussi que des idées récurrentes sans ressentis associés. Ce sont les patients hyperactifs, parfois avec d'importantes responsabilités. Les remédiations seront différentes (voir annexe idées récurrentes).

La spirale  symbolise que les idées « tournent en rond ».

Dans la joie, les idées sont fluides, productives. Je les ai représentées sous forme d'un arbre de vie.



6) Les émotions... C'est quoi alors ???

Dans le monde de la pathologie, et dans le cadre de mon expérience, j'ai fini par me représenter les émotions de la manière suivante :

Somme des idées récurrentes + des ressentis corporels inconfortables.

Ainsi, on peut dire qu'un patient ressent de la peur (ou tout autre émotion) si à la fois, on a :

IDEES RECURRENTES (ex. : je ne vais pas y arriver)
+ RESSENTI CORPOREL (ex. : j'ai une boule là rien que d'y penser)
=

EMOTIONS (la peur)

7) Les recadrages

Pour simplifier, disons que l'émotion (idées récurrentes + ressentis corporels) est ce dont dispose le corps pour signifier que quelque chose ne va pas (sauf si c'est de la joie bien sûr). Chaque émotion inconfortable correspond à un besoin non couvert, qui donne accès au **recadrage utile**.

EXEMPLE 1

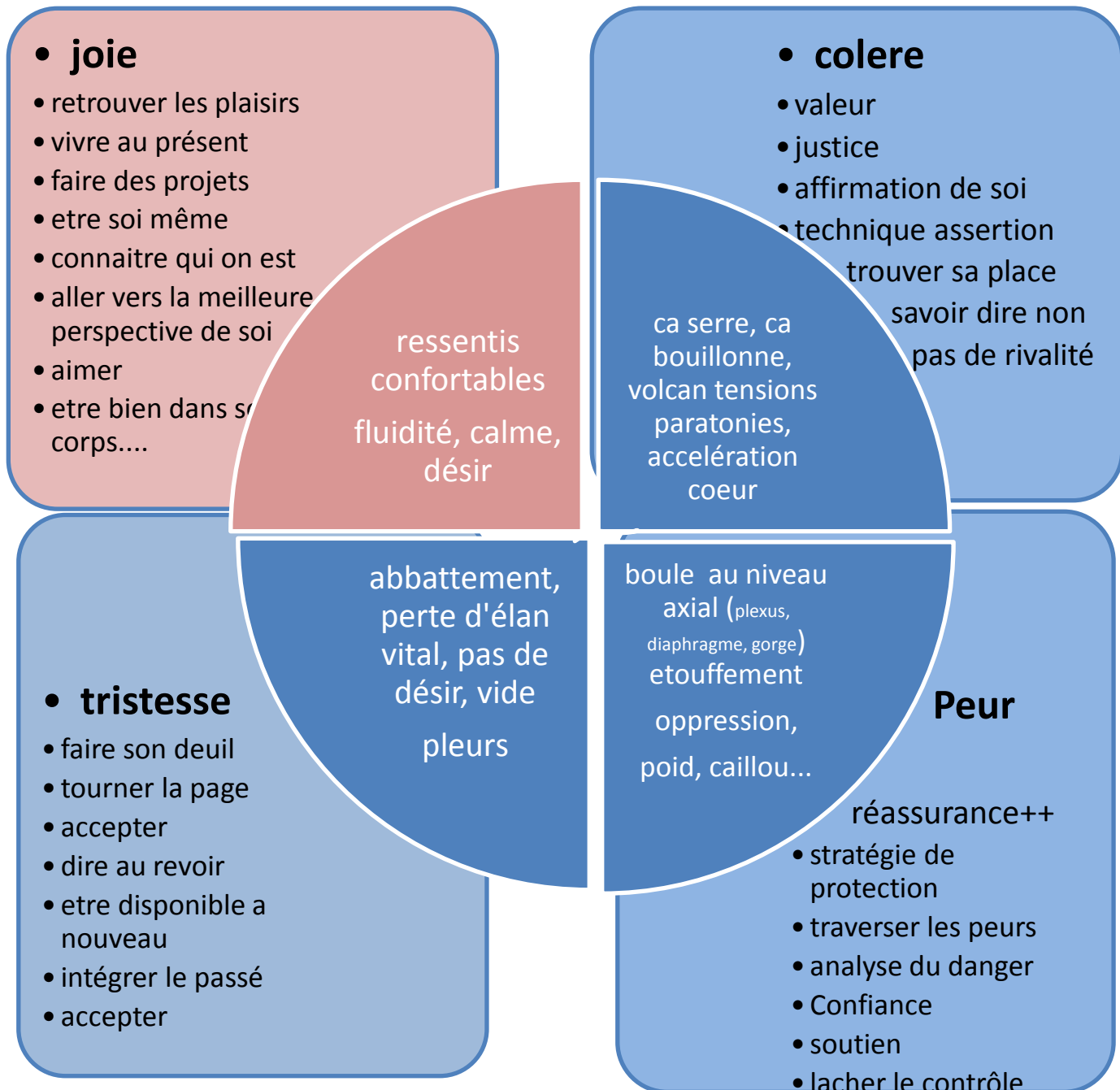
Ressenti corporel	= boule au plexus
Idée récurrente	= je suis nul, je n'y arriverais pas
Donc : Emotion	= peur
Donc : Besoin non couvert (absent implicite)	= se préparer au danger (par Ex)
Donc : Recadrage /ressource	=réassurance
Donc : Remédiation	= traverser les peurs, flèche du pire, exception, hypnose réassurance HTSMA Exceptions

EXEMPLE 2

Ressenti corporel	= ça serre
Idées récurrentes	= » il reçoit les honneurs à ma place »
Donc : Emotion	= colère
Donc : Besoin non couvert (absent implicite)	= justice (par exemple)
Donc : Recadrage /ressource	=justice, valeur,
Donc : Remédiation	= détente neuromusculaire, hypnose,valeur exceptions, ressources.

8) Schéma des recadrages

En carré extérieur, les recadrages possibles.



En bleu : les besoins ne sont pas couverts

En rose, les besoins sont couverts

Écriture noire : les recadrages, l'absent implicite en lien avec l'émotion ressentie, donc les ressources sur lesquelles il convient de travailler.

9) Déroulé d'une séance

Le but du travail thérapeutique est donc d'aller chercher :

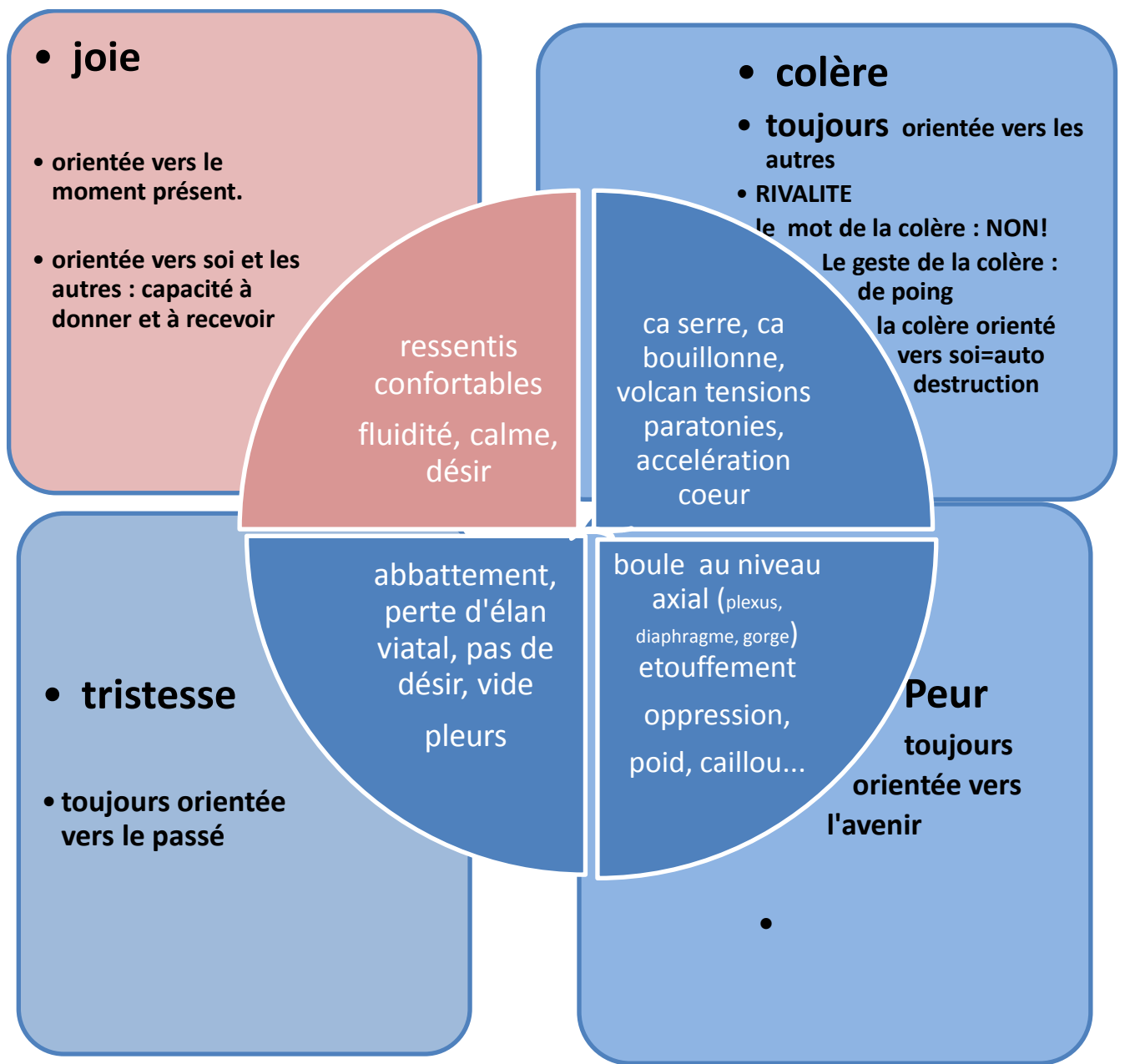
- 1) les ressentis corporels inconfortables + Les idées récurrentes
- 2) les émotions en lien avec ces ressentis
- 3) les idées récurrentes (qui nourrissent et auto-entretiennent les émotions)
- 4) les besoins non couverts qu'exprime le corps avec les ressentis d'inconfort
- 5) l'absent implicite soit le recadrage en lien avec le besoin non couvert.

Après, il est possible de faire la remédiation, en reprenant les éléments de la séance, qui vont être intégrés dans la séance d'hypnose.

Il convient de faire des allers-retours entre les ressentis et les émotions, d'interroger

« Comment ça réagit dans le corps ». Il faut s'ajuster avec le patient et interroger si cette émotion sert ou dessert le patient, s'il veut la garder ou pas. Souvent, il s'agit de **recadrer sur la vraie fonction de l'émotion**, ou d'amener le patient à voir qu'il se trompe peut-être d'émotion, et qu'une posture différente pourrait lui être plus profitable pour dépasser l'épreuve qu'il est en train de vivre.

