

LES ATELIERS
DU PRATICIEN



SOUS LA DIRECTION DE
ANTOINE BIOY

17 CAS PRATIQUES EN HYPNOTHÉRAPIE

2^e édition

Pluralité des indications

Repères diagnostiques

Méthodes hypnotiques variées

DUNOD

Chapitre **16**

Attachement et hypnose

VIRGINIE BARDOT ET GÉRARD OSTERMANN



OBJECTIFS

- ▶ Comprendre l'attachement et ses troubles
- ▶ Situer l'intérêt de l'hypnose pour travailler l'attachement
- ▶ Proposer une expérience de sécurité, pour travailler l'attachement sécuritaire et poser le travail thérapeutique

1	L'attachement, de la théorie à la pratique	276
2	Intérêt de l'hypnose pour travailler l'attachement ?	280

La théorie de l'attachement est née dans l'après-guerre, à partir des observations de psychiatres et de psychologues des conséquences de la Seconde Guerre mondiale sur les liens mère-enfant. En effet, pendant cette guerre, de nombreux enfants ont été séparés ou ont perdu leur mère avec des effets notables sur leur développement ultérieur.

Dans les années 50, John Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, souligne l'impact des interactions précoces de l'enfant avec sa mère dans son développement cognitif, affectif, comportemental et social. Il conceptualise alors la théorie de l'attachement. Pour développer sa théorie, il s'appuie sur les données de l'éthologie, de la psychologie développementale, de la psychanalyse, de la cybernétique et des sciences cognitives. Selon lui, il existerait une sorte de continuité entre les animaux et l'humain : l'attachement remplirait la même fonction, un besoin de se sécuriser auprès de l'adulte, même si cette fonction n'est pas tout à fait comparable aux canards de Lorenz.

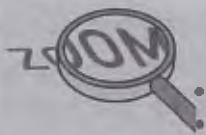
L'attachement est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui et qui crée, en retour, un sentiment de sécurité chez l'individu. C'est une fonction adaptative qui permet la protection et l'exploration. Son rôle principal est de favoriser et maintenir la proximité de la figure d'attachement lorsque l'enfant est en situation de stress ou de danger.

1 L'ATTACHEMENT, DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Ce lien émotionnel est caractérisé par des comportements qui vont se développer et s'enrichir au fur et à mesure du développement de l'enfant. L'attachement sûr est à l'origine d'une sécurité affective interne qui va favoriser un regard sur soi positif, une confiance dans la relation humaine et dans le monde, ainsi que de bonnes capacités d'adaptation. Cela ne révèle pas à une problématique de dépendance, mais c'est un rapport sain et naturel entre individus permettant leur survie et leur développement.

Le besoin d'attachement est inné, mais évolue tout au long de la vie en fonction de l'environnement dans lequel l'individu évolue. Les découvertes scientifiques

permettent de relativiser l'importance de la génétique en valorisant l'épigénétique et l'incidence du milieu sur l'expression des gènes. Les schémas d'attachement vont ainsi pouvoir se réaménager tout au long de la vie et sont donc accessibles à la thérapie.



La situation étrange en population générale, un invariant culturel

- 65% sécures,
- 21% insécures évitants,
- 14% insécures ambivalents.

Les travaux d'Ainsworth, psychologue et collaboratrice de Bowlby ont permis de dégager trois grands types d'attachements à partir de l'observation du comportement des enfants dans une situation de séparation et de retrouvaille avec leur mère (protocole de la « situation étrange »). Elle précise le rôle de la figure d'attachement en tant que secure base ou base de sécurité vers laquelle l'enfant peut retourner dès qu'il en a besoin. Ce lien sécure est nécessaire pour se sentir en capacité d'explorer son environnement. Cette balance entre sécurité de l'attachement et processus d'exploration accompagne progressivement l'enfant vers l'autonomie.

L'attachement sécure : l'enfant, inquiet par le départ de sa mère, se console facilement à son retour. Ce type d'attachement est relativement stable au cours de la vie, excepté dans le cadre d'un traumatisme.

L'attachement insécure évitant : inhibition des comportements d'attachement de l'enfant lors du départ de sa mère et évitement du contact à son retour, avec une attitude défensive face à la détresse engendrée par la séparation.

