

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document.

ANNEE 2013

L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DE LA PERSONNE AGEE ATTEINTE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie.

Université de Bourgogne-Dijon. U.F.R. Sciences Humaines et Sociales.

Sous la direction de M. Antoine BIOY, MCF, HDR.

Par Jennifer MERTZ, psychologue clinicienne.

« Chaque personne constitue un être humain unique en soi. A partir de ce postulat, la psychothérapie devrait être conçue de manière à répondre aux besoins uniques de chaque individu »

Milton H. Erickson

En préambule à ce mémoire, je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont permis de réaliser mon projet professionnel.

Je tiens à remercier M. Horvat, directeur d'établissement, qui m'a permis de concrétiser mon souhait de formation à l'hypnothérapie. Merci aux équipes professionnelles qui se sont adaptées à mes absences durant ce temps d'apprentissage.

Je remercie M. Bioy, qui a accepté que je fasse partie de cette promotion 2012/2013 du Diplôme Universitaire. J'exprime ma gratitude à tous les intervenants qui ont enrichi ma pratique professionnelle et m'ont fait découvrir une autre vision de la vie.

Merci aux personnes qui ont accepté de participer aux séances d'hypnose et qui m'ont fait grandir dans ma réflexion sur cette technique thérapeutique.

Enfin, j'adresse mes remerciements à ma famille, tout particulièrement à mon époux et à mes deux enfants qui m'ont accompagnée dans cette démarche avec une patience remarquable. Leurs encouragements ont permis l'élaboration de ce mémoire.

Résumé

Ce mémoire de diplôme universitaire intitulé « l'hypnose dans la prise en charge psychologique de la personne âgée Alzheimer » revisite la définition de la maladie d'Alzheimer dans sa dimension cognitive et psychique ainsi que celle de l'hypnose pour y mettre du lien et éclairer la question de l'hypnotisabilité de la personne âgée Alzheimer et des effets de l'hypnose dans le soutien psychologique de ces personnes. Ce travail d'analyse porte sur une séance d'hypnose présentée à chacune de ces personnes âgées Alzheimer relevant d'un stade différent de la maladie. Les notions d'alliance thérapeutique, d'état modifié de la conscience sont développées d'un point de vue théorique et clinique. Les effets de l'hypnose en termes de renforcement du Moi et de diminution des tensions physiques sont explorés.

Mots clés : Alzheimer, hypnotisabilité, renforcement du Moi, relaxation.

Contenu

INTRODUCTION.....	2
REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX.....	4
La maladie Alzheimer. Point de vue cognitif.....	6
Définitions et descriptions.....	6
Capacités d'adaptation de la personne Alzheimer.....	8
La Maladie Alzheimer. Point de vue psychique.....	10
La psychothérapie de soutien d'inspiration psychanalytique de la personne Alzheimer	12
Définition de l'hypnose.....	13
L'hypnose dans la psychothérapie de soutien de la personne Alzheimer ?.....	15
PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE	18
METHODOLOGIE.....	20
Cadre expérimental.....	20
Cadre des rencontres	21
Présentation du déroulé des entretiens	24
EXPOSE DES OBSERVATIONS CLINIQUES	31
Etablissement d'un partenariat avec la personne.....	31
Communication verbale et non-verbale.....	31
Le canal sensoriel préférentiel.....	33
Induction : modalités, focalisation de l'attention chez une personne Alzheimer	34
Attitude contenante.....	34
Focalisation de l'attention	34
Vécu de la transe hypnotique	35
Lâcher-prise.....	35
L'ajustement du thérapeute	36
Le retour de la transe hypnotique	37
DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	38
ETHIQUE.....	42
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE	45

INTRODUCTION

Diplômée en psychologie clinique depuis 2004, j'ai abordé la vie professionnelle au regard des outils enseignés et saisis à la faculté dont je suis issue, d'orientation psychanalytique. Cette formation universitaire m'a permis de me forger une approche du Sujet de la relation thérapeutique, du Sujet dans le soin médical, ainsi qu'un cadre théorique qui éclaire des questions éthiques tant institutionnelles, que médicales, paramédicales.

Le travail clinique dans le domaine de la gériatrie et des soins palliatifs, m'a amené à travailler des notions psychologiques qui relevaient de la psychologie de la santé. Mon intervention étant soumise à la durée des séjours d'accueils et d'hospitalisations de la personne en structure médico-sociale et sanitaire, une part de mon travail était centrée sur son adaptation à sa maladie, à son environnement médical et familial.

Force était de constater que mes outils et les moyens employés (travail individuel, avec la famille, en équipe) restaient insuffisants face à des durées courtes de séjours en institution. De plus, la souffrance psychologique de certaines personnes en état de sidération, suite au vécu traumatisant d'un événement telle que l'annonce d'un diagnostic avec pronostic négatif par exemple, pouvait entraver leurs possibilités de mener un travail d'introspection, d'élaborer leurs ressentis. La technique psychanalytique affichait également ses limites dans le travail avec des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés dont les capacités intellectuelles amoindries rendent l'élaboration psychique des situations anxiogènes et le cheminement psychologique difficiles.

Mon intérêt pour l'hypnothérapie part de ces expériences et constats.

En soins palliatifs, mes attentes concernant la pratique de l'hypnose étaient de pouvoir aider le patient à gérer sa douleur et son anxiété dans un temps relativement court, d'améliorer sa qualité de vie et d'ouvrir la voie à un travail personnel plus profond s'il le désire.

J'ai choisi de me pencher plus particulièrement sur la clinique de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer pour mener ce travail de mémoire universitaire. Les temps de prise en charge sont tributaires du rythme d'accueil de la personne ainsi que de ses possibilités intellectuelles. Mes représentations de l'hypnose me laissaient supposer que cette technique pouvait entraîner des changements dans la façon dont la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer appréhende la réalité sans qu'elle ait à mobiliser un matériel verbal qui dépasse

souvent ses capacités intellectuelles. L'hypnose se présentait comme un moyen d'intervention psychologique possible et efficace pour ces personnes en proie au déclin intellectuel, aux difficultés d'investissement relationnel.

Ma participation au Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie arrivait à un moment de mon cheminement professionnel où je prenais conscience des effets thérapeutiques de la rencontre qui se joue déjà dans l'infra-verbal, dans cet espace entre le professionnel et le patient où l'intersubjectivité amène à l'alliance thérapeutique capable de relancer la pulsion de vie.

Pour explorer la thématique de « l'hypnose dans la prise en charge psychologique de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer », je vous propose tout d'abord une revue théorique des travaux sur le sujet qui amènera à la formulation de la problématique de recherche. Après avoir traité la méthodologie de travail et présenté les séances d'hypnose, l'analyse des cas cliniques et sa confrontation à quelques notions théoriques viendront éclairer la thématique de travail.

REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX

L'intérêt porté à ce mémoire et à ma formation d'hypnothérapeute m'a rendu attentive à la place qu'occupe aujourd'hui l'hypnose dans notre société à travers la médiatisation qui en est faite. Même si certaines revues gériatriques nous documentent sur l'utilisation de techniques de relaxation telles que la sophrologie¹, le qi gong², auprès de personnes âgées, il est difficile de trouver des travaux sur l'hypnose dans la prise en charge de la personne Alzheimer. Deux études récentes ont été menées sur les liens entre l'hypnose et la démence. Simon Duff, psychologue à l'Université de Liverpool a établi des liens entre l'utilisation de l'hypnose sur une population de personnes souffrant de démence et une amélioration de leur concentration, de leur mémoire, de leurs capacités de socialisation. « *La relaxation, la motivation et les activités de la vie quotidienne se sont également améliorées avec l'utilisation de l'hypnose* »³. L'étude s'est centrée sur l'utilisation de l'hypnose sur des personnes en début de démence, dont la conscience de leur état était source de souffrance psychologique, l'objectif étant de générer un état de relaxation permettant de développer des activités positives améliorant ainsi la qualité de vie de ces personnes. Une autre étude menée à l'Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) à Saint-Laurent-de-Belzagot par Evrard Beauroy-Eustache, praticien d'hypnose Ericksonienne, n'a pas été finalisée. Cette étude cherche à mettre en lumière les effets de l'hypnose sur un échantillon de personnes âgées comparativement aux effets d'une pratique plus classiquement utilisée en EHPAD, l'« atelier de parole ». Un troisième groupe est traité sans changement, sans dispositif particulier. Les suggestions formulées sous état d'hypnose concernent la « *relaxation, la motivation à entreprendre, une meilleure clarté de pensée, moins d'inquiétudes et d'anxiété, la volonté de passer du temps en compagnie d'autres personnes* ». Le but ultime étant la réduction des troubles du comportement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer⁴.

¹ Fromage, B. (2001). Groupe de relaxation avec des personnes âgées en institution. *L'esprit du temps*. (24). P. 131 -144

² Flayoux, I. (2010). Le qi gong, source de mieux-être. *Doc'Alzheimer*. (1). P. 30 -31

³ Mouchot, C. (2007) L'hypnose améliore la qualité de vie de personnes atteintes de démence. *Bulletins-electronics.com*. Ministère des affaires étrangères et européennes. Document consulté le 7 janvier 2013 de <http://www.bulletins-electroniques.com/actualites/55986.htm>

⁴ Tenant, J.-L. (2011). Hypnose contre Alzheimer à Saint-Laurent-de-Belzagot. *Charente libre*. Document consulté le 7 janvier 2013 de <http://www.charentelibre.fr/2011/03/21/hypnose-contre-alzheimer,1026783.php>

Ce constat du nombre restreint d'études menées sur cette question, m'a encouragé à mener ma propre réflexion en confrontant au fil du temps d'élaboration de ce mémoire ma formation et mon expérience clinique.

Avant de développer la question précise des liens entre hypnose et maladie d'Alzheimer, je vous propose de revisiter quelques notions théoriques.

Un premier chapitre nous permettra de saisir le fonctionnement intellectuel et psychique de la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer en revenant sur les définitions de cette maladie d'un point de vue cognitif et psychique.

Dans un second chapitre, nous traiterons de la définition de la psychothérapie de soutien d'inspiration psychanalytique ainsi que des objectifs thérapeutiques visés dans la maladie d'Alzheimer.

Ce qui nous amènera à explorer la définition de l'hypnose et ses applications possibles dans la clinique de la personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer.

La maladie Alzheimer. Point de vue cognitif.

Définitions et descriptions

La démence de type Alzheimer est la plus connue des démences, et la plus répandue. Elle représente à elle seule autour de 60 % à 65 % des cas de démence⁵.

C'est au XIXe siècle qu'une première définition de la démence a été élaborée, cette pathologie faisait alors partie des « aliénations mentales ». Le qualificatif « sénile » s'est ensuite ajouté au terme « démence », les personnes âgées étant concernées par cette pathologie⁶.

En 1994, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la démence comme « *une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou modification de la personnalité* ».