10) émotion et orientation temporo-spatiale



Passé

présent

futur

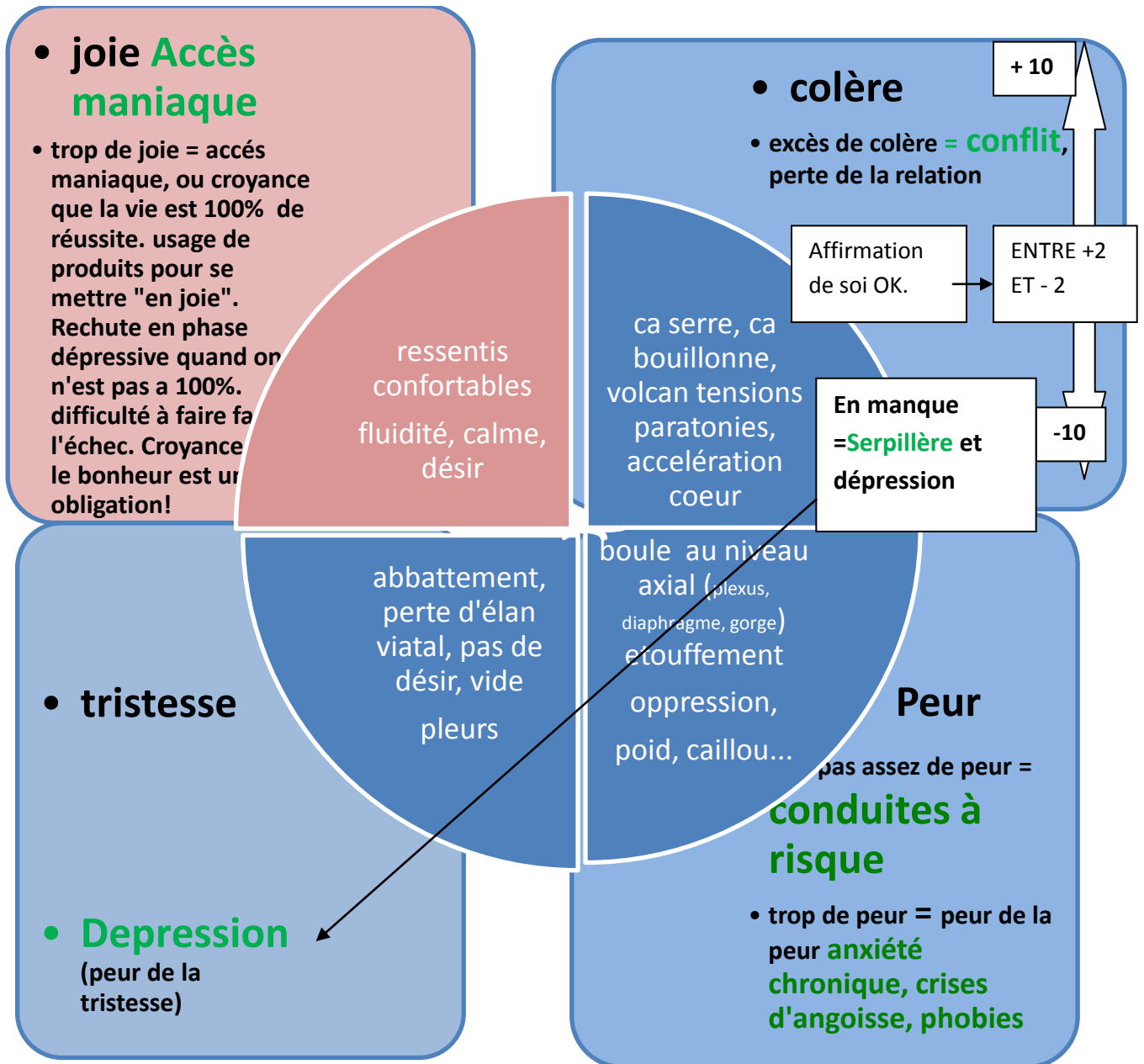
Tristesse/dépression
Colère

joie
colère

peur
colère

11) Les pathologies des émotions

en vert : les pathologies



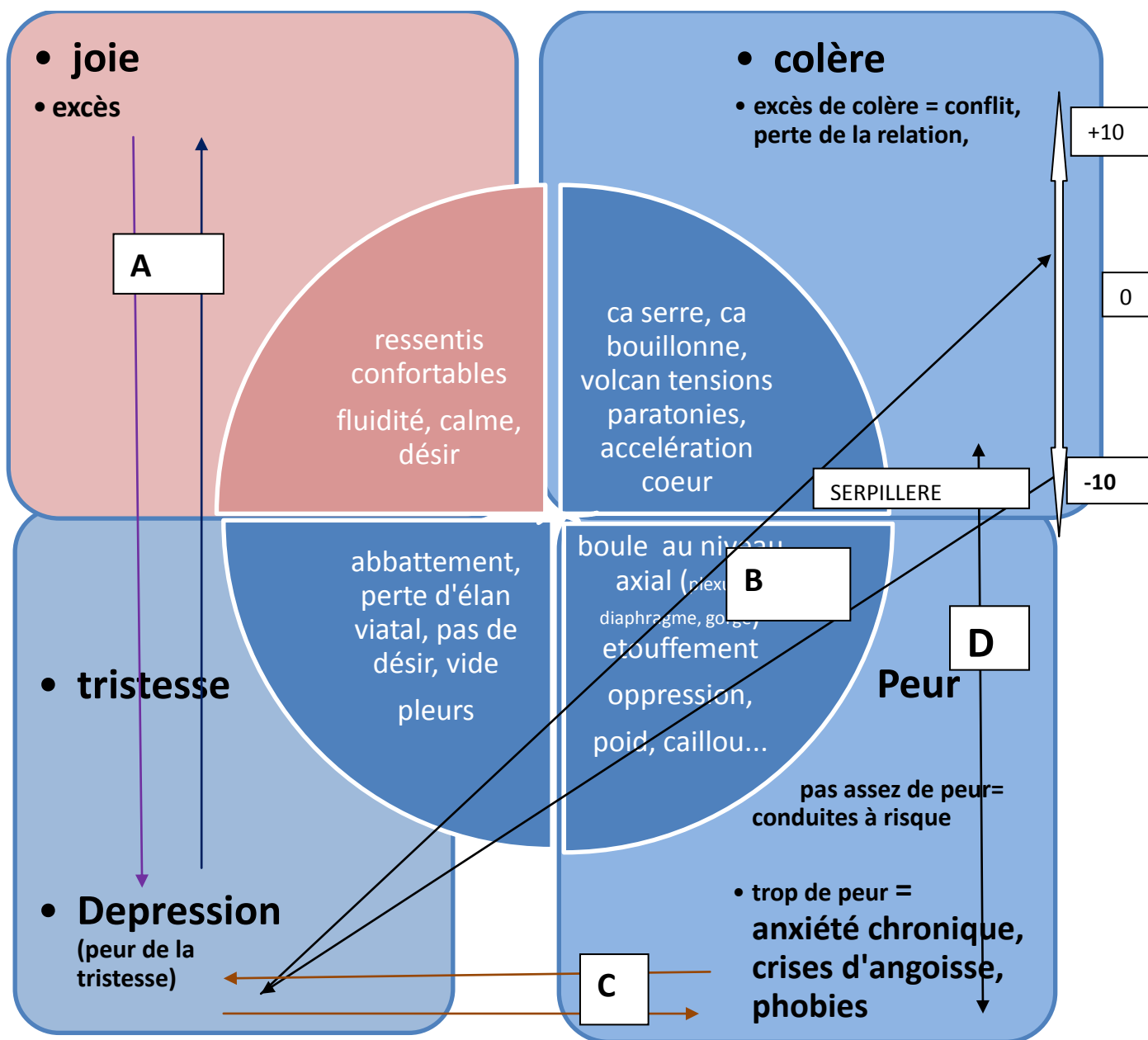
La colère va d'un niveau +10 à -10 en passant par le 0.

-Trop de colère mène au conflit. C'est l'autonomie sans la relation

-Trop peu de colère mène à ce que j'ai appelé le niveau serpillère. C'est la relation sans l'autonomie.

Plus le niveau est proche du -10, et plus la personne donne des signes de dépression. D'où la flèche.

12') Schéma : La gymnastique des émotions



12)La gymnastique des émotions

Je propose de se reporter au schéma ci-contre pour comprendre encore un peu mieux comment fonctionnent les émotions, et pouvoir donner au patient les bons recadrages, qui l'aideront à se positionner de la manière qui lui convient le mieux. Les flèches A B C D qui sont expliquées ci-après. Je propose une lecture singulière (issue de mon expérience clinique) cette lecture n'est pas relayée par la littérature.

On aura donc rarement des émotions toutes simples, qui ne relèvent que du cadre colère, ou tristesse...

En général, les émotions sont détournées, multiples, elles se mélangent.

PS : Je précise que pour faciliter l'exposé, j'ai représenté la colère par une flèche qui va de -10 à +10 en passant par le « 0 ».

- Le niveau -10 de la colère = pas du tout d'affirmation de soi, acceptation des situations enlisantes, personnes qui ne parviennent pas à dire NON. J'appelle ce niveau le niveau « serpillère ». Ce n'est pas du tout jugeant, c'est juste imagé. Modalité : indépendance -- et relation++

-Le niveau +10 de la colère = beaucoup d'affirmation, cela mène souvent au conflit =indépendance ++ et relation --

A : Bad tripe émotionnel ou les maniaco-dépressifs émotionnels ⁽¹⁾:

La personne croit que la vie c'est 100% bonheur ; Cela peut venir de l'injonction parentale ou sociétale d'être « heureux » par exemple. Cette croyance conduit souvent la consommation de produit pour aider à se mettre en joie. En effet, dans la vraie vie, on n'est jamais à 10, ou alors, pas longtemps. La personne « monte » donc dans l'expérience de joie (+10). Mais c'est épuisant et la réalité amène à faire l'expérience que la vie, ce n'est pas toujours la joie. Après être monté très haut, elle redescend très bas (dépression) quand elle prend conscience de la réalité. Il faut recadrer sur la modération.

B : la fausse dépression ou les « serpillero-dépressifs ⁽²⁾:

Le patient éprouve de la colère (notion de territoire, justice, valeur). Il ne parvient pas à faire respecter son territoire (s'affirmer, dire non, s'imposer sans s'opposer...). Les ressentis corporels en lien avec la colère (ça bouillonne, ça monte, ça serre) sont là pour lui donner l'énergie nécessaire pour « sortir d'une situation enlisante ». La colère est comme un coup d'accélérateur, c'est de l'énergie dirigée vers autrui pour dire NON. Lorsque les indicateurs sont au rouge pour se mettre en colère, et qu'elle ne trouve pas de porte de sortie, elle se retourne contre soi-même (autodestruction). Le ressenti corporel de « bouillon » se retourne contre le patient lui-même et le consume de l'intérieur. Cela vient dire Non à soi-même, DEGAGE ! le patient se sent nul, bafoué, il descend vers le niveau -10 de la colère (serpillère). Au bout d'un moment, fatigué, le patient glisse tranquillement vers la dépression, il baisse les bras. A ce stade, la dépression n'est pas un problème, c'est une solution « reposante » pour mettre à distance la colère qui ne trouve pas d'exutoire.