L'attachement insécure anxieux-résistant ou ambivalent : hyperactivation des comportements d'attachement de l'enfant avec une exagération des signaux de détresse lors de la séparation et un comportement ambivalent au retour de sa mère. L'enfant est dans une recherche permanente du lien sans qu'il n'apporte la sécurité recherchée. Cette hypervigilance dans la relation fait écho à la peur de l'abandon.

Par la suite, Main décrit une quatrième catégorie : l'attachement insécure désorganisé. L'enfant présente des comportements bizarres, atypiques, traduisant son incapacité à maintenir une stratégie cohérente et prévisible face à la situation de stress. Il caractérise le comportement d'un enfant en conflit entre deux stratégies contradictoires : la réaction de fuite et le besoin de proximité avec la figure

d'attachement. L'attachement désorganisé émerge le plus souvent lors de trouble des interactions précoces, où l'enfant se retrouve confronté à des affects paradoxaux (dépression maternelle, violence intrafamiliale).

Ces réactions automatiques et rigides dans la relation parent-enfant ne sont pas généralisables aux autres relations entretenues par l'enfant, dont la relation avec l'autre parent. L'attachement n'est pas une charpente immuable mais une structure interactive susceptible d'évoluer selon les événements de l'existence. Les attachements sont en quelque sorte des adjectifs qualificatifs qui caractérisent une manière d'aimer et de se socialiser.

La théorie de l'attachement se veut intégrative. Elle étudie l'intériorisation du lien au cours du développement : les systèmes d'attachement vont être internalisés en Modèles Internes Opérants (MIO). On passe ainsi de l'interpersonnel (comportement) à l'intrapsychique (représentations). Ces MIO moduleront les aptitudes sociales, les perceptions de soi, les réactions émotionnelles et les capacités d'adaptation et de flexibilité. Les MIO évolueront en fonction des expériences vécues et se généraliseront en agissant comme des filtres au travers desquels se fera l'interprétation des nouvelles expériences.

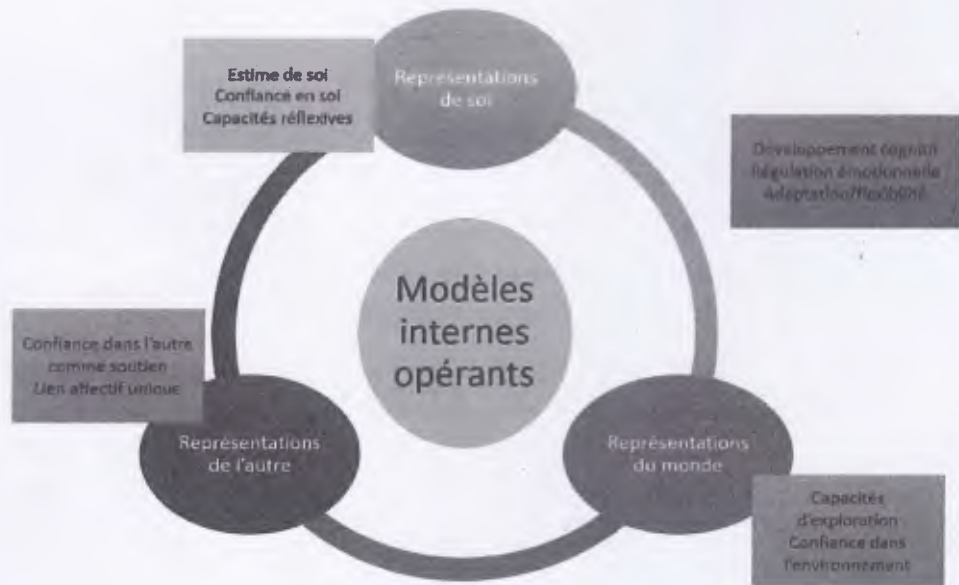


Figure 16.1.

De nombreuses études montrent une corrélation positive entre attachement sécure et bonne santé mentale. L'attachement sécure représenterait un facteur de protection face à la détresse psychologique et favoriserait la mobilisation des

capacités de résilience. En revanche, l'attachement insécurité constitue un facteur de vulnérabilité face aux manifestations psychopathologiques, bien qu'il ne soit pas pathologique en soi.