Les démences font partie de la grande famille des maladies neurodégénératives. Un nombre anormalement élevé de neurones dégénèrent et meurent dans certaines parties du cerveau.

La Maladie d'Alzheimer doit son nom au médecin allemand Alois Alzheimer qui, en 1906, mit en lumière les phénomènes impliqués dans la mort neuronale à savoir les plaques amyloïdes et la dégénérescence neurofibrillaire.

⁵ Le cerveau à tous les niveaux. *La démence de type Alzheimer*. Page consultée le 7 janvier 2013 de <http://lecerveau.mcgill.ca/>.

⁶ *Ibid.*

⁷ Association pour le Développement des Neurosciences Appliquées. *La démence est la conséquence d'une affection cérébrale*. Page consultée le 15 janvier 2013 de <http://www.alzheimer-adna.com/Clinic/demence.html>

L'espérance de vie pour les personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer est en moyenne de 8 à 12 ans.

L'hippocampe et le cortex entorhinal sont les premiers à être affectés par la dégénérescence neuronale, les premiers déficits observables de ce type de démence sont donc des troubles mnésiques⁸. Les difficultés de repérage spatial seront également liées à l'atteinte hippocampique, la perception du corps du malade dans son environnement étant altérée.

Cette pathologie vient affecter les relations du malade à un entourage qui a besoin d'informations sur cette maladie pour pouvoir l'accepter et s'y adapter. L'état de stress de l'entourage induit une anxiété chez la personne Alzheimer qui peut exacerber les troubles de la mémoire et du comportement⁹.

Aux problèmes de mémoire, se rajoutent une durée d'attention plus courte, des difficultés à se concentrer, des erreurs de jugement, des problèmes d'orientation spatio-temporelle, la planification d'action, l'aphasie, l'agnosie, l'apraxie¹⁰.

Aux problèmes comportementaux de dépression et d'anxiété, se joignent les problèmes d'insomnie, de perte d'appétit, de négligence d'hygiène corporelle, d'incontinence.

La maladie d'Alzheimer se décline en trois stades.

Au stade léger, la maladie révèle des pertes de mémoire à court terme, des changements de comportements associés à des troubles de l'humeur, avec apparition de symptômes dépressifs et anxieux. L'aphasie est centrée autour du manque du mot. Les personnes gardent une certaine autonomie à leur domicile, encadrée par des aides familiales et/ou sociales.

Au stade modéré, on observe une aggravation des troubles de la mémoire et du comportement, une perte d'autonomie notable, une désorientation dans le temps et dans l'espace, une agnosie des objets usuels ou des proches, des difficultés à faire des choix, à

⁸ Le cerveau à tous les niveaux. *La démence de type Alzheimer*. Page consultée le 7 janvier 2013 de <http://lecerveau.mcgill.ca/>

⁹ Vetel, J.-M., Laurent, B., & Pouchain, D. (2008). *Le permis de se conduire avec un patient souffrant d'une maladie d'Alzheimer*. Ed. Phase 5

¹⁰ *Ibid*

planifier ou anticiper des situations. L'aphasie s'étend aux difficultés de construction d'une phrase. La personne associe difficilement ses idées.

Au stade avancé, la mémoire autobiographique fait défaut, l'aphasie s'installe et plonge la personne dans un isolement relationnel. Elle a des difficultés à se déplacer et fait de fréquentes chutes. Le maintien à domicile nécessite une surveillance permanente et va devenir difficile pour l'entourage¹¹.

Bien que l'on ne sache pas encore comment arrêter l'évolution ou même guérir la démence de type Alzheimer, différents médicaments et approches thérapeutiques peuvent soulager certains symptômes et améliorer la qualité de vie des patients.

Capacités d'adaptation de la personne Alzheimer

La personne âgée Alzheimer est souvent décrite sous l'angle de la perte, de ce qu'elle n'est plus et ce qu'elle ne sait plus. En écho à cette vision, pouvons-nous rappeler le discours de Le Gouès sur la frustration du thérapeute¹², que l'on peut étendre à toute personne aidante, face à un esprit qui se délite sous l'effet de causes somatiques et du travail de la pulsion de mort. La personne aidante est en proie à une dynamique relationnelle qui la relance sur la question de sa propre finitude, sur son rapport au manque et à la mort.

Pour autant, la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer garde un potentiel d'adaptation au monde environnant.

Comme nous l'avons évoqué, l'hippocampe et les structures corticales qui l'entourent, jouent un rôle important dans la mémoire épisodique.

Par exemple, lors d'un souper bien arrosé avec des amis, le souvenir des visages des personnes présentes, du goût du vin ou de la musique est distribué dans les différentes aires

¹¹ EurékaSanté. (2013). *L'évolution de la maladie d'Alzheimer*. Page consultée le 20 mars 2013 de <http://www.eurekasante.fr/maladies/systeme-nerveux/maladie-alzheimer.html?pb=evolution-formes>

¹² Le Gouès, G., Ferrey, G., (2006), *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris : Ed. Masson

visuelles, olfactives et auditives du cerveau, qui sont liés ensemble par l'hippocampe pour former un " épisode " au lieu de demeurer une collection de souvenirs séparés¹³.

Mais au bout d'un certain temps, ces différentes régions corticales activées lors d'un événement deviendraient fortement liées entre elles et pourraient se passer du travail de l'hippocampe comme agent de liaison. Grâce à ce couplage, le seul souvenir d'une pièce musicale qui jouait ce soir-là pourrait nous rappeler toute la scène du souper, chacun de ces éléments pouvant servir d'indice pour faire resurgir à la conscience tout le reste.

Les souvenirs encodés depuis longtemps dans la mémoire à long terme peuvent donc se passer de l'hippocampe. C'est en particulier le cas des connaissances générales de la mémoire sémantique qui activent plutôt le cortex frontal et le cortex temporal. L'activité du lobe temporal correspondrait à l'activation du fait en question et celle du cortex frontal à son accession à la conscience¹⁴.

Aussi, la mémoire procédurale, celle du " savoir faire " comme aller à bicyclette par exemple, ne solliciterait pas du tout l'hippocampe.

Quant à l'amygdale, elle est atteinte tardivement dans la maladie, la mémoire émotive reste active grâce à cette structure du système limbique. Si le malade Alzheimer perd la capacité de maîtriser son humeur et ses émotions, le docteur Polydor propose de considérer que ce soit seulement à un stade avancé que l'empathie soit altérée dans la maladie d'Alzheimer. « *Le siège lésionnel initiale est hippocampique puis temporal et tardivement diffus (donc abordant l'aire 44 de Broadman ou aire de Broca, des neurones miroirs) (...) Le malade garderait un temps certain la capacité à décoder les émotions de l'autre grâce à une préservation de l'amygdale et donc de l'empathie, qui peut être défini comme « la capacité de se représenter les émotions et sentiments d'autrui sans les ressentir soi-même¹⁵ » ».*

¹³Le cerveau à tous les niveaux. *La démence de type Alzheimer*. Page consultée le 7 janvier 2013 de <http://lecerveau.mcgill.ca/>

¹⁴ *Ibid*

¹⁵ Polydor, J.-P., Empathie, résilience et Alzheimer. *Alzheimer et communication*. Compte rendu du congrès du Gral, Marseille. Ed. SOLAL

Cependant, les connexions du cortex préfrontal à l'amygdale étant endommagées, la personne Alzheimer maîtrise peu son anxiété de façon consciente et parvient difficilement à planifier une réponse face au danger ou à la situation désagréable¹⁶.

Cécile Delamarre quant à elle prône la prépondérance de l'intelligence sensori-motrice préservée dans cette maladie, s'appuyant sur les organes des sens, permettant au malade de gérer ses adaptations à son environnement actuel, dans son « ici-maintenant ». Elle avance l'idée d'un maintien des « *percepts* », autrement dit « *(des) représentation(s) interne(s) de nous-même et de notre environnement mais ces images mentales sont de courte durée.* »¹⁷

Elle défend l'idée d'un maintien d'une communication analogique qui permettrait à la personne de communiquer avec son entourage, a contrario d'une communication digitale altérée par les pertes neuronales. « *Les structures sous-corticales comme les noyaux gris centraux et le cervelet viendraient compenser les défaillances des structures corticales, permettant une analyse de la communication non-verbale, dans sa dimension « chosiforme » où le rapport entre le signifiant et le signifié est plus direct*¹⁸ ».

La Maladie Alzheimer. Point de vue psychique.

Dans leur article, C. Hoenner, A-M Gardey se sont penchés sur les nombreux travaux effectués sur l'idée d'une étiologie psychogène à la Démence Sénile de Type Alzheimer (DSTA) notamment par une atteinte narcissique, un vécu d'abandon, d'inutilité, une peur du handicap et de la mort allant même jusqu'à voir dans la démence « *une modalité psychique défensive « du « dernier recours » qui, dans ce cas, présenterait un coût économique très élevé, affectant sérieusement le fonctionnement psychodynamique du sujet. Tout se passerait alors comme si le dément sénile ne voyait plus l'inacceptable dans son miroir car il aurait changé d'espace et de temporalité*¹⁹ ».

¹⁶ Le cerveau à tous les niveaux. *La démence de type Alzheimer*. Page consultée le 7 janvier 2013 de <http://lecerveau.mcgill.ca/>

¹⁷ Delamarre, C. (2007). *Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*. Paris : Dunod. P.21

¹⁸ Delamarre, C., (2011). *Alzheimer et communication non verbale. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*. Paris : Dunod.p.8

¹⁹ Hoenner, C., & Gardey, A.-M. (2004). La démence sénile de type Alzheimer (DSTA) : Pertinence d'une prise en charge psychothérapique à médiation corporelle. *L'information psychiatrique*. 80(10)

Les travaux de Grosclaude rapportés dans cet article, rappellent le clivage du lien psyché-soma, autrement dit le « *rabattement du psychique vers le somatique, qui en reste imprégné et en conserve les traces (...) le processus démentiel fait retourner le sujet à des conditions internes où le statut du soma devient primordial puisqu'il renferme, et est, tout. Le sujet n'est donc pas vraiment perdu, il est toujours là et une perspective de soins pourrait envisager d'aller à la recherche du lieu où il peut se trouver rabattu*²⁰ »

L'auteure donne une lecture psychanalytique des troubles du comportement qui nous donnent le sentiment que la personne démente est « retombée en enfance », des points de régression psychique étant observables.

L'article met l'accent sur l'intérêt qui doit être porté à mémoire corporelle « *innée ou acquise, (qui) offre un champ très large de manifestations, du schéma corporel aux réflexes, en passant par le vécu kinesthésique ou encore les sensations agréables ou désagréables. Tout au long de la vie, le corps stocke des sensations liées à des sentiments, à des vécus affectifs, qui s'inscrivent dans l'inconscient*²¹ ».