¹ Appellation personnelle et tout à fait fantaisiste.

² APPELLATION FANTAISISTE ;

Les serpillero-dépressifs se retrouvent dans les situations de burnout, par exemple. Les patients se sentent bafoués, ressentent de la colère, mais ne parviennent pas à l'exprimer à la bonne personne au bon moment. Ils se retrouvent à - 10 de colère. A ce niveau de « serpitude » (²) les patients expriment souvent qu'ils ne se sentent pas reconnus, ils se comparent parfois à un étron. De là, le patient ressent de la dépression. Pourtant, il se trompe d'émotion (c'est ce que tu dois lui faire comprendre). Et si tu travailles sur la dépression, ça ne va pas fonctionner, car en fait la dépression est une solution pour éviter la colère. Il faut au contraire travailler sur l'affirmation de soi, la colère, et l'aider à « trouver sa place ». A toi aussi, ne pas te tromper d'émotion, chère stagiaire, sinon, tu te tromperas de recadrage !

Travailler sur la dépression avec les « serpillero dépressifs » ne fonctionnera pas, car la tristesse est l'émotion du deuil (et la dépression sa pathologie). Or, cette personne n'a pas de deuil à faire À part le deuil d'elle-même. Et... Ecoute bien..... c'est juste un oxymore de travailler le deuil de soi en thérapie, car le deuil de soi, ça s'appelle un suicide ! c'est pour cela qu'une approche sur la dépression ne pourra pas fonctionner avec ces patients qui se trompent d'émotion. Dans mon monde de représentation, la tristesse est utile pour prendre les virages de la vie, pour mettre fin à une histoire. Elle se manifeste sous la forme de pleurs, d'un manque d'énergie etc. Mais la dépression, pathologie de la tristesse, signe un deuil qui n'a pas été dépassé. En dehors de cette exaction-là, la dépression est un piège pour le thérapeute (sauf en cas de deuil), et plus on explore ce qui va mal, et plus on creuse le sillon de la dépression, et plus on aide la dépression à s'inscrire dans des fonctions identitaires.

Il faut que ton patient comprenne alors que la bonne posture est de remonter dans l'émotion colère. Il devra peut-être « vider sa carte de fidélité », réviser ses relations avec son entourage, se repositionner, oser dire non (tout ça à travailler dans le recadrage et en hypnose). Le but étant au final de trouver la bonne posture, la juste affirmation de soi (variable en fonction des personnes), Et utiliser juste ce qu'il faut d'énergie pour parvenir à maintenir son territoire, à se faire respecter. La flèche qui remonte indique que le travail doit se faire en remontant au niveau 0 de la colère (disons entre - 2 et +2... Là encore, c'est une indication, ça dépend des personnes). Le niveau 0 indique le « ni trop, ni trop peu », la juste affirmation de soi.

C) les anxio-dépressifs.

De la même manière, s'il n'y a pas de deuil réel, il convient d'expliquer le recadrage émotionnel, et de travailler sur les troubles anxieux. Le patient peut être dépressif car les troubles anxieux sont envahissants. De ce fait, il ne sort plus, ressent toujours cette boule au ventre, qui lui dit qu'il vit dans un monde hostile. Il convient de réaménager sa vision du monde, de traverser les peurs, de travailler sur la réassurance, le travail corporel des plexus, de la respiration, l'hypnose et l'HTSMA qui donne de très bons résultats.

Quelque chose m'interpelle chez les anxio-dépressifs : La dépression, c'est quand rien n'a d'importance. L'anxiété, au contraire, c'est quand tout a de l'importance, elle amène au surcontrôle. Voilà pourquoi je ne comprends pas comment on peut être « anxio-dépressif », qui là encore, me paraît être un oxymore. Voilà aussi pourquoi, je travaille sur l'anxiété et non sur la dépression avec les anxio-dépressifs.

D) les anxio-serpilleux³ : ce sont des patients qui oscillent entre le manque d'affirmation, l'incapacité à trouver leur place dans la vie (colère) et le sentiment que rien n'est possible, que tout est voué à l'échec (peur) du fait de leur incapacité à imposer leur point de vue. Si les ressentis anxieux semblent dépendre davantage de cette incapacité à trouver « sa place, toute sa place, rien que sa place » il convient de commencer à recadrer sur l'émotion de la colère.

Si ce sont les ressentis anxieux qui semblent au premier plan, et conduisent à un vécu « serpilleux » réactionnel à l'anxiété, dans ce cas, je travaille sur l'anxiété en premier, car elle est à l'origine du trouble.

Dans tous les cas, c'est l'entretien et le lien avec le patient qui conduit à une bonne compréhension mutuelle du problème.

Il faut savoir qu'au fond du trou...on est bien !le patient n'a pas envie qu'on vienne l'y déloger. Il convient donc d'aller chercher les ressources ailleurs, (dans la colère par exemple, dans la joie) et de sortir du cercle auto-entretenu.

³ Appellation fantaisiste

Accès maniaques

Joie

État naturel de l'être humain

Sert de moteur à l'envie de vivre

Source de motivation pour toutes les réalisations

*composante++ de la
santé physique et morale

* cicatrisation++

*lutte contre maladies+

tristesse

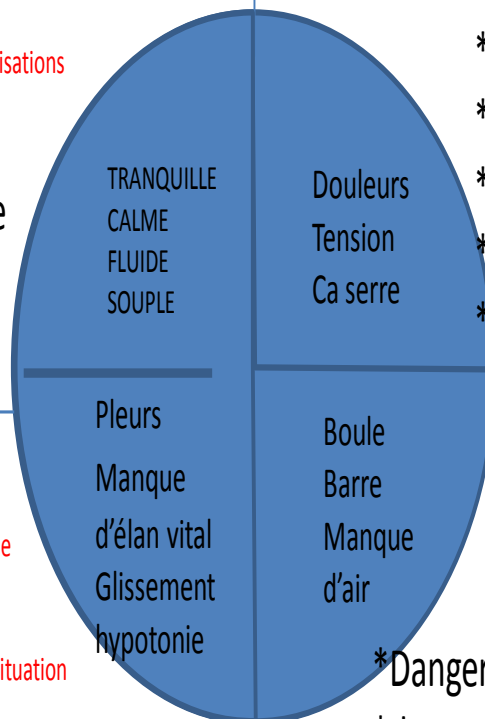
Embrayage qui permet de changer de régime
sans casser le moteur,

Sert à être disponible à nouveau

Passage transitoire préparant une nouvelle situation

*Tourner la page/pour être
disponible à nouveau/Passer à
autre chose/

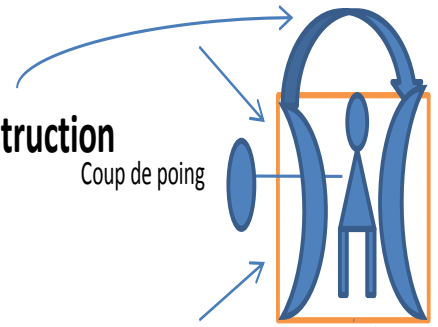
Dépression : éviction de la tristesse,
manque d'élan vital



NON!

Auto destruction

Coup de poing



conflit

territoire

colère

Accélérateur puissant pour sortir des situations enlisantes

Sert à mettre des limites à défendre notre territoire

- *connecté à l'injustice
- *toujours orienté vers autrui
- *affirmation **Reconnaissance**
- *étayage **valeurs Respect**
- *énergie

Serpillère ADS ---

Peur conduites à risque

Frein qui permet d'aborder les virages de la
vie avec prudence

Sert à avertir d'un danger

- *Danger réel → stratégie/ protection
- *danger non réel → peur inutile
- *danger réel sans stratégie possible →
peur inutile

angoisse phobie

+10

0

-10

13) La modélisation qui résume

Voilà pour finaliser un résumé du modèle que j'utilise. Chez une personne qui va bien, les émotions « tournent ». Elles ne restent pas figées. Parfois, elles s'inscrivent plus longtemps, en période d'examen par exemple, mais cela ne dure pas, c'est contextuel. La personne est bien dans ses baskets, elle est associée.

La pathologie vient lorsque les émotions sont bloquées dans l'une des 3 émotions inconfortables et s'inscrivent dans des excès ++ ou dans des manques++. Les patients que je vois sont bloqués dans des émotions inconfortables. Ils sont dissociés, leurs intentions (être en joie) n'est pas en lien avec leurs actions (anxiété permanente par exemple, qui empêche de faire les choses). Les émotions bloquées font l'effet d'une transe négative.

Le but de l'être humain est d'être « en joie ». La modélisation est un support pour remettre du mouvement dans les ressentis corporels et les émotions.

CENTRE : les ressentis corporels

EN ROUGE : l'usage de l'émotion, à quoi elle sert, et tu fais le lien avec la problématique du patient. J'ai aussi écrit en rouge ce que serait l'émotion si l'humain était une voiture : la colère, c'est l'accélérateur pour sortir d'une situation enlisante, la peur, c'est le frein pour négocier les virages de la vie

La tristesse c'est l'embrayage, qui permet de changer de régime sans casser le moteur

EN VERT : les pathologies

EN NOIR : les recadrages, revers de la médaille des besoins non couverts.

Conclusion

Cette modélisation est ma base de travail. C'est une émulsion entre mon métier de psychomotricienne et ma pratique de l'hypnose et des thérapies brèves.

Dans la pratique, ce qui me semble important est de trouver le point de départ, l'émotion source en lien avec le ressenti. Ensuite, comme le travail consiste à remettre de la vie et du mouvement dans les émotions, je vais d'un recadrage à un autre d'une émotion à une autre, car les choses se débloquent... ça circule à nouveau... C'est signe que le travail se fait. Il faut retenir que tout changement passe par une période de vide, donc de pleurs (case tristesse).... Il faut toujours travailler avec un mouchoir ! L'idée est de remettre en mouvement le système de croyance en passant d'une vision étriquée à une vision « grand angle », de remettre du mouvement dans les ressentis corporels en passant de ressentis bloqués sur l'inconfort à des ressentis diversifiés, atténués, jusqu'à atteindre le confort.

Cette modélisation me permet de penser clairement et de majorer ma capacité d'empathie ainsi que mon acuité thérapeutique.