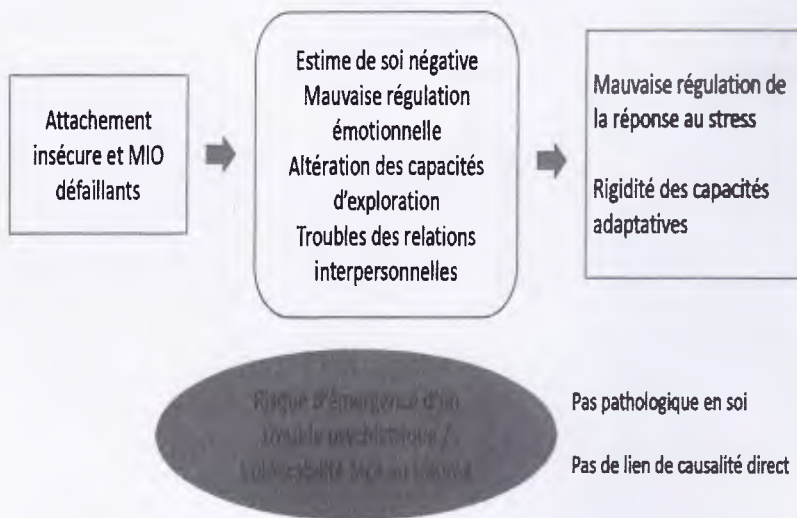
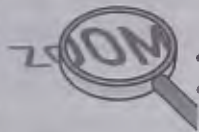


Figure 16.2.



La théorie de l'attachement en thérapie

- Evaluation du style d'attachement de l'enfant et de ses parents.
- Ajustement du thérapeute pour favoriser l'alliance thérapeutique.
- Orientations thérapeutiques en fonction du type d'attachement.

Bowlby souligne l'intérêt de prendre en compte la théorie de l'attachement dans la psychothérapie. L'objectif du thérapeute est de fournir au patient une figure d'attachement transitoire, une base de sécurité, permettant l'exploration d'autres possibles. Cela facilite le passage d'un attachement insécurité à un attachement sécurisé et constitue un bon levier thérapeutique pour modifier les MIO dysfonctionnels. Les thérapies s'appuyant sur la théorie de l'attachement se concentrent sur la relation et sur la sécurité qu'elle génère (exemple de la Thérapie Interpersonnelle).

Le travail thérapeutique va se réaliser autour de différents objectifs à un niveau intrapersonnel (confiance en soi...), et à un niveau interpersonnel (aptitude

sociales...). Dans l'objectif de rétablir un équilibre entre autonomie et exploration et de mobiliser les capacités de résilience du patient dans le présent et pour sa vie future. À l'adolescence, ce modèle thérapeutique est d'autant plus pertinent que le remaniement des liens rend les représentations de l'individu face à l'attachement plus malléables au changement, avec un potentiel de flexibilité ouvert à de nouvelles expériences dites « correctrices ».

« Naviguer sur une route étroite entre les marécages de l'excès de proximité et les déserts de l'excès de distance. » Salomon Nasielski

2 INTÉRÊT DE L'HYPNOSE POUR TRAVAILLER L'ATTACHEMENT ?

Comme l'a exprimé Bowlby, l'attachement est un besoin primaire de sécurité. Ainsi dans les troubles de l'attachement il s'agit de recréer cette expérience de sécurité, fondamentale pour tout être humain, comme un premier pas vers la construction d'un attachement sécurisé. L'hypnose représente un outil privilégié car il s'appuie sur la communication analogique. Elle correspond au langage du corps, c'est-à-dire à la communication non verbale (expression du visage, posture et mouvement du corps). Ces modalités interactionnelles infra verbales facilitent l'accordage affectif et elles centrent la thérapie autour de l'expérientiel. Toutes ces expériences dans l'ici et maintenant de la thérapie favoriseront ainsi la reconstruction d'un système d'attachement sécurisé. Aussi, il focalise le patient sur des expériences réelles en évitant les interprétations.

Dans cette approche thérapeutique, la démarche du thérapeute doit être proactive afin de s'ajuster aux demandes d'attachement du patient et de faciliter l'accordage thérapeutique. Le thérapeute est le garant du cadre de soin, tout en offrant de la souplesse au sein de celui-ci. L'authenticité, la disponibilité et la fiabilité sont autant d'éléments essentiels à la construction d'une relation thérapeutique de qualité. Le thérapeute s'ajuste au rythme du patient pour tisser cette relation sécurisée qui permettra au patient d'expérimenter un vécu de sécurité interne et externe. Ce lien de confiance a comme rôle d'assouplir les représentations du patient face à l'attachement et favoriser la constitution d'un attachement plus sécurisé. Le cadre de thérapie permet aussi un va-et-vient entre attachement et processus exploratoire nécessaire à l'ancrage des nouvelles expériences et l'ouverture sur d'autres possibles en dehors de l'espace de thérapie.