L'article sur l'« usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer » met en avant la désintrinsication des pulsions contre laquelle le sujet se défend en se raccrochant à la mémoire de l'ancien, en se réfugiant « *dans le retour aux premiers investissements (les figures parentales). La sensorialité, les perceptions sont encore là : elles viendront pallier le manque de représentation interne. Le dément en « retrait autistique » hurle, déambule. Il s'est retiré du monde extérieur, se désinvestit progressivement de ce qui l'entoure, et, fonctionnant en circuit fermé, envahi par les pulsions de mort désintrinsicées, sa vie psychique s'essouffle*²² ».

Pour décrire ce psychisme qui se délite, Le Gouès a échafaudé le concept théorique de « *psycholyse* ». Une succession d'étapes caractérisent la désorganisation progressive du Moi. D'abord la « *perte de l'identité de représentation, puis de l'identité de perception, et de la capacité d'identifier un climat relationnel. A chacune de ces étapes, quand la pensée symbolique est atteinte, elle se réorganise autour de perceptions concrètes, et la pensée concrète laisse la place à la pensée affective* ». Il accorde de l'importance à la relance

²⁰ Hoenner, C., & Gardey, A.-M. (2004). La démence sénile de type Alzheimer (DSTA) : Pertinence d'une prise en charge psychothérapique à médiation corporelle. *L'information psychiatrique*. 80(10)

²¹ *Ibid*

²² Tauzia, N. (2005). Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 44. P. 115-147

affective qui restaure un certain état du Moi, en faveur d'une stabilisation narcissique propice au maintien de l'identité de la personne²³.

La psychothérapie de soutien d'inspiration psychanalytique de la personne Alzheimer

Longtemps, la perspective freudienne d'un remaniement psychique impossible au grand âge a amené les psychothérapeutes à désinvestir le champ de la gériatrie. Même si les puristes n'envisagent en aucune sorte l'usage de la psychanalyse auprès de la population des personnes âgées démentes, des psychothérapies de soutien d'orientation psychanalytique sont mises en œuvres par les psychologues issus de cette école de pensée²⁴.

D'autres se sont penchés sur des techniques psychocorporelles telles que la relaxation, ainsi que les techniques de la psychosomatique, réduisant ainsi le clivage psyché-soma.

La psychothérapie de soutien d'orientation psychanalytique accompagne la pensée vacillante de la personne âgée Alzheimer en s'adaptant à son rythme afin de renforcer son Moi pour qu'elle puisse mieux affronter les tensions auxquelles elle est soumise²⁵.

Le Gouès va jusqu'à reformuler la phrase de Freud concernant la cure-type « *que le Moi advienne là où était le ça*²⁶ ». Il pense que la visée de la psychothérapie analytique des personnes âgées démentes reste la même, seuls les objectifs sont plus modestes.

Le travail psychothérapeutique se veut aboutir à un élargissement du champ de la conscience par les interprétations faites par le psychanalyste du matériel verbal et transférentiel qui émerge dans la cure²⁷. La psychothérapie de soutien permet à l'appareil psychique de fonctionner plus économiquement grâce à la reconstruction des défenses.

²³ Le Gouès, G., & Ferrey, G., (2006), *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris : Ed. Masson. P. 186-187

²⁴ Le Gouès, G., (2005). *L'âge et le principe de plaisir. Introduction à la clinique tardive*. Paris : Dunod. P.3

²⁵ Le Gouès, G., & Ferrey, G. (2006), *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris : Ed. Masson. P. 188-192

²⁶ *Ibid*

²⁷ De Perrot, E. (2006). *La psychothérapie de soutien. Une perspective psychanalytique*. Paris : Ed. Broché. P. 55-62

Ainsi, il s'agit d'accompagner la régression psychique, le thérapeute se fait « *Moi auxiliaire* » en prêtant à l'autre ses défenses, en alimentant la relation transférentielle²⁸ pour donner à l'autre le sentiment d'exister, une stabilisation narcissique, un maintien des pulsions de vie²⁹.

Définition de l'hypnose

Le British Medical Association définit l'hypnose en 1955 comme « *un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel différents phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à différents stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être, dans l'état hypnotique, produits et supprimés*³⁰ ».

Autrement dit, l'hypnose est un état d'élargissement de la conscience de la personne³¹, qui en révélant au sujet ses ressources personnelles peut induire un changement dans sa façon de voir sa problématique psychique.

La dissociation, caractéristique de l'état de transe hypnotique est « *une activité, régressive, entraînant une diminution de niveau de la pensée intellectuelle et de la volonté, qui permet la sensibilité accrue aux suggestions. (...) Un de ces niveaux conserve toute la force logique de la raison, tandis que l'autre, engagé dans le processus, vit complètement l'expérience en ayant diminué, ou aboli tout esprit critique*³² ».

L'hypnose est un relâchement de l'esprit, un état de diminution de la tension psychique, un état sensitif du psychisme. La personne hypnotisée garde le contrôle, voire augmente son contrôle dans la situation hypnotique en activant ses différents sens. « *Selon François Roustang, l'hypnose peut être définie comme « un état de veille intense, à l'instar du sommeil*

²⁸ Le Gouès, G. (2005). *L'âge et le principe de plaisir. Introduction à la clinique tardive*. Paris : Dunod

²⁹ *Ibid*

³⁰ Gallet, E. (2011). Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale. Enquête de pratique chez les médecins formés à l'hypnose médicale. *Thèse pour le Doctorat en Médecine*. Université d'Orléans-Tours. P.16

³¹ Bioy, A., Wood, C., & Celestin-Lhopiteau, I. (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod. P.7

³² Gallet, E. (2011). Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale. Enquête de pratique chez les médecins formés à l'hypnose médicale. *Thèse pour le Doctorat en Médecine*. Université d'Orléans-Tours. P. 16-17

*profond à partir duquel nous rêvons. De même que ce sommeil profond conditionne l'éclosion du pouvoir de rêver, de même cette veille intense nous fait accéder au pouvoir de configurer le monde*³³ ».

A cette caractéristique fondamentale de l'état hypnotique qu'est la modification de conscience de l'individu s'ajoute la nécessité qu'une relation singulière entre personne hypnotisée et praticien s'établisse³⁴.

L'histoire de l'évolution des mentalités concernant l'hypnose installe la parole en clef de voûte de l'efficacité hypnotique. Début 1800, l'abbé Faria prétend que la parole et toutes les manifestations non-verbales positives du thérapeute étaient bien plus efficaces que ce que l'on nommait le fluide. Bernheim fait passer l'état hypnotique sur un second plan pour attribuer toute son importance à la suggestion, ce qui amena ensuite Freud à travailler sur la question du transfert³⁵.

Bioy et Bachelart écrivent dans un article sur l'alliance thérapeutique qu'une « *forte alliance au début de la thérapie peut influencer les effets du suivi en augmentant l'engagement dans la thérapie, en donnant de l'espoir, fournissant ainsi un socle solide pour la suite suivie* ». Ils citent Freud qui, en 1938, parlait de « *pacte thérapeutique* » nécessaire au bon déroulement de la cure³⁶.

Jean Godin définit l'hypnose comme « *un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. (...) Les techniques hypnotiques agissent sur les composantes sensori-discriminative et émotionnelle ou affective. Les études neurophysiologiques expliquent le regain d'intérêt pour l'hypnose car elles ont permis de montrer l'efficacité de cette technique*³⁷ ».

La dimension relationnelle entre le praticien et la personne hypnotisée mène à une communication d'inconscient à inconscient. L'interaction entre le thérapeute et la personne

³³Gallet, E. (2011). Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale. Enquête de pratique chez les médecins formés à l'hypnose médicale. *Thèse pour le Doctorat en Médecine*. Université d'Orléans-Tours.

³⁴Bioy, A., Wood, C., & Celestin-Lhopiteau, I. (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod. P. 6-7

³⁵Rigaud, A.-S. (2008). Apport de l'hypnose médicale dans la conception d'un projet de soin du résident en EHPAD. *Mémoire de Diplôme Universitaire de Médecin Coordonnateur en EHPAD*. Université René Descartes- Paris V. P.5

³⁶Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique. *Recherches et Perspectives Cliniques. Perspectives Psy*. EDK, Groupe EDP Sciences. 49. 317-326

³⁷ Gallet, E. (2011). Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale. Enquête de pratique chez les médecins formés à l'hypnose médicale. *Thèse pour le Doctorat en Médecine*. Université d'Orléans-Tours

conduit l'esprit de l'hypnotisé à considérer le monde comme dans un rêve, à travers les processus primaires de son inconscient, à travers son imaginaire.

Pour Erickson, le but de l'hypnose est de communiquer des idées et leur compréhension à la personne et l'amener à utiliser les compétences qui existent en elle à la fois au niveau psychologique et physiologique. La démarche d'Erickson s'appuie sur la notion d'inconscient en tant que réservoir des ressources de la personne. L'état dissociatif permet à l'inconscient d'être réceptif aux suggestions du thérapeute³⁸.

L'hypnose est également définie comme étant une méthode psychocorporelle. Autrement dit, l'hypnose fait partie des « *approches psychothérapeutiques partant du corps, ou se servant du corps comme médiation, et plus largement comme des méthodes impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventive*³⁹ ». L'outil qu'est l'hypnose peut être utilisé à visée de relaxation comme le précise le Dr JM. Benhaïem, « *la relaxation utilise aussi l'état hypnotique*⁴⁰ ».

L'hypnose dans la psychothérapie de soutien de la personne Alzheimer ?

Nous pouvons, dans un premier temps, proposer que l'hypnose participe à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de la démence Alzheimer. « *La qualité de vie peut simplement être définie par la perception plus positive du fonctionnement de notre corps et de notre esprit* ». Aussi, « *la perception positive de l'esprit s'entend en ressenti agréable des émotions et des affects en rapport avec le fonctionnement du corps mais aussi avec l'environnement*⁴¹ ».

Déjà des recherches sur l'espace Snozoelen révélait que « *nous pouvons émettre l'hypothèse que l'ambiance positive sensorielle (couleur, son, odeur, sensation tactile) influe directement et passivement sur les structures cérébrales productrices d'émotion pour provoquer l'apaisement. Le dément ferait en quelque sorte l'économie de l'induction hypnotique et du*

³⁸ Erickson, M. (2013). *L'hypnose thérapeutique : Quatre conférences*. Ed. ESF. P. 29

³⁹ Thibault, P., & Moreaux, T. *La place des méthodes psycho corporelles dans la prise en charge et la prévention de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée*. Document consulté le 18 février 2013 de http://www.cnr.d.fr/IMG/pdf/no8_moreaux.pdf

⁴⁰ Gallet, E. (2011). Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale. Enquête de pratique chez les médecins formés à l'hypnose médicale. *Thèse pour le Doctorat en Médecine*. Université d'Orléans-Tours

⁴¹ Rigaud, A.-S., (2008). Apport de l'hypnose médicale dans la conception d'un projet de soin du résident en EHPAD. *Mémoire de Diplôme Universitaire de Médecin Coordonnateur en EHPAD*. Université René Descartes- Paris V. P. 3

*stade de la fascination pour être directement réceptif à l'ambiance de son environnement*⁴² ». L'hypnose, par la prise de conscience des sensations positives ressenties dans le corps et la réduction des tensions pourrait modifier le rapport du sujet à lui-même et à son environnement.