L'hypnose, les métaphores, les recadrages, l'hypnose conversationnelle, les techniques de questionnement ou d'entretien solutionniste... tout comme les approches corporelles chères à mon métier, constituent les remédiations. L'accumulation des remédiations possibles acquises au cours de ces années de formation à l'Arepta et au cours d'une carrière professionnelle, m'a amenée, de façon progressive et intuitive, à synthétiser mon approche pour la rendre fluide et faciliter le repérage dans le labyrinthe des remédiations possibles.

La modélisation « émotions/ressentis » : c'est la carte routière
Les remédiations : c'est le véhicule.

Mon travail, dans sa temporalité, défie toutes les lois de la thérapie. Et pourtant, je me suis habituée à cette injonction de rapidité...signe des temps peut être ? et c'est toujours avec un étonnement renouvelé que je constate à quel point l'humain s'adapte, à quel point, même dans des situations où le symptôme est identitaire, les patients parviennent, avec juste un peu d'aide, à réaménager un petit changement qui fera la différence. Ces changements ne se produisent que s'il y a une très bonne alliance thérapeutique. Cette approche oblige à s'impliquer dans la prise en charge, le travail est fait des deux côtés de la relation ! Et les patients me rappellent toujours que le changement, ce n'est pas dans la tête...c'est dans le corps !

Je remercie tous les professeurs de l'AREPTA pour les savoirs transmis avec passion, ma vie professionnelle s'est enrichie et a considérablement changé grâce à vous, MERCI !

Etudes de cas

Exemple clinique Mr L	→ la peur	29
Exemples cliniques Mme G	→ la tristesse	31
Exemple clinique Mr F	→ idées récurrentes	35
Exemple clinique Mr Q	→ trouver sa place	38
Exemple clinique Mme G	→ Ralentir	42
Mme b Pneumo	→ tremblements	44

Exemple clinique Mr L → la peur

Monsieur L est un patient de 77 ans, il est hospitalisé pour décompensation respiratoire sévère après sa troisième embolie pulmonaire. Il vient de faire un passage de 10 jours en service de Réanimation. La prescription du médecin indique que ce patient « exprime des angoisses avec dyspnée ».

1^{ère} séance : 1 heure

1) → Entretien

Emotions en lien avec la peur : lors de l'entretien, Mr Lucas me signifie que pour lui c'est bientôt fini. Il sait que les médecins n'ont plus d'espoir et il me dit que c'est important d'être serein, que la mort ne lui fait pas peur. Son discours laisse apparaître une grande sérénité. Pour autant, l'indication de la prescription ainsi que ce que je perçois de ce monsieur, dans sa communication non verbale (regard hagard, peur de laisser la porte fermée, contrôle ++) me laissent croire qu'il n'est pas si serein que cela : Son discours est serein, mais son ressenti corporel ne semble pas l'être (discordance entre la construction intellectuelle et les ressentis corporels).

Je lui fais donc part de mon impression, et je lui demande s'il pense que j'ai raison de croire cela ou si, au contraire, je me trompe.

Cette question est vécue comme une porte ouverte. En effet, Il me dit qu'il s'est vu mourir en réanimation à force d'étouffer (donc on est bien dans l'émotion « peur » **avec idées récurrentes** autour du souvenir vécu comme un traumatisme). Il compare cette expérience à une noyade qui n'en finit pas. Il craint « plus que tout » de revivre cette situation. Il dit que ces souvenirs d'étouffement reviennent sans arrêt à sa mémoire.

Je l'interroge sur ses **ressentis corporels** en lien avec la peur. Il décrit une boule au niveau du plexus à 6/10 en permanence. Celle-ci était à 10/10 lorsqu'il était en grande détresse respiratoire. Il précise que ce ressenti est insupportable.

Recadrage sur la peur : est-elle utile, à quoi elle vous sert ?

Lui : Il me répond que ça ne sert à rien mais qu'il ne peut pas s'empêcher de la ressentir.

Moi : « et au final, plus vous la ressentez, plus elle vous rappelle la noyade, et plus vos pensées tournent en rond autour de ce souvenir récurrent..... Et plus ça entretient votre boule.... Et plus ça vous empêche de devenir cet homme serein que vous souhaitez être » (recadrage sur les valeurs).

Lui : « C'est tout à fait ça ».

Moi : Recadrage sur les besoins : j'ai l'impression que vous pourriez devenir cet homme serein si vous étiez sûr de ne pas revivre cette expérience..... (Aurait besoin d'avoir la certitude que cela ne se reproduira pas)

Lui : c'est ça oui.

Moi : Reformulation sur objectif : si je comprends bien, vous voudriez vous sentir serein face à ce qui vous attend... ce n'est pas le fait de quitter ce monde qui vous met à mal.Vous avez probablement eu une vie suffisamment riche pour pouvoir la quitter sans regrets (Là, je recadre

sur ses **ressources**) ; mais au final, cette boule dans le plexus, avec tous les souvenirs qu'elle draine, vous empêche d'être cette personne sereine..... Si vous n'aviez plus cette boule, est-ce que cela vous permettrait d'aller vers votre objectif de sérénité ?

Lui : oui

Moi → **Mandat** : êtes-vous d'accord pour que nous nous intéressions aujourd'hui à cette boule ? Est-ce que cela vous conviendrait de vous sentir plus confortable là (plexus) ? Est-ce que ce confort-là vous permettrait d'aller vers vos souhaits de vous sentir plus serein ?

2) → remédiation = Contenu de la séance = ce qui va permettre de mettre en place le mandat:

*Apaisement corporel avec toucher thérapeutique en lien avec la respiration (R27/ étirement des chaînes musculaires thoraciques/ massage du plexus/mouvements alternatif des épaules)

* associé à séance d'hypnose légère et recadrage sur la sécurité

*associé à travail précis sur le ressenti corporel d'inconfort : visualiser la boule + mouvements alternatifs réalisés au niveau des épaules en étirant légèrement les chaînes musculaires scapulaire (techniques HTSMA adaptée) // visualiser la boule + technique « j'accueille/j'accepte » associé à verbalisation hypnotique autour du confort, de la sérénité, de la dilution, du lâcher prise

Fin de la séance : Monsieur Lucas respire plus tranquillement. Le ressenti d'inconfort a baissé, et il se sent à 3/10. Nous convenons que c'est suffisant pour la séance.

2^{ième} séance : le lendemain matin 40 minutes

Mr G a bien dormi. L'IDE n'a pas donné le Xanax compte tenu du fait que je repassais ce matin, et pour me permettre une meilleure évaluation. Monsieur Lucas est toujours à 3-4/10. Dit se sentir plus serein. La séance lui a fait du bien. Il semble s'en être saisi en profondeur, car il me dit que maintenant, il fait les choses tranquillement, sans paniquer, il prend son temps et de cette manière, il se sent mieux, respire mieux, et que c'est plus tranquille.

Je réalise le même genre de séance que la veille. Celle-ci sera beaucoup plus courte car elle ne comporte ni l'entretien, ni les recadrages.

Cette séance aura pour fonction d'approfondir et de renforcer les acquis de la première séance.

En fin de séance, Monsieur Lucas est confortable, la boule a complètement disparu. Il est à zéro au niveau du ressenti d'inconfort.

Suggestion ost-hypnotique : laissez tranquillement cet apaisement gagner toutes les cellules de votre corps, observez.

Il sort le lendemain. Je n'aurais pas d'autres nouvelles.

Exemples cliniques Mme G → la tristesse colère

1 ère séance 1heure 15

Me G est en deuxième semaine de cure de sevrage alcoolique. Elle a 60 ans, 2 enfants jeunes adultes, elle est séparée du père de ses enfants. Elle fait partie de la communauté des gens du voyage, mais s'est sédentarisée en devenant maman afin de donner la meilleure éducation possible à ses enfants. A ce jour, sa fille termine Sciences Po et son fils est en première année de droit. Elle évoque le syndrome du nid vide pour expliquer sa récente consommation d'alcool (alcoolisme qui date de 2015). La séance se fera avec un recadrage important sur les émotions, et avec, à l'appui, une modélisation simplifiée qui a permis un repérage et a soutenu mes suggestions et le travail intérieur de positionnement de la patiente.

1) → entretien

*L'entretien laisse apparaître un **syndrome dépressif** pour lequel elle est traitée. Elle dit ne jamais pleurer « parce qu'il faut être forte dans la vie » « je résiste ». En effet, c'est elle qui « tient la famille », dit -elle. Pourtant, pendant son hospitalisation (pas en séance), elle pleure pour la première fois (ce qui vient valider l'idée que la dépression est un manque de tristesse !) **Recadrage sur la dépression** → Je lui explique l'utilité de l'émotion de la dépression, puisqu'il s'agit du symptôme majeur : La tristesse est une émotion utile pour à tourner la page. La tristesse baisse l'élan vital. Je lui précise que c'est intéressant de se sentir plus « mou » pour « aborder les virages difficiles de la vie en douceur ». Je poursuis en précisant que son corps, en s'autorisant à verser des larmes, se permet, pour la première fois, d'accueillir la tristesse, et ces larmes sont déjà un premier pas pour sortir de la dépression. Elle semble se saisir de ces recadrages.

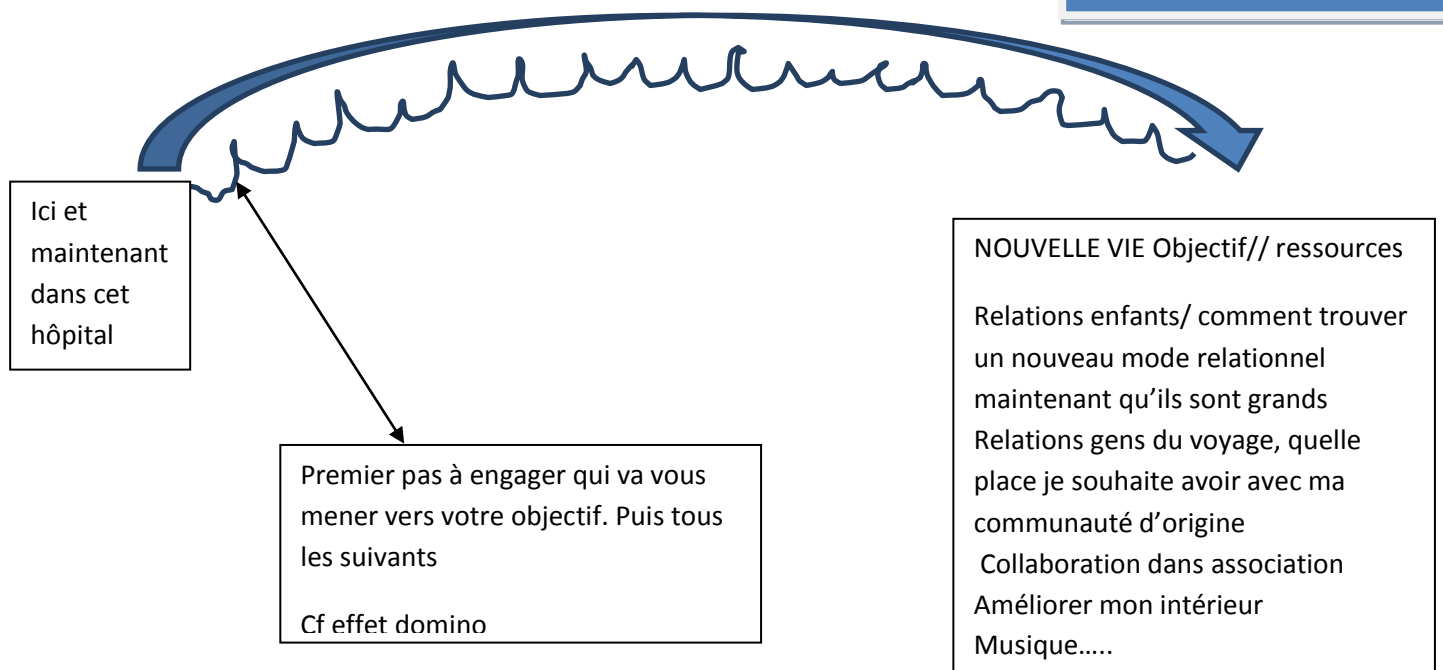
*je la questionne sur sa **place dans la vie**, dans sa famille, dans sa communauté. Elle dit se sentir différente, pas tout à fait intégrée dans sa communauté, plus à sa place dans la famille. Je fais le lien avec la colère, car les problèmes de « place » renvoient à cette émotion tiroir. **Recadrage sur la « colère »** : Je lui explique que l'autre émotion est la colère, c'est encore un mot « tiroir » et que cette émotion est en lien avec la notion de territoire, avec la manière de trouver sa place dans la vie (famille, vie professionnelle, choix assumés ou pas....). Si la colère était un mot ce serait « NON ». Ce « NON » vient affirmer les choix de la personne. Je lui explique que trop de colère mène à la violence, verbale ou physique. S'il était un geste pour la colère, ce serait le coup de poing.