Lorsque le patient consulte, la plainte est rarement centrée sur la question d'un trouble de l'attachement. Lors de l'exploration de cette plainte, il s'agit de repérer, s'ils sont présents, les liens dysfonctionnels (mauvaise estime de soi, défiance, monde insécure...) en relation avec un trouble de l'attachement. L'externalisation sur la scène imaginaire de la plainte du patient a pour objectif de dissocier le patient de sa problématique dans un travail de triangulation patient-thérapeute-problème : c'est un processus de co-construction. L'externalisation consiste à donner un nom ou une forme au problème et à le projeter à l'extérieur du patient sur la scène imaginaire. Elle représente alors le troisième point nécessaire à la triangulation. Cela permet de travailler sur les interactions entre le patient et le problème. L'externalisation facilite l'accès aux ressources internes, aux compétences, ainsi qu'aux valeurs du patient et remobilise ainsi le processus de changement. L'hypnose permet par exemple de rejouer sur la scène imaginaire des souvenirs passés à l'origine d'un traumatisme de l'attachement. De manière indirecte, le patient pourra s'autoriser à redonner sens à son vécu afin qu'il puisse l'intérioriser et modifier durablement ses MIO.

Dans cet « être ensemble », le patient peut éprouver son vécu émotionnel dans un cadre contenant et sécurisant. L'hypnose facilite l'apprentissage de la régulation des émotions en confrontant le patient à celles-ci sans qu'elles n'aient en retour ce pouvoir de débordement ou d'invasion. L'utilisation de la transe hypnotique permet au patient de se décaler et d'observer la relation qu'il entretient avec ses émotions. Ce changement de paradigme, qui découle d'une expérience d'un vécu différent, favorise la modification des MIO notamment le regard que le patient porte sur lui-même et permet l'apprentissage de la confiance dans l'autre comme soutien. Aussi, le travail expérientiel dans l'ici et maintenant est un outil incontournable face aux croyances irrationnelles rigides qui entravent les ressources du patient.

L'utilisation de l'hypnose permet aussi au patient d'expérimenter une expérience sécurisée dans le temps présent de la séance. Que ce soit à partir d'un souvenir ou dans la relation au thérapeute, il s'agit de détricoter les liens dysfonctionnels concernant sa représentation de soi, de son lien à l'autre et au monde (communauté et valeurs) pour les retricotter et accéder à une expérience de plénitude et de calme intérieur. Cette expérience de l'être ensemble dans une relation sécurisée est parfois une expérience première et fondatrice pour le patient, une première expérience de faire confiance à un autre et de faire l'expérience de ne plus être seul au monde.

En prenant appui sur la relation thérapeutique, le patient peut ensuite se reconnecter à ses propres ressources et capacités afin de remettre en mouvement les processus figés par l'attachement insécuré. Cela facilitera l'apaisement de certains symptômes liés à cette insécurité du lien, comme l'angoisse, les conduites à risque, l'addiction, les troubles des conduites alimentaires. Et cela permettra de rééquilibrer l'alternance entre exploration (découverte et nouvelles expériences) et attachement (intérieurisation des ressources pour pouvoir les réutiliser ultérieurement, investissement de nouveaux liens de qualité).

L'attachement n'est pas uniquement un besoin de présence mais il se rejoue aussi dans la question de la permanence du lien lors de situation de séparation. Le thérapeute est une base de sécurité à partir de laquelle le patient peut s'auto-riser à explorer et effectuer ce travail autour des situations de séparations et de retrouvailles. Il s'agit aussi de l'accompagner dans la généralisation de l'expérience sécurée en investissant de nouveaux liens relationnels dans son environnement et dans l'autonomisation, c'est-à-dire en réactivant ses propres capacités d'exploration. De plus, la notion de figure d'attachement transitoire nécessite de soigner en fin de thérapie la phase de séparation, comme reflet de la thérapie axée sur l'attachement.