La personne Alzheimer souffre du déclin de son appareil psychique ainsi que de l'angoisse de mort que ce délitement amplifie. La partition du Moi décrite par Le Gouès, où « *à des états syntones succèdent des échappements du Moi, sur lesquels la volonté du sujet ne semble avoir aucune emprise*⁴³ », laisse un sentiment d'étrangeté quelques fois formulé par la personne Alzheimer auquel s'ajoute le sentiment de ne plus pouvoir décrypter son environnement comme elle avait l'habitude et l'aisance de le faire, elle peut se sentir « *perdre la tête* » et par association d'idées « *devenir folle* » ou avoir l'esprit embrouillé.

L'hypnose remet l'individu en mouvement et l'installe à sa place, en développant ses ressources personnelles et sa sécurité intérieure. Son but est de réactiver dans l'ici et maintenant les potentialités et les ressources inconscientes ou non utilisées d'une personne.

Peut-être que l'hypnose peut soutenir la personne âgée Alzheimer dans ses stratégies de survie psychologique, notamment en laissant émerger sa vie imaginaire ouvrant à la nouveauté, au changement. Au sujet des stratégies d'adaptation à la vieillesse, l'article qui s'intitule « *du vieillissement positif au vieillissement créatif* » rappelle que « *comme le distingue de Boucaud (2005) deux grands domaines de création doivent être différenciés : « le domaine extériorisé : c'est la création comme expression, comme production, comme invention (...), le domaine intérieur : créer c'est aussi construire, continuer à se construire, développer sa personnalité*⁴⁴ » ».

Aussi, Guillet souligne « *l'importance de l'acte de création pour maintenir un équilibre de vie, un goût pour supporter plus facilement les souffrances physiques et mentales*⁴⁵ ».

L'hypnose, par son rapport à l'imaginaire, permet d'accéder au plaisir de vivre selon ce qui fonde notre noyau identitaire, notre singularité.

⁴² Rigaud, A.-S., (2008). *Apport de l'hypnose médicale dans la conception d'un projet de soin du résident en EHPAD. Mémoire de Diplôme Universitaire de Médecin Coordonnateur en EHPAD. Université René Descartes- Paris V*. P. 18

⁴³ Le Gouès, G., & Ferrey, G. (2006), *Psychopathologie du sujet âgé*. Ed. Masson. P. 206

⁴⁴ Gognalons-Nicolet, M. (2008). Du vieillissement positif au vieillissement créatif. *Gérontologie et Société*. 125. P.94

⁴⁵ *Ibid*

Le Docteur Gallet, dans son mémoire sur l'hypnose médicale nous a éclairé sur l'activation neuronale du cerveau dans l'état hypnotique, ce qui non seulement nous assure une stimulation cognitive qui est en soi un objectif de travail souvent poursuivi en gériatrie, mais aussi nous éclaire sur le sentiment de bien-être que la personne démente peut vivre en se sentant être, bouger, faire. « *Des expériences utilisant des techniques hypnotiques basées sur la reviviscence de souvenirs agréables ont démontré qu'un plus grand nombre de zones cérébrales est activé sous hypnose par rapport au repos (les yeux fermés) ou lors d'exercices d'imagerie mentale. Les zones les plus sollicitées sont alors les aires visuelles (cortex occipital), sensorielles (cortex pariétal) et motrices (cortex précentral), comme si, sous hypnose, le sujet voyait, sentait et bougeait réellement*⁴⁶ » Un tel exercice permettrait la détente musculaire par la production d'endomorphines.

Se sentir bouger, explorer par ses sens un environnement virtuel peut probablement aider la personne âgée à lutter contre les effets dévastateurs du sentiment de dépendance, d'être une charge inutile pour l'autre. C. Delamarre rappelle que les pertes de mémoires altèrent le sentiment de confiance en soi et l'estime de soi qui eux-mêmes perturberont en retour les performances intellectuelles⁴⁷.

La personne âgée Alzheimer est-elle capable d'être accompagnée vers l'état hypnotique ? Selon Cyrulnik, une personne Alzheimer reste réceptive à nos intentions par la communication verbale et non-verbale. Il met en avant qu'une communication est existante et rappelle que le lien à la personne démente la maintient en vie, participe à son équilibre psychologique : « *L'émotion, l'attachement, la recherche d'une « base de sécurité » permettent toujours d'amorcer des mémoires. (...) La notion de « base de sécurité » pour le malade est à développer avec des regards, paroles, ton de voix rassurants, qui détendent l'atmosphère et le malade. Un environnement calme sécurise le monde du malade. Le langage gestuel est aussi à privilégier : monter du doigt, accentuer les mimiques (« hum, quelle bonne odeur, je vais me régaler »)*⁴⁸ »

⁴⁶ Gallet, E. (2011). Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale. Enquête de pratique chez les médecins formés à l'hypnose médicale. *Thèse pour le Doctorat en Médecine*. Université d'Orléans-Tours. p. 11

⁴⁷ Delamarre, C. (2007). *Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*. Paris : Dunod. P.5

⁴⁸ Agevillage. (2013). Boris Cyrulnik présente ses réflexions et propositions pour l'accompagnement des malades Alzheimer. Page consultée le 18 février 2013 de <http://www.agevillage.com/actualite-356-1-alzheimer.html>

PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE

Les études présentées dans les précédents paragraphes mettent en évidence une vie psychique inconsciente préservée chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. La personne âgée Alzheimer est douée de capacités relationnelles par une sensibilité empathique à la présence de l'autre. La maladie d'Alzheimer est une maladie du sens en raison de la déconstruction progressive de l'appareil psychique.

Deux grandes questions vont être abordées dans ce travail.

D'abord, la personne âgée Alzheimer est-elle hypnotisable malgré le déclin intellectuel et psychique auquel elle est soumise ?

Autrement dit, les troubles attentionnels permettent-ils à la personne âgée Alzheimer d'entrer en état de transe hypnotique ? Les problèmes mnésiques, d'association d'idées et de cohérence dans le raisonnement lui permettent-ils de s'approprier les suggestions émises durant la séance d'hypnose ?

Ensuite, nous pouvons nous interroger sur les effets de l'hypnose chez la personne âgée Alzheimer ? L'hypnose amène-t-elle un sentiment de mieux-être à la personne âgée Alzheimer ?

L'hypnose, par le processus de transe hypnotique et l'établissement d'une alliance thérapeutique, ouvre une porte sur l'inconscient de la personne.

L'hypnose permet-elle un travail de renforcement du Moi, de cohésion identitaire chez la personne Alzheimer ?

L'hypnose est-elle un outil privilégié chez la personne âgée Alzheimer pour retrouver un sentiment de sécurité intérieure et un relâchement de tensions psychologiques et musculaires ?

Hypothèse 1 : La personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer douée d'une intelligence sensori-motrice et capable d'une communication analogique est sensible à une relation thérapeutique transférentielle lorsque le cadre thérapeutique est aménagé. La communication d'inconscient à inconscient dans l'alliance thérapeutique entre le thérapeute et le sujet âgé laisse à penser que la personne âgée Alzheimer est hypnotisable. Ses capacités d'attention réduites permettent un lâcher-prise propice à la transe hypnotique.

Hypothèse 2 : L'hypnose ravive des mémoires et fait émerger les ressources inconscientes de la personne âgée Alzheimer. L'hypnose offre à la personne de renforcer ses ancrages identitaires. Cet outil thérapeutique renforce la position de la personne dans sa vie, dans ses relations aux autres. Ce renforcement du Moi amène confiance en soi et estime de soi.

Hypothèse 3 : L'hypnose permet la relaxation, la réduction des tensions psychologiques, notamment de l'anxiété, et des tensions physiques. Ce lâcher-prise relance la créativité de la personne et ouvre à des stratégies d'adaptation à sa vie bénéfiques.

Pour éclairer ces interrogations, je vous propose l'analyse de trois séances d'hypnose auxquelles ont participé trois personnes âgées Alzheimer chacune à un stade différent de la maladie. Ces séances ont été proposées en décembre 2012 au début de la formation au diplôme universitaire d'hypnothérapie. Elles vous seront proposées dans un ordre chronologique.

METHODOLOGIE

Cadre expérimental

Le terrain expérimental choisi est un accueil de jour dont je suis salariée depuis 2007. Cette structure accueille du lundi au vendredi de 9H à 17H des personnes âgées de plus de 60ans souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, ainsi que des personnes âgées enclin au repli sur soi qui souhaitent évoluer dans un environnement social chaleureux et stimulant quelques jours par semaine.

Les personnes Alzheimer sont orientées vers l'accueil de jour par un membre de la famille, souvent l'aidant principal, ou par un professionnel de la santé tel que le médecin traitant, l'infirmière coordinatrice du réseau gériatrique, l'infirmière ou l'aide-soignante à domicile, ou tout autre professionnel rencontré dans le parcours de soin.

Après un premier contact avec l'infirmière coordinatrice de l'accueil de jour à son domicile ou à l'occasion d'une visite de la structure, la personne bénéficie d'une journée d'essai qui lui permet une première immersion dans ce nouvel environnement où activités individuelles et collectives sont offertes. La personne fait alors connaissance du directeur d'établissement, de l'animatrice, des aides-soignantes et des autres personnes accueillies.

Mon temps de présence de psychologue est d'environ deux jours par semaine. Mes missions sont de soutenir psychologiquement les résidents, leurs aidants et le personnel, je m'y emploie en animant les réunions d'équipe autour des projets individuels d'accompagnements des groupes d'activités collectives et des entretiens individuels pour les personnes accueillies, des entretiens psychologiques aux personnes aidantes.

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer souffrent d'un repli sur soi lié au déclin de leurs capacités cognitives. Les difficultés à comprendre ce que l'autre raconte, ne plus pouvoir associer aussi aisément les idées, ne plus pouvoir rebondir spontanément sur les propositions d'un tiers, avoir des difficultés à se repérer d'un point de vue spatial et temporel, avoir besoin d'aide dans la réalisation des actes quotidiens font partie du processus de ce déclin cognitif et psychique qui s'inscrit dans une souffrance globale, c'est-à-dire physique, psychologique, spirituel et quelques fois sociale.

La problématique psychologique mise en avant par ces personnes est souvent liée au vécu difficile de la dépendance physique et psychologique à l'autre, le sentiment d'être une charge pour leurs proches. Certains ont conscience de « *faire des bêtises* » (disent-ils), le vécu réprobatoire du surmoi resurgit avec les ressentis et souvenirs des interdictions des premières figures parentales. La figure maternelle est souvent recherchée ce qui permet à la personne d'accepter l'aide qui lui est nécessaire lorsqu'elle lui est amenée avec contenance et bienveillance.