→ A ce sujet elle me dit avoir « pété les plombs » (**niveau +10 de la colère**) récemment lorsque ses enfants, inquiets de son état de santé, venaient lui faire « la police ». Elle dit s'être sentie épiée, jugée.

Moi : Je lui explique que la colère pourrait aller de -10 à +10 .La violence verbale ou physique se situe à +10. Je lui demande si c'est ok pour elle de défendre son identité de cette sorte, avec la violence dont elle a fait preuve en « pétant un plomb ». Elle me dit que non, et se reproche d'avoir agi ainsi. Je lui précise que la colère, pour être tenable, doit situer proche d'un niveau « 0 » : trop de colère mène à la violence, pas assez de colère mène à des situations de soumission. Le niveau « 0 » permet de se poser sans s'opposer, de s'affirmer et de trouver sa place sans conflits et sans « s'écraser ».

Trouver sa place... je fais le lien en lui suggérant que la **tristesse** dont elle me parlait au début de l'entretien, lui signifie qu'elle doit **tourner la page** (je sors un schéma simplifié de la modélisation des émotions, et je réfléchis avec elle). Je lui demande si elle sait de quelle page il s'agit ? Elle fait le

NOUVELLE VIE



lien avec la vacuité de sa vie actuellement et la nécessité de renégocier une nouvelle place (trouver sa place = aller dans la case « colère »). Elle se sent connectée au vide, à l'inutilité (**ressenti corporel de la dépression**). Je lui précise que la dépression empêche de trouver sa place, car la dépression est une émotion statique, immobile, une émotion qui la met au fond du trou. Je lui « vends » qu'il est possible qu'elle se trompe d'émotion. Je lui précise qu'elle ne me semble pas avoir de deuil à faire, sinon un deuil symbolique. En effet, ses enfants sont toujours en vie, et elle n'est pas menacée par une maladie grave (du coup, ça relativise les problèmes, une forme de recadrage). Sur le schéma, je lui montre où elle est : je mets le crayon sur la case dépression, et je lui suggère que la solution est de remonter dans la case « colère » car la colère permet de « trouver sa place, toute sa place, rien que sa place ». Elle opine de la tête, manifestant que cela fait écho chez elle. Il importe maintenant de réfléchir à la place qu'elle souhaite occuper auprès de sa famille, auprès des gens du voyage, de ses enfants, des associations, de la musique (qu'elle ne pratique plus depuis longtemps). Je la réoriente sur ses **ressources** dont elle ne me semble pas démunie. Je la fais parler de ses désirs, des pistes possibles, son visage s'éveille.

*elle poursuit en évoquant de récentes crises d'angoisse massives qu'elle est incapable de gérer depuis une semaine (bien qu'elle soit sous anxiolytiques) **case de la peur dans le schéma des émotions**. Elle s'inquiète énormément de ces nouveaux ressentis corporels, et interprète qu'elle va de moins en moins bien.

***recadrage sur la peur** : je lui signifie que la peur signale un danger. Je lui demande de quel danger son corps la prévient quand il manifeste des crises d'angoisse. Elle me répond qu'elle a peur de sa violence, manifestée récemment lorsque ses enfants se sont préoccupés de ses problèmes d'alcool (violence verbale à l'égard de ses enfants, avec jet du téléphone contre le mur et jet de tablette). Je reformule ses dires en précisant que ses enfants sont venus l'approcher d'un peu trop près dans son espace vital, d'où ressenti de colère poussé à son expression extrême (violence majorée par l'alcool et les antidépresseurs). Elle s'est sentie ensuite dégoûtée d'elle-même majorant le sentiment de dépression et l'envie de rester « au fond ». Mme G se sent bloquée dans sa peur d'elle-même et de ses réactions violentes inhabituelles, avec idées récurrentes à ce sujet, auto-entretenant les émotions fortes. Je l'interroge sur la posture qu'elle souhaite prendre pour sortir de ce contexte, et la guide sur les solutions « stratégiques » en lui indiquant que, ... **»si j'ai bien compris** ».... La chose utile pour elle va être de travailler à retrouver sa place malgré le « nid vide » et à repenser sa vie, à prendre le virage du changement qui va l'amener à se poser, ni trop, ni trop peu (**forme de mandat**).

***Recadrage dessiné** : Je propose un schéma, qui montre une croix pour préciser où elle est aujourd'hui, une flèche qui indique le chemin qu'elle doit parcourir pour aller vers qui elle EST vraiment. Cette flèche mène au cadre « nouvelle vie ». Soit, une perspective de vie convenable pour elle. La flèche représentant le chemin à parcourir. Je lui demande quel va être le premier petit pas qu'elle pourra réaliser et qui la mettra sur le bon chemin, je lui dessine tous les autres pas qu'elle devra faire, en lui parlant de l'effet domino.

→ **Recadrage joie : Question** de type solutionniste :

- A quoi vous sauriez que les choses auraient changé pour vous ?
- Qu'est-ce que vous pourriez faire de différent si vous étiez cette femme qui trouve sa place ?

(Je cherche ici à mobiliser l'absent implicite, c'est-à-dire à donner la ressource qui correspond au besoin non couvert : trouver sa place. Il s'agit d'une personne dépressive, mais la dépression est réactionnelle au départ de ses enfants et à la place qu'elle a perdue dans la communauté des gens du voyage. Je postule qu'elle pourra sortir de son état dépressif si elle se reconnecte à ses ressources. Je

le fais en matérialisant la séance autour du graphique de la page précédent. Les ressources se trouvent dans la case « nouvelle vie ». Comme les séances n'entrent pas dans un suivi régulier, je pense utile de faire une séance qui lui permette de repartir avec le « mémo » de la séance, pour qu'elle garde avec elle une « feuille de route ».

Si on reprend la modélisation, on pourrait dire que cette personne est « serpilllo-dépressive ». Son but est d'être en joie. Ceci est impossible puisqu'elle est bloquée dans des émotions inconfortables. La remédiation a pour objectif de l'amener à « remonter » dans la case de la colère au niveau proche de « 0 », donc de travailler sur l'affirmation de soi, autrement dit : trouver sa place. J'ai montré à cette patiente la modélisation en lui donnant ma traduction de sa posture émotionnelle. Ceci a constitué un recadrage important. Elle est passée d'une posture bloquée dans la dépression, à une posture ouverte sur des solutions, des possibles. N'oublions pas que le rôle de la séance est de faire bouger les lignes.

Fin de première séance : Mme G se dit plus apaisée. La compréhension de ce qu'elle vit en ce moment lui permet de ressentir moins d'angoisse. Les perspectives d'avenir la mettent en selle pour aller vers une meilleure perspective d'elle-même et faire des choix. Je n'ai pas fait de travail corporel ni d'hypnose, pas de question miracle non plus (elle est implicite lorsque je lui propose les perspectives d'avenir). J'ai juste pratiqué des recadrages. Il me semble que cette séance a permis de mettre du mouvement là où les choses étaient figées. Elle se dit plus confortable, elle passe de 5/10 à 3/10 sur une échelle d'inconfort. Comme elle part le lendemain midi, je propose de la revoir le lendemain en lui donnant quelques tâches :

- Observer à quel niveau d'inconfort elle est dans le courant de la journée, et s'interroger sur ce qui fait monter le niveau d'inconfort.
- Penser au premier pas qu'elle pourra entreprendre pour aller vers l'activation de ses ressources (objectif)
- Et penser à ce qu'elle souhaite mettre en place pour remplir la case des objectifs.

2^{ème} Séance

Je pensais réaliser une séance basée sur l'hypnose et travailler sur la capacité à se positionner, à trouver sa place....pour finir la séance de la veille. Mais les éléments du contexte ont amené d'autres variations. En effet, elle a reçu un appel de son fils (19 ans en école de droit) lui signifiant qu'il ne pouvait plus lui faire confiance, qu'il n'accordait aucun crédit à son « abstinence », que si elle rebuvait une seule fois, la relation était rompue, et qu'il ne souhaitait pas venir pour les fêtes de NOËL. Madame G dit s'être sentie mieux après la séance, et à nouveau très mal depuis ce coup de fil où elle ne « fait que pleurer ».

→ **Recadrage sur la tristesse** :

Moi : Je lui précise que l'alcool n'est plus là pour masquer les émotions,

Elle : reconnaît que sous alcool, elle n'aurait pas pleuré.

Moi : Je la rassure en lui signifiant que c'est plutôt une bonne chose de pleurer, car « cela doit vraiment rendre très triste une maman de percevoir du rejet de la part de son fils, tandis qu'elle a tout fait pour aider ses enfants à se hisser sur l'échelle sociale, au prix de s'être distanciée de sa culture d'origine, jusqu'à se sédentariser pour eux etc.... » (**Compliments**). Je lui précise aussi que les larmes représentent l'émotion adaptée car cela lui signifie qu'elle doit **tourner la page.... (Recadrage sur l'émotion de tristesse)**... Je me demande bien, lui dis-je, de quelle page il s'agit ? Elle continue de pleurer. Je verbalise quelques pistes qui pourraient lui signifier les pages qu'elle aurait à tourner : l'alcool, ... le lien avec ses enfants trouver une autre manière d'être dans sa vie Je sens

qu'elle fait un travail intérieur, je la laisse pleurer en verbalisant quelques paroles pour l'aider à faire l'expérience de la tristesse. C'est une personne dépressive, qui ne pleure pas habituellement, et les pleures contribuent justement au travail de deuil, je l'encourage à vivre profondément et jusqu'au bout cette émotion, lui prend la main pour lui signifier mon soutien.