3 DELPHINE, LA « PEUR PHOBIQUE DE L'ABANDON »

CAS



Delphine est âgée de 13 ans lorsqu'elle vient consulter pour la première fois pour une anxiété liée à sa scolarité. Elle est alors scolarisée en quatrième générale.

Delphine est la seconde d'une fratrie de trois enfants. Ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait une dizaine d'années. Dans les premiers mois, son père a difficilement accepté la séparation. Il pouvait se montrer envahissant quant à des questions relatives à la vie privée de sa mère et tenir des propos insécurisants pour Delphine (menaces suicidaires). Lorsque Delphine, connue comme une très bonne élève et assidue en classe, manifeste de plus en plus de résistance à aller au collège, sa mère s'inquiète et prend rendez-vous malgré les réticences de sa fille. « *Je ne voulais pas venir vous voir, parce qu'aller voir un psy, ça veut dire qu'on est fou.* » pourra-t-elle expliquer ultérieurement.

Malgré ses appréhensions, Delphine manifeste de bonnes capacités d'élaboration. Elle explique que les difficultés pour se rendre au collège font suite à des événements qui se sont déroulés au deuxième trimestre de son année de quatrième. Suite à une histoire avec un garçon, elle a subi le rejet de son

groupe d'amis qui ont pris le parti du garçon. Cela a réactivé des souvenirs de faits similaires de rejet qui ont eu lieu pendant son année de CM2 et dont elle n'avait jamais parlé. Elle estimait à cette période qu'elle n'avait pas eu besoin d'aide et avait su gérer seule, en changeant d'établissement pour l'entrée au collège. Depuis les événements de quatrième, elle manifeste de nombreuses plaintes somatiques (céphalées, douleurs abdominales et troubles digestifs) qui se traduisent par un absentéisme scolaire.

Delphine fait spontanément le lien entre les somatisations et son état d'anxiété. L'angoisse est focalisée sur les intercoeurs qui sont devenus extrêmement anxiogènes. Elle appréhende de se retrouver seule sur la cour, le regard des autres est envahissant et nourrit son imaginaire, surtout centré sur des propos auto-dépréciateurs. Elle décrit un sentiment de décalage ne se retrouvant plus dans les sujets abordés par ses amis. Les attaques de panique peuvent être à l'origine d'épisodes dissociatifs accompagnés d'expériences hallucinatoires et de dépersonnalisation. Cela fait écho à sa réticence à venir consulter, angoissée par l'impression de « *perdre pied* » qui renforce l'idée de souffrir d'une maladie mentale. Rassurée par la mise en sens que nous avons pu faire au sujet des attaques de panique et des symptômes qui peuvent être présents lors des épisodes, Delphine exprime son soulagement d'avoir pu partager « *son secret* ».

Lors de la séance suivante, elle observe déjà une amélioration notamment la disparition des phénomènes hallucinatoires. Ils consistaient en une voix qui critiquait lorsqu'elle se préparait pour aller en cours. Elle avait conscience du caractère absurde, mais la composante anxieuse la figeait. Pour autant l'anxiété reste majeure, surtout le sentiment d'être seule au monde.

L'accompagnement de Delphine effectué autour de cette problématique s'est réalisé sur plusieurs séances avec des allers-retours entre un travail dans l'ici et maintenant et des dispositifs mis en place dans l'échange avec Delphine et sa mère pour des ajustements au collège (ajustement de l'emploi du temps avec éviction de la cantine, CPE comme base sécurisée, infirmerie comme lieu refuge...). La mère de Delphine se montre très étayante, le père un peu moins, sans que cela n'apparaisse préjudiciable pour la jeune fille.

En utilisant l'hypnose, nous avons métaphorisé sur la scène imaginaire, dans le présent de l'espace thérapeutique ses représentations d'elle-même et les angoisses liées au collège. En leur donnant une forme, elle a pu s'y confronter dans la sécurité du bureau et mobiliser certaines ressources qui étaient verrouillées.

À la demande de Delphine, j'ai continué à la suivre quelques fois au cours de son année de troisième, puis il est décidé d'interrompre le suivi. Delphine se

projette alors dans un projet spécifique pour son entrée au lycée. L'établissement étant très éloigné, elle sera contrainte d'être interne pendant les semaines de cours mais elle n'exprime pas d'inquiétudes à ce sujet.