Les entretiens psychologiques se déroulent dans une partie de la salle de réunion aménagée avec un paravent et des couleurs douces afin de créer un espace accueillant.

Cadre des rencontres

Comme précisé dans un paragraphe antérieur, je vais vous présenter trois cas cliniques dont l'ordre de présentation suit la chronologie des séances d'hypnose effectuées. M. Lucien a été le premier à bénéficier de l'hypnose. Seront ensuite décrit les séances de Mme Anémone et de M. René.

M. Lucien, nonagénaire, se situe au deuxième stade de la maladie d'Alzheimer. Il est accueilli dans notre structure dans le but de trouver un étayage environnemental, relationnel l'aidant à faire face à ses difficultés à domicile. Il vit seul dans sa maison, seules les aides à domicile effectuent des passages chez lui et l'aident dans son quotidien. Il n'a pas de famille à proximité. Après une période d'accueil de 2 journées par semaine, son tuteur décide de lui permettre de venir tous les jours de la semaine, répondant ainsi à sa demande de pallier à ses moments de confusion et à son sentiment de solitude qui demeurent pour lui insupportables à domicile.

Fin 2012, l'entrée en maison de retraite est organisée par son tuteur, prenant soin de sa dimension psychologique en le préparant avec le concours du personnel de l'accueil de jour à l'entrée institution de façon définitive. Il est d'accord d'y aller. Il est placé après une hospitalisation suite à une chute à domicile. Quelques jours après son arrivée à la maison de retraite, M. Lucien demande à venir 2 fois par semaine à l'accueil de jour.

M. Lucien attire l'attention du personnel des deux structures par son sentiment de colère affichée qui rapidement altère son état général en réduisant son appétit, en perturbant son sommeil, en entravant son adaptation à la maison de retraite.

Il est demandeur de soutien psychologique tant à la maison de retraite qu'à l'accueil de jour. Il se positionne dans une demande concrète de rentrer chez lui, souffre de ne pouvoir y aller parce que son tuteur le lui interdit. D'un point de vue pratique, cette demande ne peut être réalisée, les escaliers pour entrer chez lui ne lui permettent pas d'accéder à son domicile en fauteuil roulant.

Sa problématique psychologique relève d'une séparation difficile à accepter d'avec sa maison, dont il dit qu'il s'agit de la maison familiale sur laquelle il a promis de veiller. Son tuteur lui a « défendu » d'y retourner. « *Je n'ai pas le droit* » ; « *c'est dur, mais c'est défendu d'y aller* ». Le tuteur cherche à le rassurer en lui certifiant qu'il veille quotidiennement sur cette maison. Les entretiens psychologiques laissent émerger des souvenirs de guerre, de camp de travail où il a vécu dans la terreur, la faim, la soif, la maltraitance.

Ces entretiens cliniques l'amènent à verbaliser son ressenti, à analyser la situation, à relativiser et à accepter la situation. Les effets apaisants sont notables au sortir des entretiens, le désir quant à lui resurgit inmanquablement quelques temps plus tard. Un travail de collaboration a été mené avec la psychologue de la maison de retraite. Un membre de sa famille, peu présent, a pu nous apporter des éléments de son histoire de vie, il est convenu qu'il le rencontre à l'occasion des fêtes de Noël et qu'il lui amène des effets personnels de son domicile.

L'appétit de M. Lucien reste faible, le sommeil perturbé, les relations avec les autres résidents se délitent, autant d'éléments qui ont un impact sur son physique et continuent à altérer son état général de façon significative.

Face à sa demande incessante de voir sa maison, je lui propose une séance d'hypnose, argumentant que nous avons travaillé sa problématique par la parole, que les effets restaient remarquables un court temps après les entretiens, qu'un travail d'une autre dimension était envisageable pour pallier à son anxiété envahissante. Je pense l'accompagner dans la visite virtuelle de sa maison. Ce désir de revoir sa maison le taraude, allant jusqu'à en faire une idée fixe. Il accepte l'hypnose et devient demandeur du travail psychologique. Mon rythme professionnel ne me permet pas de répondre aussi régulièrement qu'il le souhaite à ses

attentes. Il a des difficultés à investir sa vie, ne parvient pas à trouver un équilibre psychologique durable. Il décède début de l'année 2013.

Mme Anémone, octogénaire, se situe au premier stade de la maladie d'Alzheimer. Elle est accueillie dans le but d'un maintien à domicile et d'un soulagement de l'aidant principal. Elle présente un trouble anxio-dépressif majoré par maladie d'Alzheimer, dont le support est sa conscience de son état cognitif déclinant qu'elle verbalise sous la forme « *je perds la tête, je suis en train de devenir folle, je ne veux pas être une charge pour mes proches, je veux mourir* ». L'infirmière de la structure et moi-même amenons à l'aidant principal de Mme Anémone la question de l'ajustement du traitement antidépresseur par le neurologue ou le médecin traitant. Mme Anémone arrive habituellement à l'accueil de jour explorée, l'angoisse de séparation étant difficile à vivre. Elle participe peu aux activités, vit des épisodes récurrents de pleurs intempestifs difficiles à soulager. L'entretien psychologique classique a peu d'effets, exacerbant sa détresse face au sentiment de perdre la maîtrise de sa vie. L'aidant principal décide d'augmenter la posologie de son anti-dépresseur. Je lui propose une séance d'hypnose pour l'aider à gérer son anxiété, l'objectif étant la relaxation. Elle gagnera en confiance en soi après la séance d'hypnose et ne pleurera plus que de façon exceptionnelle, ce qui met un terme au soutien psychologique. D'un point de vue temporel, ce mieux être correspond au vécu de la séance d'hypnose. Nul ne saura si les effets positifs sont attribuable à l'hypnose et/ou à la majoration de l'anti-dépresseur.

M. René, octogénaire, se situe dans le troisième stade de la maladie d'Alzheimer. Il est accueilli pour soulager son aidante principale qui refuse le placement définitif. Il vit un stade avancé de la démence qui se traduit par un déclin important de la communication verbale, ne s'exprimant que par quelques mots, de courtes phrases qui n'apparaissent qu'occasionnellement et aléatoirement dans le discours, des stéréotypies verbales et motrices. Il ne participe plus aux activités, ses capacités ne le lui permettant plus. Le bruit l'insupporte, il aime être seul, déambule quelques fois, reproduit un mouvement de main sur la table, tel un homme travaillant le bois, ce qui nous rappelle son métier de charpentier. Il vit difficilement ses rapports avec son entourage, refusant de façon véhémement et fréquente l'aide proposée, se sentant souvent agressé par les bruits environnants. L'hypnose lui est proposée dans un but de relaxation.

Présentation du déroulé des entretiens

Séance avec M. Lucien :

Je propose à M. Lucien de nous entretenir dans la pièce qui sert habituellement de salle de réunion où j'ai aménagé un espace pour les entretiens cliniques. Un endroit calme qui nous demande de sortir de l'accueil de jour, de monter au deuxième étage. Celui-ci accepte la proposition, accoutumé au travail psychologique qui s'est déroulé au travers de 4 autres entretiens qui portaient sur la verbalisation de son vécu de la séparation de son domicile. Les associations qui lui venaient spontanément à l'esprit, relevaient de son passage dans les camps de travaux forcés durant la 2^e guerre mondiale. Ma collègue psychologue de la maison de retraite a travaillé son ancrage dans la réalité grâce à ses objets personnels.

Je lui propose de faire le point sur le travail psychologique mené. Des entretiens de soutien psychologique ont permis une certaine élaboration psychique, un travail d'analyse de sa situation et de son vécu, un travail d'association avec les autres souvenirs qui font échos à sa problématique. Je lui propose un autre type de travail en précisant que je suis en formation en hypnothérapie. Je cherche à faire émerger ses représentations personnelles de l'hypnose, « *je connais mais je ne sais pas faire ça* » me dit-il. Je lui explique qu'il s'agit de faire ce chemin ensemble, je l'amènerai vers l'état hypnotique, il pourra à tout moment choisir d'arrêter le processus, je n'ai aucune emprise sur lui. Je choisis des mots qui suggèrent « *accompagnement* », « *détente* », « *libre arbitre* », il sera libre de parler s'il le souhaite et rouvrir les yeux à tout moment. Pour une première expérience hypnotique, il est important pour moi, pour mon confort personnel, qu'il ferme les yeux, ce qui ne semble pas le déranger. Ma proposition est de l'amener à visiter sa maison d'un point de vue imaginaire, étant donné qu'il ne peut le faire concrètement. J'é mets l'hypothèse que la façon dont son placement s'est effectué ne lui a peut-être pas permis de faire son deuil du domicile, il a peut-être quelque chose à y faire qu'il peut retrouver grâce à l'hypnose. L'objectif étant également de l'amener à faire un pas de côté, d'observer différemment le problème. « *C'est l'amener à changer les relations qu'il entretient avec son corps (...) et au monde qui l'entoure selon la notion de perceptude de F. Roustang*⁴⁹ ». Il accepte la proposition de travail.

⁴⁹ Bioy, A., Wood, C., & Celestin-Lhopiteau, I. (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod. P.45

Phase d'induction hypnotique :

Bien qu'acceptant le travail par l'hypnose, M. Lucien a besoin d'être rassuré par le ton doux et enveloppant que prend ma voix, par ma main posé sur son genou, juste pour lui rappeler la relation de confiance établie. A la deuxième proposition de fermer les yeux, il choisit de mettre un mouchoir devant ses yeux et passera le reste de la séance dans cette position.

Je lui suggère de prendre conscience des portes qui claquent, de la soufflerie du chauffage, des bruits de pas dans le couloir.

Je lui suggère de prendre conscience des points d'appui sur son fauteuil, en prenant « *une position confortable que vous avez choisi pour vous sentir en toute sécurité assis sur une base solide* ». Je m'inspire des enchaînements du script proposé en cours de diplôme universitaire pour parler de la respiration en m'appropriant le contenu et en y mettant mes métaphores propres: « *Et dans cet environnement que vous continuez à percevoir, dans la position qui est la vôtre, simplement de porter attention à votre respiration...le mouvement d'inspiration et d'expiration, un mouvement qui vous accompagne depuis toujours, qui vous donne vie par cet air qui circule et alimente, éveille vos organes comme un flux énergétique qui vous met en mouvement...l'inspiration...l'expiration...tranquillement prendre conscience de cette force de vie...* ».

Phase de « Perceptude » :

-suggestion de visite de sa maison «*... et de profiter de cette expérience intérieure pour prendre le temps d'imaginer votre maison...* ». Je lui propose de visiter sa maison à travers la sensorialité. Regarder ce qui l'entoure, les couleurs, les objets, les personnes tout en laissant la possibilité de voir ce qu'il a choisi de mettre dans cette expérience unique. Entendre ce qui fait partie de son environnement en ouvrant la palette sonore pour qu'il puisse s'approprier son expérience selon les éléments qu'il veut y mettre (les oiseaux, la musique, le silence...tout ce qu'il choisira d'y entendre). Sentir le « *soleil qui brille* », l'odeur du « *chez-soi* ».