→ **Recadrage sur « la colère »** Elle se calme, ça va mieux. Après quelques échanges :

Moi : petite moment d'intériorisation hypnose légère : fermez vos yeux... recentrez-vous sur votre expiration... laissez venir à vous ce sentiment d'apaisement... comme quand vous allez vous promener sur la plage...après la tempête....pendant que la marée descend.... Le sable est tout lisse... la tempête à laissé les débris sur le rivage ... et vos pieds sont les premières empruntes, sur ce sol ferme et humide... et laissez venir à vos yeux ce jeune soleil tout propre... qui pointe à travers les nuages... peut-être voyez-vous ces percées de ciel bleu... et les nuages sont toujours là ... mais ils se dilatent... certains ont déjà été chassés par le vent... on dirait que le ciel est plus large etc (l'idée est d'accueillir la tristesse, pour pouvoir tourner la page, afin d'aborder l'émotion qui se situe dans le tiroir « colère », soit trouver sa place).

Elle : Ca m'a fait du bien.

→ **Position haute** : la chose importante, maintenant, va être de garder le lien avec votre fils, en vous permettant de créer plus de collaboration avec lui. comment allez-vous vous y prendre pour apaiser la relation, recréer un lien de confiance ?

Elle : Me mettre en colère et lui dire qu'il n'a pas à me parler comme ça.

Moi. je lui précise qu'elle risque d'aller au conflit, « est-ce que c'est vraiment ce que vous voulez ? Comment risque-t-il de réagir à cela votre fils ? »

Elle : « Non, vous avez raison, je ne veux pas me fâcher ».

Moi : « Ne n'ai pas de point de vue, ni de jugement là-dessus... c'est vous qui choisissez et savez comment vous souhaitez que les choses se passent. Vous n'avez pas la main sur la manière dont votre fils va réagir, vous pouvez faire des suppositions ; en revanche, vous, vous pouvez faire le choix de votre positionnement ».

Elle : « Oui, mais ce qui est important pour moi est de garder le lien avec mes enfants. Donc, je ne veux pas me fâcher ».

→ **Proposition** : je lui propose de mettre en place des relations d'assertion, d'exprimer ses besoins et ses ressentis, et de faire des demandes claires de ce dont elle a besoin dans sa relation à son fils. Je lui explique les techniques d'assertion. Elle semble s'en saisir.

→ Je ne dispose pas de plus de temps, donc, je tâche de lui donner des pistes qui pourront l'aider à réfléchir sur le sens de ses émotions, et la manière dont elle souhaite faire ses choix.

Cette femme était en sevrage alcoolique lorsque j'ai fait ces séances. J'ai eu l'occasion de la revoir en hospitalisation complète quelques temps plus tard (en groupe cette fois-ci) et elle m'a remercié pour le travail effectué lors de ces deux séances, qui l'ont aidée à comprendre les choses différemment, et à faire des choix. Elle me dit se sentir moins dépressive, plus à même de faire face aux situations, malgré le contexte difficile pour elle. Elle se sent mieux corporellement.

Comme tu peux le voir, chère stagiaire, une séance passe par toutes les émotions. La première séance est un peu spéciale, car je n'ai fait que du recadrage, et j'ai parlé beaucoup. Tous les recadrages que j'ai faits sont en lien avec la modélisation

Exemple clinique Mr F → idées récurrentes, ruminations.

Patient de 79 ans, traité pour un cancer ORL et poumons. Les douleurs sont à 10/10 à son arrivée dans le service de pneumo. Actuellement les douleurs sont à 3/10 avec les traitements, et l'angoisse est à 4/10.

Mr F se sent mieux depuis son hospitalisation. Le contact se fait de manière très logorrhéique, en effet, Mr F parle sans arrêt. Il s'exprime avec de nombreuses métaphores pour parler de son ressenti : « ça va trop vite, ça ne s'arrête jamais » » je suis dans le TGV, mais en fin de wagon, je ne conduis pas » (métaphore de perte de contrôle ?) »Le problème c'est quand ça va faire boom ». « Ça ne s'arrête jamais là-haut ». Il parle de souvenirs, associe rapidement d'une idée à une autre, tout en restant très conceptuel. Il parle parfois de lui : « je suis toujours à me demander, ce qui a été oublié, le médicament qui n'a pas été donné, je regarde partout (état d'éveil actif témoignant souvent d'un besoin de contrôle et souvent source d'anxiété). L'entretien se fait comme ça, je surfe sur ses métaphores, et lui fait comprendre que ce serait peut-être plus confortable pour lui si ça allait un peu moins vite. « Mais ce n'est pas possible, j'ai toujours été comme ça ». Il accepte finalement d'expérimenter une autre façon d'être, juste pour voir ce qui se passe.

Il s'agit d'un monsieur avec un bon niveau de culture, ayant été très actif. On peut dire que ce monsieur est dissocié : ces intentions ne sont pas en lien avec ses actions. En effet, il veut mettre son esprit au repos, mais ses actes (psychiques) lui empêchent l'accès à la touche « pause » de ses fonctions cérébrales.

Il me semble que la manière la plus efficace est de partir des idées récurrentes (du symptôme) pour aider ce monsieur à se réassocier. Il reconnaît être anxieux parce que son esprit « tourne en boucle », pour autant, il n'est pas connecté à des ressentis corporels anxieux, type boule au plexus, au ventre....

Je lui propose de faire quelques expériences et de voir s'il lui est possible d'appuyer lui-même sur la touche « pause » de son ordinateur personnel. Je recadre en lui demandant si ses ruminations lui sont utiles pour résoudre ses problèmes ou pas (il me dit que ça ne résout rien et que ça tourne en rond sans réponse). Je **recadre sur le rôle du cerveau**, en lui rappelant que le cerveau sert à résoudre des problèmes, à planifier, à trouver la bonne posture pour s'adapter etc.... mais pas à tourner en rond. « C'est comme quand vous êtes en voiture, ça ne sert à rien de faire 100 fois le tour du rond-point, à un moment il faut prendre la sortie pour aller à destination ».

Remédiations /expérience proposées

Observer le flux des pensées : Je lui propose, en premier exo de quelques minutes, juste de voir ce qui se passe et comment s'enchaînent les idées. « Fermez les yeux et soyez l'observateur qui observe ce qui se passe au premier étage de la tour de contrôle ». Il vit cette expérience et exprime qu'il va d'une idée à l'autre, le bruit de l'oxygène lui fait penser à une fontaine, qui lui fait penser à un chantier en 1984, il relate l'enchaînement continu des idées. Je le félicite de son acuité mnésique, etc.

→ Contact frontal⁴+ laisser filer les idées : Je lui propose un deuxième exercice : je pose ma main sur son front (le contact frontal permet d'apaiser le flot des idées) et lui suggère de laisser filer les idées, sans s'y attacher, de mettre son esprit en pause, de laisser venir la sensation de son corps, de sa respiration, de laisser son esprit comme deux fenêtres ouvertes, une qui laisse entrer les idées, et l'autre pour les laisser sortir. Puis je métaphorise en lui parlant des nuées d'étourneaux qui s'approchent se resserrent, de dilatent s'éloignent, se forment se transforment en ruban, se regroupent puis disparaissent etc.

Lui : il dit avoir observé que ses idées peuvent en effet se mettre en veille et s'apaiser. Il dit ensuite, être parti très loin, avoir « voyagé » et avoir retrouvé un souvenir de ses 10 ans quand il était en retraite avant sa communion, où il avait fait l'expérience de se sentir serein dans un groupe d'enfants et de religieux. Il me parle de cette expérience.

→ Souvenir sécure : Je lui propose en fin de faire une expérience d'hypnose légère en retrouvant ce souvenir sécur.

En fin de séance, il observe que les douleurs ont disparu, et que les angoisses sont elles aussi à 0. Il s'étonne de se sentir plus calme. Je lui suggère qu'il lui sera possible à tout moment, de reprendre le contrôle et d'appuyer sur la touche pause, car au final, c'est lui qui conduit et qui décide où vont ses pensées. Je le félicite et lui suggère qu'il aille quand il veut dans son endroit apaisant. Je lui signifie qu'il me semble avoir suffisamment appris pour pouvoir se saisir seul de la séance.

→ Suggestion post-hypnotique : observez tout ce qui change et chaque fois que vous vous sentez plus tranquille. Allez aussi souvent que possible dans des pensées qui vous font du bien.

Je n'ai pas revu ce monsieur, qui a quitté le service 2 jours plus tard. I

⁴ Le contact frontal consiste à poser sa main sur le front du patient. Le front correspond aux fonctions exécutives (planification, inhibition, réflexion, images mentales...facilite la mise en place d'images mentales ou l'inhibition de la machinerie mentale. Cela aide a la concentration et à l'apaisement.

Exemple clinique Mr Q → trouver sa place

ENTRETIEN

Patient de 41 ans qui vient pour une cure de sevrage alcoolique. La prescription du médecin signale une anxiété majeure. L'entretien laisse apparaître les éléments suivants : Monsieur Q se dit « toujours stressé », avec des signes de type : main moites, cœur qui s'emballe, bégaiement, boule au ventre en permanence.

Au moment où je le vois, et pendant son séjour en service d'addictologie, il dit être « cool », avec une ressenti d'inconfort à 2/10. Mais cette boule peut monter à 10/10 dans la vie courante dit-il. Il reconnaît que le milieu hospitalier est une bulle protectrice où les sources de stress sont minorées. A 2/10, j'observe de mon côté un monsieur qui bégaié, avec une crispation des mâchoires, associée à de légers tremblements du menton et de la bouche, la respiration est courte, les mains sont moites, la posture dans le fauteuil semble inconfortable, et la mobilisation des bras met en évidence des paratonies (incapacité de détente musculaire du muscle au repos) : je fais le lien avec l'émotion « colère » version « pas assez de colère, de sorte que la colère va s'emprisonner dans les muscles.

Il se plaint de ne jamais avoir eu sa place dans la famille (ça se vérifie : colère = trouver sa place) dit être le 2^{ème} sur une fratrie de 3 et, « comme tous les 2^{ème}, on ne trouve pas sa place ! ». Il dit s'être senti « délaissé » par ses parents.

Il regrette d'avoir réussi à 18 ans le concours de l'école BOULE, mais ne pas y avoir fait ses études, le père demandant que son fils reprenne l'entreprise de menuiserie. Il a pour projet, dans l'année, de se représenter au concours de cette école. Il dit avoir le sentiment de ne pas avoir de « direction », de ne pas avoir sa place, évoque avoir le sentiment que ses parents « pensent pour lui » (Relation ++ indépendance -- soit : la relation sans la liberté, ce qui valide le fait que la personne se situe dans la case « colère » niveau -10 soit « serpillère).