Quelques jours après son entrée au lycée, Delphine se retrouve de nouveau confrontée à des angoisses. Elles se manifestent d'une manière similaire à celles qu'elles avaient présentées un an auparavant. Son état de détresse ayant inquiété le lycée, il a été décidé d'une brève hospitalisation en pédiatrie avant un retour au domicile de sa famille.

Lorsque sa mère a souhaité reprendre contact avec moi, Delphine a refusé. Elle avait terriblement peur de me décevoir. Devant l'envahissement des symptômes, elle a fini par accepter la proposition de sa mère. Son comportement m'ayant intriguée, je me suis davantage intéressée à son mode d'attachement.

Nous avons retrouvé un certain nombre d'éléments de l'enfance questionnant un attachement anxieux-ambivalent, comme le besoin permanent d'être rassurée par l'adulte car « *elle pleurait tout le temps* » ou des angoisses de séparation avec le refus que ses parents sortent le soir jusqu'à l'âge de neuf ans. Son rapport à soi est fonction du regard de l'autre que ce soit la confiance, l'image ou l'estime de soi qui fluctuent selon ce qu'elle perçoit de son entourage : « *Je me concentre toujours sur le négatif* », « *je veux être aimée de tout le monde et je suis capable d'aller très loin pour être aimée* ». La gestion des émotions est compliquée et Delphine trouve ses réactions excessives. Elle se voit « *comme une éponge* », « *comme une surface de projection des émotions des autres* ».

En revanche, les mois qui ont précédé la séparation, et suite à son vécu en CM2, il semblerait que le comportement de Delphine vis-à-vis de ses figures d'attachement se soit modifié vers un repli sur soi et des tentatives de sécurisation centrées sur soi. La mère de Delphine corrobore le discours de sa fille.

Il est possible d'observer chez l'enfant et l'adolescent cette évolution d'un attachement anxieux-ambivalent vers un fonctionnement type attachement évitant lorsque les figures d'attachement ne sont pas disponibles pour répondre à la détresse de l'enfant. Nous pouvons faire l'hypothèse que cela s'est produit pour Delphine, jusqu'à ce que ses ressources soient totalement dépassées.

Nous avons alors axé le travail sur la question de l'attachement. Delphine a ainsi verbalisé que la peur de l'abandon qui l'habitait était responsable de son mal-être récurrent. En reprenant les termes de Delphine, je lui propose d'aller explorer cette « *peur phobique de l'abandon* ».

Après avoir réalisé un travail de sécurisation de l'espace thérapeutique, je propose à Delphine une modélisation utilisée dans la thérapie HTSMA (Hypnose,

Thérapie Stratégique et Mouvements Alternatifs), afin de la dissocier de la « peur phobique de l'abandon » et de travailler ensemble sur les interactions qui verrouillent ses ressources.

Avec la main, j'externalise le peur en réalisant un geste comme si je mettais au dehors d'elle « la peur phobique de l'abandon » et que je la plaçais devant nous. Je lui propose alors de l'observer comme si nous étions assises ensemble devant un écran de télévision.

T (thérapeute) : Delphine si c'est bon pour toi, je te propose d'observer le premier souvenir qui va venir se mettre en lien avec cette « peur phobique de l'abandon ».

Afin de soutenir cette proposition, j'accompagne ma parole d'un geste de la main, métaphorisant l'écran.

D (Delphine) : Je me souviens d'un jour. Mes parents partaient en voyage de noces. J'avais environ quatre ans. Ils ont dit à mes grands-parents : « s'il nous arrive quoique ce soit, vous prendrez soin des enfants ». Je n'aurais pas dû entendre... mais depuis ce jour je crois que la peur est là.

T : Très bien. Ce que je vais te proposer c'est de faire revenir ce souvenir dans le présent, là maintenant. Juste devant nous.

Delphine acquiesce de la tête, les yeux rivés sur la scène imaginaire qui se déroule devant nous.

T : Observe quand le souvenir est là devant nous, quel effet est-ce qu'il a sur toi aujourd'hui ?

D : ça m'angoisse.

Delphine semble figée sur sa chaise.

T : Et quand tu dis ça m'angoisse, à quoi est-ce que tu observes chez toi que ça t'angoisse ?

D : J'ai des frissons dans les bras.

Delphine frotte son bras droit avec sa main gauche, avec un faciès légèrement grimaçant.