Devant l'immobilité de M. Lucien, je ressens le besoin de lui demander un signaling pour m'assurer de mon juste accompagnement, pour qu'il y ait une concordance entre son vécu sous hypnose et mes suggestions. « *...Et simplement de vous autoriser à me dire si vous voyez votre maison...* ». Il me répondra « *oui* » avec une grande émotion, en ajoutant « *je vois le soleil qui brille, il est chaud...oh la, la, la, la...je suis sur la terrasse...* ». M. Lucien me

donne le sentiment qu'il vit cette expérience dans son corps avec une charge affective importante.

Je continue à progresser dans mes suggestions en lui proposant de s'intéresser à l'intérieur de la maison. Mes suggestions suivent mes hypothèses concernant le deuil difficile de sa maison. « *...et tout en prenant le temps d'explorer votre maison à travers cette expérience imaginaire, de vous autoriser à toucher les objets, à les changer de place, à faire le ménage ou toute autre chose que vous n'avez pas eu le temps de faire avant de quitter votre maison...* ».

Je lui laisse le temps d'explorer, se faire sienne cette expérience pour lui suggérer après quelques minutes de saupoudrage de rediriger son attention sur sa respiration et les bruits environnants pour revenir tranquillement, à son rythme dans l'ici et le maintenant, en le resituant dans le lieu en lui indiquant le nom de la commune, de la structure institutionnelle, la pièce où nous nous trouvons.

Il ouvre les yeux et affiche un regard qui exprime une profonde tristesse. Je lui propose de dire quelque chose de cette expérience en lui demandant simplement comment il va. Il ne répond pas, son regard est fixe, pensif. « *Vous avez visité votre maison d'un point de vue imaginaire ?* », il répond dans une vive émotion « *oh oui, et j'ai pleuré, j'ai pleuré* ». Je lui réponds que cette réaction est compréhensible, il vit un période de deuil du domicile, l'expression des émotions est nécessaire et utile au cheminement psychologique.

Il est alors impossible pour moi de le laisser dans cet état moral de profonde tristesse, la blessure psychologique béante. Je me replonge dans le souvenir des entretiens psychologiques précédents et avance qu'il est important pour lui, me semble-t-il, de savoir sa maison en sécurité. Il acquiesce. Je lui propose d'y mettre un élément significatif pour lui qui lui permettra de la quitter l'esprit tranquille, « *une barrière, une alarme, un chien qui monte la garde...* ». Sa réponse est ancrée dans la réalité « *non, non, on ne met rien à ma maison* », je recadre mes propos en disant que je parle, bien évidemment de sa maison qu'il a exploré de façon imaginaire. « *Ah oui* » répond-il, « *pourquoi pas une barrière* ».

Je lui demande de se remettre sous état d'hypnose quelques minutes en fermant les yeux. Il met son mouchoir devant ses yeux sans hésitation. Et je lui suggère de revisiter sa maison à travers ses sens et en partant, de mettre une barrière, « *une grande barrière...ou une plus petite...comme bon vous semble...* », « *Juste une petite barrière* » me dit-il sous hypnose, en me donnant le sentiment qu'il la met « réellement » dans son imaginaire.

Et de lui proposer de rouvrir les yeux quand il aura le sentiment d'avoir fait ce qu'il avait à faire auprès de cette maison et de revenir dans l'ici et le maintenant. Il rouvre les yeux la mine transformée, détendue, me demandant où il se trouve, et après s'être repéré il me dit « *on est bien ici* ». Je reviens sur notre expérience en lui demandant s'il avait pu mettre la barrière. Il me répondra à ce moment-là et me le répètera durant la matinée « *tout est en ordre madame* », l'air serein.

Je partage cette expérience avec les aides-soignantes de la structure dont une à l'idée de lui proposer une activité individuelle autour de « mots croisés », activité qu'il apprécie particulièrement. L'hypothèse étant qu'il sera peut-être disponible psychiquement et intellectuellement à cette activité en relation avec la soignante. Il acceptera volontiers et passera un temps avec la soignante dans une ouverture d'esprit remarquable. Il déjeunera ensuite avec plaisir.

Les jours passeront ensuite sans que nous puissions nous rencontrer avant trois semaines, mon planning professionnel ne me le permettant pas. Les soignantes me transmettront qu'il a été dans une phase de colère et dans la revendication de son besoin de « *voir la femme avec laquelle il peut parler* », sans saisir l'identité de celle-ci. Toujours est-il qu'un désir d'être en relation avec un autre est relancé.

Séance avec Mme Anémone :

Mme Anémone est installée à table au moment du café matinal avec les autres personnes accueillies dans notre structure d'accueil de jour. Je lui propose de me suivre pour que nous puissions nous entretenir tranquillement au sujet de son état moral, à l'écart du bruit et des regards indiscrets. Mme Anémone accepte de me suivre en entretien psychologique tout en s'inscrivant dans cette démarche par des questions telles que « *mais qu'est-ce qu'on va faire ?* », à laquelle je réponds « *on va parler de votre moral, c'est important de prendre soin de son moral* », et elle de rétorquer « *à mon âge on ne peut plus espérer grand-chose* » sur le ton de la provocation.

Installées en salle de réunion, dans notre espace « soutien psychologique », elle me parle spontanément de sa vie en disant qu'il faut accepter de ne pas être comme on le souhaiterait et qu'elle a conscience de dramatiser les situations. Elle centre son discours sur sa jeunesse. « *C'était le bon temps* » dit-elle. Elle me parle de ses difficultés physiques en disant qu'elle avait autrefois l'habitude de danser la valse, la marche, le tango. Elle me raconte également

qu'elle a été malade étant enfant, elle s'est raccrochée à la foi religieuse pour faire face aux difficultés de la vie. Cette expérience de maladie infantile a été lourde pour ses parents, elle pense qu'ils ont été malheureux à cause d'elle, notamment sa mère qui a toujours vécu dans l'inquiétude.

Je lui propose un exercice de relaxation, n'employant pas le terme d'hypnose pour ne pas mettre en branle ses mécanismes de défense. Elle me fait part de ses craintes en disant qu'elle n'est pas sûre d'y arriver. Je la rassure en lui disant qu'il n'y a rien à faire si ce n'est écouter ma voix et se détendre. Elle me dit sur le ton de l'humour qu'il lui est souvent difficile d'« écouter » les autres au sens d'« obéir ».

Phase d'induction hypnotique :

Je lui demande de fermer les yeux, en insistant pour qu'elle le fasse et en le lui répétant par trois fois. Elle me dit craindre ne pas être capable de se relaxer. Je lui prends la main pour la rassurer et lui dit, en la regardant fixement dans les yeux, que ce que je lui propose va bien se passer, elle va parvenir à se relaxer parce que je suis là pour l'aider.

Elle ferme les yeux, et tout en les maintenant fermés, elle fait des commentaires, me dit qu'elle a du mal à s'exprimer ces derniers temps. Je lui tiens la main, je lui parle d'un ton rassurant et confiant, comme si je lui communiquais ma confiance en cette expérience, ma certitude que cela va bien se passer. Je centre mon attention sur l'idée qu'elle va réussir à se centrer sur elle-même et lâcher-prise sur son environnement et sur sa volonté de maîtrise.

L'induction se fait sur des points de repères sonores (soufflerie du chauffage, les bruits qui proviennent de l'étage du bas, de la rue). J'insiste sur la description et la prise de conscience des points de repères physiques. Nous nous tenons main dans la main, son autre main repose sur sa canne, je lui propose de prendre conscience de ses points d'appui corporels sur sa chaise. Dans le cas de Mme Anémone, je pense nécessaire de passer du temps sur cette conscience d'une base solide porteuse pour se laisser aller à l'expérience hypnotique. Je l'invite ensuite à porter attention à sa respiration, « *les mouvements de l'inspire et de l'expire qui vous accompagnent depuis votre naissance et qui vous ont permis de grandir* ».

Phase de « Perceptude » :

J'axe mes suggestions sur la thématique de la liberté, la légèreté à travers le temps du bal de sa jeunesse. Je lui propose une exploration visuelle, olfactive, sonore, cénesthésique. Mes

suggestions ouvrent toujours la voie aux choix de Mme F., je lui propose un cadre suffisamment souple qu'elle peut s'approprier selon ses préférences, souhaits, désirs, laissant les images mentales émergentes prendre place dans sa visualisation. Je constate que son tonus musculaire se relâche petit à petit, son corps s'affaisse. J'y associe des suggestions sur les liens entre présent, passé et la certitude d'un soutien affectif de son entourage et spirituel hier comme aujourd'hui, lui garantissant la confiance et la légèreté qui peut en découler. Son relâchement musculaire important m'amène à m'interroger sur sa réceptivité pensant qu'elle s'est endormie durant la séance.

Je termine par une suggestion post-hypnotique « *vous garderez cette légèreté et cette confiance en soi qui vous appartiennent dans les moments difficiles de la vie* », en lui demandant de se concentrer sur sa respiration et pendant le saupoudrage, elle rouvre les yeux sans que je le lui suggère.

Elle me demande où elle se trouve. Dit se sentir détendue, état qu'elle n'a jamais ressenti par le passé. Elle me demande comment j'ai fait pour l'endormir, elle a le sentiment d'avoir dormi.

Le sentiment de bien-être ressenti et formulé laisse place à un sentiment d'étrangeté qui la trouble, et crescendo lui cause un sentiment de peur, puis de panique.

Mme Anémone : « Mais qu'est-ce que vous m'avez fait ? »

Moi : « Comment vous sentez-vous ? »

Mme Anémone : « Bien, très bien même ... mais vous m'avez jeté un sort, mais qu'est-ce que vous m'avez fait avec vos mains ?! »

Moi : « Vous avez pu vous détendre, c'est bien »

Elle ne veut rien entendre des bénéfices de cette séance et plonge après seulement quelques minutes de bien-être dans un état de stress important. Elle exprime son besoin d'aller aux toilettes, ce qui est souvent signe de stress chez elle. Son visage est marqué par la peur, elle tremble.

Après être allée aux toilettes à l'accueil de jour, elle se joint à ma table pour l'activité collective que j'anime et clamera aux autres personnes qu'elle se sent étrange dans sa tête depuis qu'elle a passé du temps avec moi qui l'aurais ensorcelée. Le regard des autres

stupéfait et incrédule la fait abandonner cette idée, retrouvant un état de détente. Elle occupera sa place dans ce groupe avec beaucoup de répondeur, une souplesse d'esprit que nous ne lui connaissons pas habituellement. Le restant de la journée se passera sous le signe de la spontanéité, une façon pour elle de s'affirmer sans avoir à recourir à la mémoire sémantique qui lui fait défaut. Elle se souviendra d'anecdotes relatives à sa vie de couple, à ses valeurs personnelles et familiales.