Monsieur Q est peu bavard, étaye assez peu, malgré un bon niveau d'élaboration et de bonnes ressources me semble-t-il.

Il dit avoir pratiqué le sport de haut niveau, avoir des compétences artistiques qu'il n'exploite pas.

Concernant son rapport à l'alcool, il reconnaît que la fonction du produit est de faire baisser le niveau de stress.

Recadrage reformulation

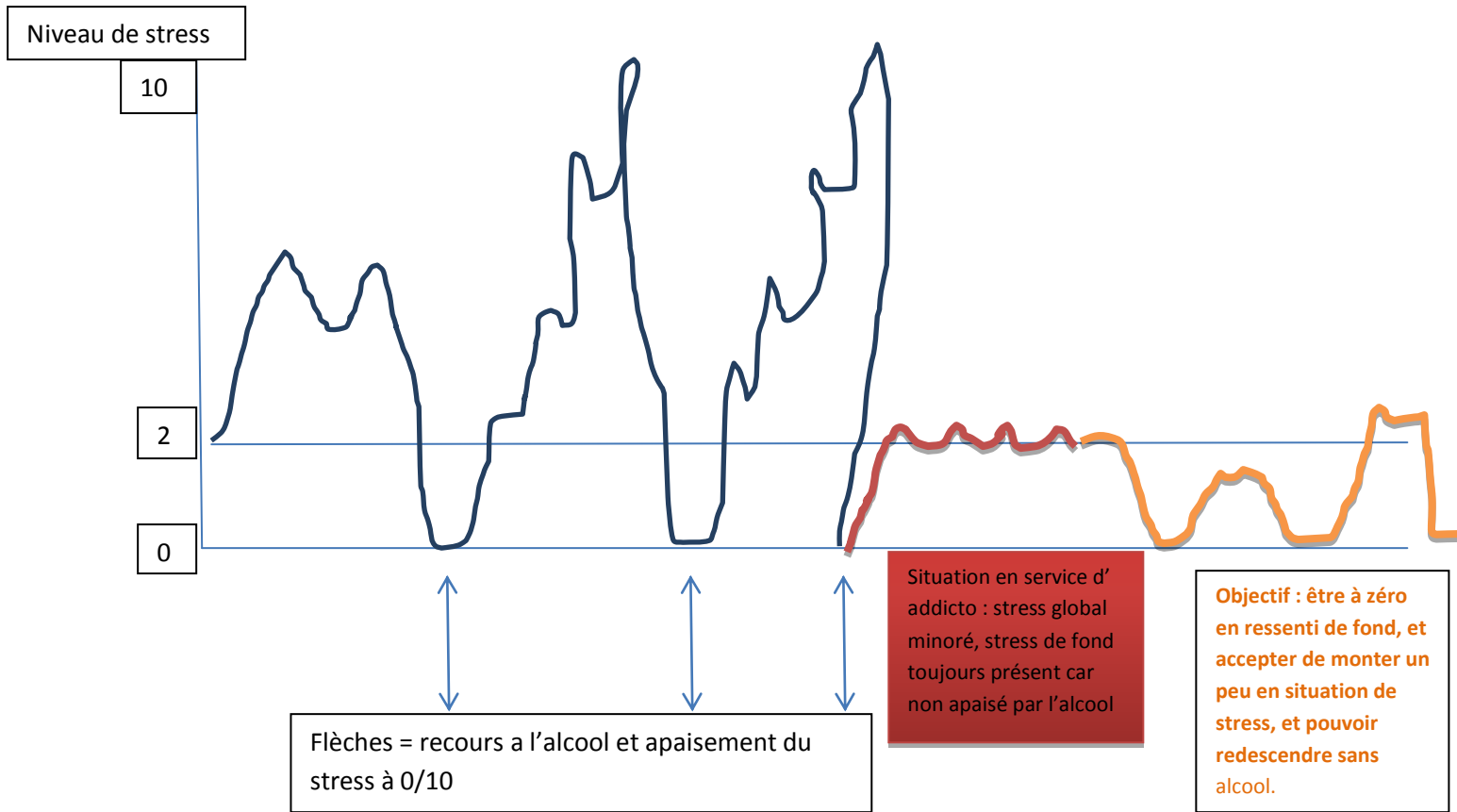
Moi : « Si j'ai bien compris, votre niveau de stress est toujours élevé. Pour le baisser, vous avez recours à l'alcool (je commence à faire un recadrage avec support graphique pour que l'intégration soit à la fois visuelle et verbale : cerveau gauche et cerveau droit. cf. : le dessin ci contre). L'alcool vous permet de le baisser au niveau zéro). Actuellement, en cure de sevrage, vous n'avez pas recours à cette « solution » pour retrouver des ressentis corporels confortables, et vous êtes en permanence à 2/10, car le cadre de l'hôpital est rassurant, confortable, et non stressant.

Lui : il est ok avec ça. L'opinement de la tête atteste l'intégration du recadrage.

Mandat : « Est-ce que vous êtes d'accord pour dire que ce qui est important aujourd'hui, est que vous puissiez aller vers un niveau d'inconfort à 0/10 en ressentis de base, c'est-à-dire quand les choses vont bien ? Tout en acceptant des ressentis corporels moins confortables en fonction du contexte.

Question : « A quoi vous saurez que les choses vont mieux » (question miracle pour anticiper la vision d'avenir).

Lui : Il me donne les éléments qui l'amèneront à observer que c'est mieux (ne bégayerai plus, commencerai à instruire un dossier pour entrer à l'école Boule, mettrai ses papiers à jour, se sentirai plus sûr de lui etc.).



Remédiation psychocorporelle

Séance d'hypnose avec l'usage de la frite de piscine (s'allonger sur le dos avec un frite le long de la colonne vertébrale, lâcher tout le poids de son corps, à chaque expire... relâcher un peu plus les épaules, le dos, laisser la frite apaiser le corps...). Ce travail de détente neuromusculaire me semble être la base pour ce monsieur présentant de gros troubles toniques, qui l'empêchent de toute évidence de se sentir « bien dans ses baskets ». C'est une remédiation que je pratique souvent en addicto avec des patients paratoniques.

Séance d'hypnose associée avec métaphore d'autonomie (ce monsieur vit chez ses parents depuis sa séparation).

→ Et plus vous écrasez la tige, et moins votre dos ressent sa présence, comme si votre corps avait mis de côté ce tuteur pour pouvoir se sentir de plus en plus libre et léger. Laissez les pressions disparaître (il s'agit de la sensation de pression de la frite qui disparaît à mesure de l'exercice).

→ Et votre corps sait très bien retrouver tout seul le confort, laissez le faire... dissociation ++ réification. Laissez vos ressentis observer que plus le corps est détendu, et plus les idées récurrentes se dissipent. Observer comme le contrôle cérébral se met en place naturellement.

Mouvements alternatifs des épaules pour intégrer le changement.

Au moment d'enlever la frite, le ressenti corporel est toujours très différent, laissant apparaître une sensation de légèreté. Cet exercice procure toujours un profond apaisement. Il arrive souvent que les patients parlent de cet exercice comme faisant l'effet recherché par les produits. Il contribue grandement au travail sur l'axe corporel, au redressement.

→ **Métaphores de séparation au moment où j'enlève la frite** : et vous pouvez observer le confort qu'apporte le fait de se séparer enfin de cette tige (métaphore de tuteur). Je me demande bien s'il était besoin de garder cela aussi longtemps. Observez comme votre dos vous semble bien droit maintenant, voilà, laissez-le prendre toute sa place, vous sentez comme cela libère ? (métaphore de la séparation d'avec les parents (tuteurs).

Lorsqu'on enlève la tige, en général, la personne entre en hypnose profonde.

Monsieur Q est manifestement en hypnose profonde. Je refais quelques dissociations et confusions, et je réinjecte les éléments qui me semblent importants dans ce que j'ai ressenti des besoins de ce monsieur (affirmation de soi, trouver sa place, se poser, aller vers ses objectifs etc.

En fin de séance, Monsieur Q me dit qu'il se sent « super bien », il me semble qu'il ne bégaye plus.

Je lui donne en tâche l'exercice à faire avec la frite de piscine.

2^{ème} séances :

Je repasse voire Mr Q à une semaine d'intervalle. Il dit s'être senti fatigué et relaxé après la séance et se sentir globalement mieux.

- il n'a pas eu le temps de faire les exercices que je lui avais suggérés avec la frite (je le félicite d'aller mieux, naturellement, sans avoir rien fait de spécial pour cela).
- Il dit se sentir beaucoup mieux « ça n'a rien à voir ».
- L'inconfort dû à la boule dans le ventre oscille entre 0 et 1.
- Il dit ressentir moins de stress. N'a plus eu, depuis la dernière séance, de palpitations cardiaques.
- Il a vu ses parents le week-end et observe que ça s'est bien passé (a pu dire les choses sans offenser et en recueillant l'attitude souhaitée de la part de ses parents).
- Il s'est remis au sport,
- il s'est reconnecté à ses activités favorites pendant le week-end de permission : à pris goût à dessiner, lire et bricoler.
- Il a observé qu'il va davantage vers les autres, et qu'il ne bégaye presque plus.

De mon côté, je trouve aussi le changement est tout à fait perceptible.

Pour résumer :

Ce monsieur va globalement beaucoup mieux, il reste encore une boule dans le ventre à 1/10 et les mains qui sont encore moites. J'observe encore des tensions musculaires auxquelles il n'a pas accès mais compte tenu de la durée moyenne de séjour, je ne pense pas judicieux de vouloir aller trop loin. Le travail réalisé constitue déjà un changement important et suffisant vu le temps qui nous est imparti.

Lui me fait la demande d'être à 0/10 de ressenti inconfortable (Il s'agit du ressenti de boule dans le ventre, responsable du stress, du bégayement dit-il).

J'interroge cette demande, et recadre sur le sens des ressentis corporels et leur fonction.

Travail en séance :

Nous travaillons donc sur cette demande (disparition de la boule au ventre) en HTSMA et en hypnose légère (quelques techniques qu'il peut réutiliser en autonomie).

Recadrage sur les informations qu'apportent ces ressentis corporels.

Nous abordons les perspectives d'avenir (question type question miracle : à quoi vous pourrez observer, tous les jours, que vous êtes sur le chemin qui vous convient et que vous devenez l'homme que vous souhaitez être ? fermez les yeux et dites-moi ce que vous percevez).

Cette approche permet à Mr Q de savoir lui-même vers quel objectif il souhaite tendre, ce qui lui donne un cap, et renforce sa capacité à s'y diriger.

Je lui glisse au passage un proverbe Touareg qui précise que « si tu vas dans le désert et que tu ne connais pas ta destination... tu risques de marcher longtemps ! ».