T : Si tu es d'accord, je vais te proposer d'observer qu'est-ce qui dans ce souvenir aujourd'hui a le plus le pouvoir de donner ces frissons dans les bras ?

Ma question est accompagnée par ma main en catalepsie devant nous pour soutenir l'expression métaphorique de la problématique.

D : Ce sont les mots. Ils résonnent à mes oreilles.

T : Et ces mots qui résonnent à tes oreilles, comment est-ce qu'ils font pour te perturber encore aujourd'hui ?

D : Ils m'angoissent.

Elle se frotte de nouveau les bras.

T : Si on imagine un instant que « ces mots qui résonnent » c'est comme un personnage. En quoi ça lui est utile de t'angoisser aujourd'hui ?

D : Il me répète que quoi qu'il arrive je serai seule. Que s'attacher aux gens ça fait souffrir.

T : Et quand il te répète que « quoi qu'il arrive tu seras seule et que s'attacher aux gens ça fait souffrir », quel effet ça a en retour chez toi ?

D : Je suis encore plus angoissée. Ce n'est vraiment pas agréable.

T : Est-ce que tu peux gérer cette émotion par toi-même ou est-ce que tu as besoin d'aide là maintenant ?

Il est important que le patient agisse dans cette demande d'aide pour qu'il puisse être acteur dans la faire ensemble et dans la résolution de la difficulté qu'il traverse. Le thérapeute a un rôle de soutien et non de sauveur.

D : Je crois que j'ai besoin de votre aide.

T : Je vais proposer à ta main de venir se déposer, paume vers le haut, dans la mienne. Et si tu es d'accord nous allons prendre ses frissons dans les bras et les déposer dans la paume de ta main.

Pendant que j'explique à Delphine ce qui va se passer, je réalise le geste de prendre les frissons et de les déposer dans sa main en catalepsie dans la mienne. Le contact entre les deux mains métaphorise le lien d'attachement et le soutien du thérapeute. La main sert aussi de support au déroulé de la scène métaphorique dans laquelle nous allons pouvoir traverser ensemble ce vécu émotionnel douloureux. Le nous prend aussi toute son importance pour valider le faire ensemble.

T : Observe là, maintenant, la forme que va prendre ces frissons dans la main. Et pour t'aider, je vais proposer à tes yeux de suivre mes doigts sans bouger la tête.

Delphine suit les mouvements oculaires qui viennent soutenir le processus hypnotique de dissolution de l'émotion tout en la focalisant sur le présent et la sécurité du bureau. Quand les mouvements s'arrêtent, Delphine prend la parole immédiatement.

D : Je vois une pierre grise, lourde.

T : Très bien. Pendant qu'une partie porte son attention sur le contact entre nos deux mains, une autre partie peut observer cette pierre lourde.

J'accompagne alors le processus avec une séquence de mouvements alternatifs.

D : Elle est plus petite et la couleur a changé. Elle est jaune.

T : Très bien, porte ton attention dessus.

Après quelques séquences de mouvements alternatifs, la pierre se dissout progressivement et se transforme en un grain de sable qui tombe au sol.

D : C'est vide.

T : Très bien. Observe maintenant ce qui va émerger de ce vide laissé par le grain de sable.

Après quelques mouvements oculaires, Delphine observa sa main.

D : Je ne vois rien de particulier. Mais je ressens que c'est plus léger. C'est comme si ma main avait envie de s'envoler.

J'observe que sa main, comme soudée à la mienne quelques minutes auparavant, se détache progressivement. Les mouvements oculaires accompagnent le mouvement jusqu'à ce que la main vienne se poser sur la cuisse. Cette même main effectue spontanément et à plusieurs reprises un mouvement de frottement des doigts les uns contre les autres. Nous allons donc utiliser ce geste comme un ancrage de l'expérience réalisée afin qu'elle puisse être utile pour Delphine dans l'avenir (ancrage physique et validation par des tiers).

T : Si tu es d'accord Delphine, nous allons faire revenir la scène de départ devant nous là maintenant... Et quand le souvenir est là, je te propose d'observer ce qui vient de différent.

D : C'est bizarre, c'est comme si, à la fois, ça paraissait très loin maintenant, et en même temps les mots m'apaisent. C'était pour me protéger. Je ne suis pas seule.