Séance avec M. René :

M. René est assis dans un fauteuil de l'espace détente au fond de l'accueil de jour, il refuse de se joindre au groupe pour le repas. Nous sommes vendredi, une journée souvent difficile où se mêlent fatigue et stress. Les sollicitations des soignantes ne le décident pas à venir manger, il reste dans le refus.

Il me signifie qu'il préfère rester au calme ce qui fait écho à une attitude connue de sa part.

Phase d'induction hypnotique :

Je m'installe accroupie devant lui, établissant un contact visuel et par le toucher en posant ma main sur son genou comme pour soutenir son attention vers mes propositions verbales et non verbales (changement de ton pour un ton plus doux, enveloppant).

Il me regarde droit dans les yeux le buste incliné vers moi. Nos regards se soutiennent l'un l'autre, comme s'ils étaient vecteurs de la focalisation de l'attention.

Phase de « Perceptude » :

« Et vous prenez conscience des points d'assise de votre corps sur ce fauteuil confortable », « vous profitez de ce temps unique de calme, de tranquillité, votre corps s'emplit du plaisir d'être dans un lieu silencieux ». Tandis que je lui parle continuellement mais calmement, d'une voix douce, de sa position dans son fauteuil au calme, des effets qu'il pourrait en retirer de l'ordre de l'agréable, le bien-être, autant de notions à connotation positive, il donne le change à mes suggestions par un « *oui...oui* », tranquille et signifiant son accord avec ce que je lui dis.

Je termine en lui suggérant de garder ces paroles en lui pour en tirer un sentiment de détente. Quelques minutes après cet échange, je constate qu'il dort. A son réveil il acceptera de venir à table et mangera avec appétit l'intégralité de son repas.

EXPOSE DES OBSERVATIONS CLINIQUES

Etablissement d'un partenariat avec la personne

L'alliance thérapeutique est une dimension essentielle de la collaboration du patient au processus hypnotique. Elle s'instaure en amont de la séance et demande à être entretenue tout au long du processus.

Communication verbale et non-verbale

De façon générale, toute rencontre que je propose dans un cadre thérapeutique est empreinte d'un profond respect pour sa personne à laquelle s'ajoute une attitude empathique de ma part me permettant, dans une position thérapeutique basse, de recevoir sa souffrance pour lui proposer en retour une relation étayante, thérapeutique. La parole de l'autre est ainsi accueillie quelque soit le lieu (en bureau, à la salle à manger, dans le couloir), le moment de la journée. Les objectifs de travail envisagés lors de la rencontre guident mon intervention verbale et non-verbale.

Dans les trois cas cliniques exposés, mon approche de la personne âgée se fait par un positionnement de face à face à hauteur de la personne âgée, voire un niveau plus bas. Cette position basse que je choisis de prendre amène tout naturellement la personne à se présenter telle qu'elle est, mon unique désir étant qu'elle s'autorise à exprimer dans la communication verbale et non-verbale sa souffrance psychologique. C'est cet objectif de travail que je formalise en m'accroupissant devant M. René, en m'installant dans un étroit face à face avec M. Lucien et Mme Anémone.

Le discours de la personne ainsi que son attitude qui émergent dans cette situation de rencontre m'éclairent sur ses préoccupations et sur son fonctionnement psychique. C'est en étant au plus près de son désir, de ses besoins que ses attentes peuvent être signifiées et comprises.

M. Lucien est dans une réelle demande et attente du travail psychologique. Il se présente comme volontaire et compliant, prêt à tenter l'expérience hypnotique sans hésitation.

Mme Anémone est dans la plainte tout en étant dans une forme d'ouverture d'esprit, son regard qui balaie un champ visuel large ainsi que son sourire au coin des lèvres en attestent.

M. René accepte ma présence à ses genoux, le toucher de ses jambes attire son attention sur moi, il se détend, est prêt à écouter les suggestions que je lui adresse.

L'alliance thérapeutique se tisse à partir de mon ajustement à ce que j'ai pu saisir de l'état d'esprit de l'autre, de son désir du moment. La communication non-verbale, d'inconscient à inconscient, dans cet espace symbolique de la « juste distance », au cœur du lien transférentiel, se fait vectrice de communication. Pour nous éclairer sur ce champ inconscient de la communication, les auteurs nous parlent de « proxémie », qui selon E.T. Hall est « *l'ensemble des observations concernant l'usage que l'humain fait de l'espace qui l'entoure et le sépare des autres. Il existe quatre distances principales dans l'expérience humaine : publique, sociale, personnelle, intime*⁵⁰ ».

Le premier temps de la séance d'hypnose m'a demandé d'interroger la personne sur son adhésion ou non à cette expérience. L'appareil psychique lésé, en déclin, de la personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer oblige à établir un contact humain en douceur de telle sorte que la personne ait le temps et la capacité d'analyser à son niveau la proposition de travail psychologique par l'hypnose. C'est ainsi que je me situe dans une « *distance intime* », telle que le rappelle C. Delamarre⁵¹, qui me place à moins de 45 cm de la personne, distance où tous les sens sont exacerbés, tous les signes que j'émetts peuvent être captés et faire sens pour l'autre. Dans cet espace relationnel, l'accrochage visuel ainsi que le contact de ma main sur une partie de leur corps sont un moyen d'exprimer la recherche du lien qui est la mienne. C'est de cette manière que j'instaure un climat rassurant porteur de mes intentions, notamment de ma position thérapeutique dont les bases rogéiennes que sont l'empathie, l'écoute, la congruence, le non-jugement signifient à l'autre la dimension humaniste qui guide mon travail⁵².

M. Lucien dira accepter l'idée d'un exercice d'hypnose sur un ton de confiance envers son thérapeute, il ajoutera simplement qu'il ne sait pas faire seul.

Mme Anémone partagera ses craintes d'échouer dans cet exercice.

⁵⁰ Prayez, P. (2005). *Julie ou l'aventure de la juste distance. Une soignante en formation*. Paris : Ed. Broché

⁵¹ Delamarre, C. (2011). *Alzheimer et communication non verbale. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*. Paris : Dunod

⁵² Rogers, C. (2008). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris: Ed. Broché

M. René aura un comportement d'acceptation, me laissera mener la séance en plongeant son regard fixement dans le mien ce qui me fera prendre conscience de cette modalité de focalisation de l'attention toute particulière capable d'engager la transe hypnotique.

Par leur attitude ouverte à la relation, ces personnes m'ont donnée leur autorisation à ce que j'entre dans leur sphère intime. Se dégage le plaisir partagé de cette relation de proximité, où le langage verbal et corporel relance le désir de l'appareil psychique à fonctionner.

Le canal sensoriel préférentiel

Le paragraphe précédent a mis en évidence l'importance du matériel verbal et non-verbal qui circule dans l'espace intime d'une relation de confiance. Les entretiens préalables ont participé à l'identification du canal sensoriel préférentiel de chacune des personnes, véritable porte d'entrée dans l'imaginaire de la personne.

M. Lucien s'inscrivait dans une dimension visuelle par les précisions apportées par son discours « *je ne vois pas comment faire pour m'en sortir* », « *j'aimerai voir ma maison* », « *mon tuteur va la voir tous les jours* ». L'hypothèse d'un besoin de sa part de voir sa maison en la visitant virtuellement prend forme assez rapidement, d'autant plus qu'il vit dans le passé par des ruminations aussi importantes qu'incessantes. Avoir saisi la prépondérance du canal visuel a permis d'amener des suggestions hypnotiques centrées sur la perception visuelle, par exemple, « *le soleil brille, vous y voyez clair* » a été une proposition de saupoudrage à M. Lucien.

Mme Anémone, quant à elle, met davantage en avant sa sensibilité kinesthésique, « *je me sens rouillée* », « *j'étais leste étant jeune* », « *j'étais malade* », autant d'éléments qui ont amené à des suggestions de mouvements imaginaires corporels par la danse. Le besoin de mouvement rejoint mes observations cliniques concernant son manque d'adaptation à sa maladie psychique qui la fige dans le désespoir et le repli sur soi.

M. René passe son temps assis au calme ou à tourner autour de la table, frottant énergiquement sa main sur la table. Il répond souvent à nos sollicitations par des gestes signifiant ses intentions. Les suggestions hypnotiques ont porté sur les sensations corporelles tout en étant accompagnées d'un toucher relationnel, le canal sensoriel cénesthésique étant le plus favorable.

Induction : modalités, focalisation de l'attention chez une personne Alzheimer

Attitude contenante

La porosité de l'appareil psychique de la personne âgée démente décrite par Le Gouès⁵³ dans ses ouvrages, oblige le thérapeute à offrir à la personne une attitude contenante lui permettant de supporter les peurs liées, dans les cas de M. Lucien et Mme Anémone, à une peur de l'échec. C'est ainsi que ma main leur est tendue et souvent saisie. Le toucher et le ton de ma voix enveloppants, maternels sont proposés. Je choisis d'accueillir les personnes sans jugement de valeur, dans une empathie de leur vécu, une écoute authentique, le visage humble, une congruence qui implique une confiance en soi communicative.

Cette relation maternante amenée par ma « *voix modulée par l'empathie qui signifie la reconnaissance et l'accueil de l'affect et ouvre l'espace à l'expression de la souffrance* » rappelle le « holding » de Winnicott « *à la fois réel et imaginaire qui ouvrirait un accès plus direct à l'imaginaire et au fantasme*⁵⁴ ».

Cette attitude contenante rappelle l'état amoureux de la mère envers son bébé, véritable régression de l'adulte âgé dans ce temps d'induction hypnotique vers une relation fusionnelle avec le thérapeute.

Focalisation de l'attention

M. Lucien et Mme Anémone ferment les yeux à ma demande. M. Lucien saisit un mouchoir qu'il met devant les yeux. Mme Anémone accepte de les fermer à la seule condition que nos mains se serrent réciproquement comme pour sentir la force qui nous accompagne. Fermer les yeux est pour moi une condition sine qua none pour que se produise la transe hypnotique chez la personne âgée Alzheimer dont je sais qu'elle est sensible, d'un point de vue attentionnel, aux stimuli interférents.

L'anxiété anticipatoire de M. Lucien et de Mme Anémone est peut-être liée à leurs difficultés cognitives à se projeter dans l'avenir, à comprendre l'intérêt de l'expérience hypnotique. Ces

⁵³ Le Gouès, G. (2005). *L'âge et le principe de plaisir. Introduction à la clinique tardive*. Paris : Dunod

Le Gouès, G., & Ferrey, G. (2006), *Psychopathologie du sujet âgé*. Ed. Masson

⁵⁴ Bioy, A., & Michaux, D. (2007). *Traité d'hypnothérapie: fondements, méthodes, applications*. Paris: Dunod. P.222

personnes focalisent leur attention grâce à l'alliance thérapeutique établit. L'expérience vécue avec M. René m'a plongée dans un étonnement singulier. Mon état d'auto-hypnose qui a résulté de ce vécu où je le voyais, à force de soutenir son attention, de façon floue, m'amène à émettre l'hypothèse de son entrée en transe hypnotique.