Nous abordons ensuite une visualisation sur une prise de parole en public (ce qui lui fait peur du fait de son bégaiement potentiel, notamment lorsqu'il aura besoin de se présenter au concours de l'école Boule).

Abordons enfin la question de l'échec.

Je lui propose enfin des tâches à faire chez lui et négocions sur sa capacité à s'approprier ces exo.

Il ne ressent plus la boule dans le ventre à la fin de la séance. Il dit se sentir plus sûr de lui, et déterminé dans la direction qu'il souhaite prendre (reprendre ses études à l'école Boule où une place l'attend).

Je ne revoie plus cette personne qui termine son séjour. Le médecin qui continue à le suivre me dira plus tard qu'il ne bégaye plus.

Exemple clinique Mme G → RALENTIR

Je rencontre cette patiente de 54 ans qui est hospitalisée en rhumatologie pour des **douleurs à la hanche** et aux fesses, qualifiées d'insupportables par la patiente, et qui empêchent partiellement la marche. Le kiné est passé la voir 2 fois, les mobilisations ont provoqué une majoration de la douleur. Elle m'explique sa maladie, en précisant que tout a commencé le 10 mai 2016, un matin, elle ne pouvait plus se lever, elle a été hospitalisée, le diagnostic a été fait, il s'agissait d'une infection. Traitée aux antibiotiques, elle allait mieux, mais refait rapidement un épisode infectieux avec septicémie et un passage de 10 jours en Réa, dont elle n'a aucun souvenir. Depuis elle est rentrée chez elle. Au vu de la nouvelle majoration des symptômes, son rhumatologue propose une hospitalisation d'urgence dans le service, où elle se trouve depuis 4 jours, lorsque je passe la voir le 13/02/2017. Elle me précise que sa hanche est dans un très mauvais état et que les séquelles sont irréversibles.

Moi : que s'est-il passé vers le 10 mai ?

Elle : elle m'explique qu'elle n'en pouvait plus depuis déjà des années, qu'elle était coiffeuse, qu'elle a travaillé très dur, sans pouvoir ralentir le rythme du fait de son statut d'artisan. Sans poser plus de questions, elle continue à se décaler de ses symptômes et me parle de sa vie, de ses frustrations, du fait qu'elle n'a jamais pu trouver sa place dans sa famille, que son père aurait voulu une petite princesse et qu'elle ne convenait pas à l'image que son père se faisait d'une petite fille. Qu'elle n'a jamais pu dire non à personne, qu'elle s'est toujours positionnée comme un bon petit soldat. Elle ajoute qu'elle a passé sa vie à répondre aux exigences des autres, entretenir la maison, le jardin, travailler éduquer ses enfants, s'occuper de son mari, être une bonne cuisinière... Et surtout être au top sexuellement pour « satisfaire les besoins de monsieur ». Elle dit qu'elle n'en pouvait plus... (C'est clair, elle est dans la case « colère » tels que l'attestent tous les éléments du discours : soumise à son mari, ne parvient pas à dire non, veut satisfaire aux désirs de l'autre, ne trouve pas sa place même si elle semble être sur tout les fronts).

→ **Recadrage** : ce qui vous arrive.... Là.... C'est plus un problème... ou plus une solution pour dire stop ?

Elle : d'emblée, et avec un soupir de soulagement, elle me répond que c'est une solution. « De toute façon, je n'aurais jamais pu continuer comme ça dit-elle, mais je ne pouvais pas m'arrêter non plus ». Vous êtes la première à me comprendre comme ça me dit-elle.

→ **Question** : De ce que vous me dites là, j'ai l'impression que vous avez fait comme un burn out, que votre corps vous a permis de vous arrêter, car il n'en pouvait plus. Je comprends bien que ce qui vous arrive est terrible, mais c'est peut-être la seule solution que votre corps ait trouvée pour vous préserver et vous faire comprendre quelque chose de très important (**intention positive du symptôme**).

Elle : elle signifie que c'est la première fois que quelqu'un prend le temps de parler avec elle comme ça, et elle semble réellement apaisée et en confiance. Elle valide et donne des exemples qui signifient que son corps a pris la main sur des décisions qu'elle ne pouvait pas prendre.

→ **Question** : Comment vous vous sentez à l'intérieur lorsque vous me racontez tout ça ? Comment ça résonne en vous ?

Elle : de la trahison, de la colère

Moi : Comment ça fait à l'intérieur ?

Elle : ça bouillonne

Moi hum (voilà, c'est bien de la colère).

Elle : en confiance, elle me relate des passages plus intimes de sa vie, une tentative de suicide à 14 ans, et une pendaison il y a 15 ans, alors qu'elle était mariée à un musicien, alcoolique et « complètement fêlé sur le plan sexuel »... Elle venait d'apprendre que son musicien de mari avait

une autre femme, et qu'il voulait la vendre à un réseau de prostitution, pour s'en débarrasser et toucher de l'argent. Un ami couple l'a dépendue, et elle s'est remariée avec ce monsieur. Aujourd'hui, elle apprend que ce monsieur a une maîtresse, car, compte tenu des douleurs, Mm G ne peut plus lui donner de satisfaction sur le plan sexuel. Elle me dit qu'elle souhaite en finir. Qu'elle ne veut plus vivre comme ça.

Moi : que ressentez-vous quand vous me parlez de ça ?

Elle : du dégoût, du désespoir.

Moi : → **recadrage.** Votre corps vous adresse un signal fort qui signifie qu'il n'en peut plus. Vous êtes clouée au lit, et votre corps vous a sauvé, d'une certaine manière. Si vous n'étiez pas là, peut-être seriez-vous en train de continuer cette vie qui vous dégoûte et vous a mis au bout du rouleau. Votre corps a signé ce coup d'arrêt, vous pouvez peut-être le remercier, car en vous mettant dans cet état, il vous évite bien pire. Il vous avait déjà adressé des signaux d'épuisement, et vous ne l'avez pas écouté, il vous en a adressé des plus forts, et vous ne l'avez pas écouté. Aujourd'hui, il passe au braquet supérieur, et vous allez bien devoir l'écouter, lui dire merci pour cet ultime avertissement.....Etmoi, je me demande ce que vous pourriez faire de différent pour que votre corps vous remercie de l'avoir écouté. Car, il me semble que si vous ne changez rien à votre vie..... On vous retrouvera dans peu de temps dans le service Mme G.....

Moi : parlez-moi de ce que vous aimez faire

Elle : elle me dit qu'elle fait de nombreux travaux manuels, qu'elle ne peut plus faire les activités qu'elle faisait avant, mais paraît quand même en mesure de s'adapter à la situation de handicap. Elle revisite ses activités à la baisse et projette d'en faire moins. Elle précise qu'il n'est pas question qu'elle s'échine comme avant, qu'elle a vendu son commerce, liquider un grand nombre d'éléments avec sa vie d'avant, et au final, elle me laisse comprendre qu'elle a fait une croix sur sa vie d'avant. Elle continue à percevoir la manière dont elle envisage un nouveau départ, en baissant son niveau d'exigence, elle continue à se reconnecter avec les choses qui sont soutenantes pour elle. Elle se demande dans quelles conditions elle va poursuivre ou mettre fin à la relation avec son mari infidèle, si elle va accepter son infidélité, négocier une entente... elle semble de toute évidence dans des perspectives bien différentes qu'en début de séance. Elle ne parle plus d'en finir, mais évoque plutôt une manière différente de prendre la vie en marche. Elabore, en ma présence, une nouvelle façon d'appréhender ce qui lui arrive, non plus comme une fin (associée à un désir d'en finir) mais comme une nouvelle étape, différente, moins dense, et au final, qui lui convient mieux.

Pour finir → séance d'hypnose d'intégration.

Suggestion post-hypnotique : je me demande bien quand vous allez sentir que le déclic a eu lieu, est-ce qu'il s'est déjà produit, est-ce que la graine du changement est déjà en train de germer, et quels signes votre corps va vous adresser pour vous remercier ?

Tâche : « observez tout ce que vous faites de différent. Observez toutes les fois où vous vous dites que vous êtes une femme formidable et que vous prenez soin de vous ».

J'ai mis cette situation car je la trouve, comme beaucoup d'autres certes, très émouvante. Dans le cadre d'une séance, il est possible de percevoir le moment où les choses basculent, et où la personne réaménage une posture nouvelle, de l'intérieur.

Exemple clinique Mme B → Tremblements

Mme B a 62 ANS. Elle est hospitalisée pour dyspnée au stade 3 évoluant depuis Novembre 2016, c'est-à-dire depuis 4 mois. On note une insuffisance rénale connue depuis 3 ans sans dialyse. Elle souffre d'hypertension artérielle et sa tension est à 21/10, SAT à 95 à l'entrée en hôpital. Ces derniers jours, la tension a un peu baissé 16/8. Elle présente des tremblements qualifiés d'« essentiels ». Elle vit seule avec son chien. Je n'aurais pas d'autres infos sur cette patiente, sachant que je ne la verrais qu'à l'occasion d'une seule séance, je tâche d'aller à l'essentiel.

Elle évalue ses tremblements, pendant le moment de la rencontre à 10/10. En effet, elle tremble comme une feuille, et exprime que ces symptômes sont « horribles », l'empêchant de faire un grand nombre de choses auxquelles elle est attachée (broderie, écriture...). Je l'interroge aussi sur l'inconfort corporel que cela génère, elle les évalue à 8/10, elle exprime que c'est insupportable.

REMEDICATION

Je sais que je ne ferais qu'une séance avec cette personne, je tâche d'aller au plus pressé, exerçant la fonction de psychomotricienne « pompier ».

L'entretien est très court. J'oriente directement sur un travail corporel associé à l'hypnose.

Je propose un travail corporel qui associe les éléments suivants :

* **massage R27** associé a

* **Bercement avec ballon dégonflé** positionné derrière le dos (la personne est au fauteuil) avec l'objectif de faire, à la fois :

* des **mouvements alternatifs**

* de **Métaphoriser** une relation maternante (bercement)

* de **libérer le plexus** en allongeant les muscles pectoraux, en ouvrant le centre de poitrine

→ A ce travail, j'associe

* **une séance d'hypnose**, avec

Des **métaphores de calme**. Je fais un feuilletage en faisant des allers retours entre les métaphores de calme

Les métaphores **globalement corporelles** (laissez ce sentiment de plénitude atteindre toutes les cellules de votre corps, autorisez votre corps à intégrer ce changement etc....)

Des métaphores **purement corporelles** en lien avec le symptôme de tremblement « appréciez mes mains posées sur vos épaules Comme autant de mouvements souple et tranquille etc. »

La séance dure une demi-heure, elle ne tremble plus. Je repasse la voir deux jours plus tard sans faire de séance, mais pour prendre de ses nouvelles. Elle s'étonne de ne plus trembler et de se sentir bien. Elle ne comprend pas ce qui s'est passé. Moi non plus !