Delphine fait l'expérience au cours de cette séance d'un changement de perspective en passant de sa peur de la mort et de l'abandon de ses parents, à cette permanence du lien au travers des grands-parents à qui ils confient la sécurité de leurs enfants. Son visage manifeste sa surprise. Pour terminer la séance, je lui propose une projection dans le futur.

T : À partir de cette expérience, là aujourd'hui, observe ce que tu vas pouvoir faire de différent dans les heures à venir ou les jours à venir.

D : Je me vois marcher sur la plage, sereine. C'est différent à l'intérieur.

Par la suite, nous avons travaillé au renforcement du vécu de sécurité intérieure, notamment au travers de l'expérience sécuritaire qui vient retisser des liens

séures dans le rapport à soi et à son corps, dans la relation à l'autre et dans la relation au monde, dans un objectif d'unité, pour que l'accès à un attachement sécurisé lui permette d'aller vers l'autonomie, notamment en mobilisant ses capacités d'exploration.

Discussion

À l'adolescence, période propice à l'exploration et aux nouvelles expériences, l'attachement occupe une place centrale : c'est un puissant régulateur émotionnel et un facteur essentiel pour explorer le monde extérieur. L'attachement insécurisé peut alors entraver le processus de séparation et d'individuation, comme cela a été le cas pour Delphine.

Dans un premier temps, la mise en récit de son vécu émotionnel a permis à Delphine de le partager et de s'appuyer sur le savoir du thérapeute pour remettre du sens et se décaler de sa peur d'être atteinte par une maladie mentale. L'utilisation d'un langage assez technique a eu pour effet de rassurer Delphine dans cette recherche de contrôle et de compréhension de ce qui la submergeait. En redevenant actrice, la symptomatologie s'est améliorée.

Le travail en hypnose nous a amenés à métaphoriser la manière dont « la peur phobique de l'abandon » venait verrouiller ses ressources personnelles et relationnelles, l'enfermant dans un vécu d'angoisse. Les deux mains représentent une métaphore du lien d'attachement transitoire tissé avec le thérapeute et sur lequel le patient **va pouvoir** prendre appui. L'externalisation de l'émotion dans la main a permis à Delphine de prendre la distance nécessaire pour ne plus être envahie par l'émotion : ce recul améliore la flexibilité psychique et autorise Delphine à se reconnecter à ses propres compétences. Une fois celles-ci remobilisées, elle a pu faire l'apprentissage de l'autonomie par cette main qui se détache progressivement et vient ancrer un geste ressource.

Le souvenir évoqué par Delphine symbolise le paradoxe dans lequel elle est engluée : le besoin de prendre appui sur l'autre, tout en ressentant que ce soutien peut être dangereux. Il est à l'image des comportements qu'elle a pu avoir : hypersollicitation du lien dans l'enfance, repli sur soi et rupture de lien à l'adolescence. Le travail proposé a offert un autre regard sur ce souvenir. Après la dissolution des émotions parasites et leur transformation, Delphine change son regard sur ce souvenir et s'inscrit dans une nouvelle narration : de la sensation d'abandon, véhiculée par la parole de ses parents lors du départ pour le voyage

de noces, à la permanence du lien quand ils confient leurs enfants aux grands parents. Cet exemple montre comment un même souvenir qui agissait comme un prisme angoissant devient un souvenir ressource.

« Peu importe la manière dont on s'occupe du patient, l'important c'est de s'en occuper, car ce qui compte c'est une présence humaine forte, impliquée. Le patient, lui, a besoin de quelqu'un en qui faire confiance et qui le sécurise. Le patient prend ce qu'il veut en nous là où il a besoin de s'attacher. » Louise Nadeau

En résumé

- La construction d'une relation thérapeutique sécurisée est un préalable à toute thérapie.
- L'hypnose permet de réaliser dans l'ici et maintenant une expérience de sécurité avec le thérapeute, un premier pas vers la construction d'un attachement sécurisé.
- Revisiter les traumatismes de l'attachement par le biais de l'hypnose facilite le travail thérapeutique en contournant les résistances liées aux MIO dysfonctionnels.

4 BIBLIOGRAPHIE

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*, London, Routledge.

Guédény, A. (2009). *L'attachement : approche théorique* (3rd édition), Paris, Elsevier.

Pierrénumbert, B. (2020). *L'attachement en questions*, Paris, Odile Jacob.