L'induction verbale faite à M. Lucien et Mme Anémone est basée sur le même modèle. Je leur suggère d'abord de prendre conscience des bruits environnants, de la position de leur corps puis de leur respiration avec une métaphore de la respiration source d'énergie et de vie. Une induction qui est une proposition de prendre place dans l'ici et le maintenant de leurs éprouvés corporels favorisant la dissociation, l'entrée dans un état modifié de conscience.

Vécu de la transe hypnotique

Lâcher-prise

Ces trois séances d'hypnose installent en moi un étonnement important concernant la profondeur de la transe. J'ai noté une diminution du tonus musculaire au fur et à mesure de la séance chez Mme Anémone, de sorte que j'ai cru qu'elle dormait, sa respiration étant devenue lourde comme en état de sommeil profond. L'état de sérénité qu'elle dégage me décide à lui lâcher la main. Son autre main est soutenue par sa canne sur laquelle tout son corps prend appui. Au fur et à mesure de mes suggestions de légèreté, confiance en soi, liberté, son corps se relâche de façon visible.

M. Lucien signale d'un point de vue verbal qu'il voit virtuellement sa maison ce qui génère un vécu émotionnel intense. Un des apports théorique relevé dans l'« Aide-mémoire d'Hypnose » me renvoie directement à l'expérience vécue avec M. Lucien : « *Si nous dressons la liste de tous les signes cliniques liés à l'hypnose, nous remarquons qu'il y a des signes où le patient semble absent, comme parti dans son imaginaire, et d'autres au contraire où il est très présent aux sensations de son corps*⁵⁵ ».

En effet, M. Lucien semble absent, d'où mon besoin de signaling auquel il ajoute un cortège émotionnel par l'évocation de la sensation de chaleur du soleil ainsi que les pleurs, signe de tristesse.

⁵⁵ Bioy, A., Wood, C., & Celestin-Lhopiteau, I. (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod. P.35

J'imagine la profondeur de la transe de M. René à travers le flou de mon regard plongé dans le sien jusqu'à ne plus percevoir de réelle frontière entre nous deux. M. René suit mes suggestions par des « oui » répétés et un hochement de la tête qui les accompagne.

L'ajustement du thérapeute

Toujours dans cette danse à deux où l'un et l'autre sommes pris dans l'expérience hypnotique, je cherche à être au plus près des besoins du patient.

M. Lucien visite sa maison de façon imaginaire. Mes suggestions de ranger, changer des objets et/ou des meubles de place suivent d'abord l'hypothèse d'un deuil du domicile difficile du simple fait de la précipitation au placement en maison de retraite après son hospitalisation sans qu'il ait pu passer une dernière fois à son domicile. Sans doute, comme l'écrit Anne-Ancelin Schützenberger « *l'inconscient a bonne mémoire, et le corps a une « mémoire d'éléphant »-le corps social aussi-, mais chacun réagit différemment aux événements de la vie*⁵⁶ ».

Le travail hypnotique avec M. S. se fait en deux temps comme précédemment souligné. A la fin de la séance, son état émotionnel me pousse à ne pas en rester là mais à trouver une solution d'apaisement visant au bien-être psychologique. C'est en m'appuyant sur ce que j'avais pu comprendre de ses préoccupations lors des entretiens précédents que je lui propose de protéger sa maison. Il souhaitera mettre une barrière, « *une toute petite barrière* » dit-il. Il m'a ainsi paru essentiel de tenir compte de ses éprouvés pour lui donner les moyens de les réguler en lui permettant de répondre à son besoin de sécurité, réponse qu'il validera plus tard en disant « *tout va bien Mme, tout est en ordre* » de façon calme et sereine.

Je m'ajuste à Mme Anémone en proposant des suggestions de légèreté, de confiance et foi faisant écho au discours qu'elle m'a amené avant la séance d'hypnose. Son lâcher prise observable m'indique que mes paroles l'accompagnent positivement dans ce processus hypnotique, lui permettant probablement d'atteindre le niveau de perceptude élargissant son champ de conscience, favorisant le changement. J'insère une suggestion post-hypnotique,

⁵⁶Ancelin Schützenberger, A. (2012). *Psychogénéalogie. Guérir les blessures familiales et se retrouver soi*. Paris : Ed. Payot. P. 42

connaissant sa tendance à l'anxiété et à la dépression, « *vous garderez cette légèreté et cette confiance en soi qui vous appartiennent dans les moments difficiles de la vie* ».

M. René me plonge dans un état d'auto-hypnose où mon état de flottement rend ma concentration sur le discours hypnotique difficile. J'ai cherché à m'y ajuster par des paroles, douce mélodie qui le (nous) berce(nt) dans cet état hypnotique. Il répètera « *oui...oui* » tout au long de la séance, intervention verbale positive qui atteste tout du moins qu'il adhère à mes suggestions.

Le retour de la transe hypnotique

M. Lucien a le faciès détendu, il sourit. Je note un changement de position lorsqu'il verbalise des paroles rassurantes à mon adresse « *tout est en ordre madame* ». L'expérience hypnotique a pris la forme d'une catharsis propice au bien-être et à l'investissement de son environnement, une relance de ses processus psychiques et intellectuels, sa participation à une activité cognitive qu'une aide-soignante lui propose après le travail d'hypnose en atteste. Son humeur changée l'installe dans une vision du monde positive. Telle une page qui s'est tournée à cet instant, il s'affiche comme ayant achevé un travail. Nous pouvons nous rappeler ce qu'a écrit Schützenberger : « *tant que le travail reste inachevé, une tension persiste en soi et l'on n'est pas disponible pour autre chose*⁵⁷ ».

Mme Anémone vit un changement qu'elle ne connaît pas qui éveillera en elle de l'angoisse. Elle verbalise se sentir bien, ressent un sentiment de détente sans précédent quelques minutes avant de retrouver son fonctionnement habituel anxieux, angoissé.

Elle transforme en quelques minutes ce vécu de bien-être en situation stressante avec son lot de manifestations physiques telles que l'envie d'aller aux toilettes, la peur visible sur son visage, les tremblements. Puis, une fois ses peurs balayées par le regard incrédule du groupe présent à l'activité, elle fait preuve d'un répondant hors du commun.

M. René s'endort. Il accepte à son réveil de suivre la soignante à la salle à manger, et mange son repas dans son intégralité.

⁵⁷ Ancelin Schützenberger, A. (2012). *Psychogénéalogie. Guérir les blessures familiales et se retrouver soi*. Paris : Ed. Payot. P.55

DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

Ces trois cas cliniques illustrent notre thématique de travail sur l'hypnose dans la prise en charge psychologique de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Il a été mis en évidence dans la partie clinique de ce mémoire que les trois personnes âgées Alzheimer qui ont participé à cette étude ont été hypnotisées. Nous pouvons expliquer ce constat par l'apport de Bioy en début de formation en Hypnothérapie, qui a amené l'idée que le processus hypnotique met en veilleuse l'intellectualisation⁵⁸. Mme Mainguet reprend cette idée en mettant l'accent sur la prépondérance des processus perceptifs dans l'expérience hypnotique. Le thérapeute permet ainsi à la personne d'agir sur les causes inconscientes du symptôme sans passer par son conscient⁵⁹.

La mémoire implicite est sollicitée dans la phase de transe hypnotique. La personne Alzheimer garde cette mémoire active jusque tard dans l'évolution de la maladie. Elle fait appel aux apprentissages passés qui se sont transformés en automatismes et qui ne nécessitent donc pas le concours de l'hippocampe de la personne. Cette mémoire implicite qui recouvre la mémoire procédurale et la mémoire émotionnelle est par définition non accessible à la conscience mais existe dans notre vécu et notre corps⁶⁰.

L'hypnose fait donc appel au ressenti qui mobilise la mémoire du corps. Le corps est langage et recèle des apprentissages antérieurs à l'élaboration symbolique du langage verbal⁶¹. D'un point de vue théorique, l'hypnose demande à la personne d'accéder à un état modifié de conscience, tout en s'inscrivant dans l'alliance thérapeutique avec son thérapeute. Le Gouès décrit la relation transférentielle qui existe entre une personne démente et autrui, notamment son thérapeute⁶². Bioy parle de transfert direct en hypnose, comme un lien empathique qui fait que l'un perçoit l'autre instinctivement par le ressenti⁶³. Nous pouvons comprendre que la personne âgée Alzheimer est capable grâce à son empathie de s'engager dans une alliance thérapeutique.

Le positionnement du thérapeute soucieux d'accompagner la personne par l'hypnose, soutenu en allant à son rythme, sans la précéder, nous renvoie aux principes thérapeutiques

⁵⁸ Bioy, A. (2012). *Intervention au cours de Diplôme Universitaire d'hypnothérapie*. Novembre 2012

⁵⁹ Mainguet, A. (2013). *Intervention au cours de Diplôme Universitaire d'hypnothérapie*. Février 2013

⁶⁰ Bioy, A., Wood, C., & Celestin-Lhopiteau, I. (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod. P.173

⁶¹ Bioy, A., & Michaux, D. (2007). *Traité d'hypnothérapie: fondements, méthodes, applications*. Paris: Dunod. P. 315-316

⁶² Le Gouès, G., & Ferrey, G. (2006), *Psychopathologie du sujet âgé*. Ed. Masson

⁶³ Bioy, A. (2012). *Intervention au cours de Diplôme Universitaire d'hypnothérapie*. Novembre 2012.

que met en avant Le Gouès en s'appuyant sur la notion de « *Moi auxiliaire*⁶⁴ » prêtée au thérapeute, rôle favorisant l'étayage de la pensée de façon à contenir le désordre affectif, « *Le tempo, la prévenance, la patience offerts par l'interlocuteur jouent ici un rôle déterminant*⁶⁵ ». Le Gouès rappelle que la mémoire affective perdure jusqu'au bout de la vie. L'imaginaire de la personne démente invité dans l'expérience hypnotique peut émerger sans entrave, les processus d'intellectualisation étant mis en veilleuse n'accaparent plus l'attention de la personne⁶⁶. Roustang décrit la transe comme un « *mode de perception élargie ou veille généralisée* » qui permet « *le changement mais pas la compréhension du changement*⁶⁷ ». Ainsi, « *les exercices d'hypnose font appel à l'imagination d'une situation ou d'un mouvement. Par ce procédé, on ne supprime pas la pensée, mais on la remet dans le corps. Elle n'est plus alors intelligible, elle devient mouvement*⁶⁸ ». Mme Anémone a été en situation d'imaginer un mouvement, celui de la danse et toutes ses sensations associées. Un exercice ouvert au changement car « *si le moi disparaît, l'individu perd ses faux contours, mais retrouve sa place, liée à son environnement*⁶⁹ ».

Nous nous appuyons sur les travaux de Roustang pour dire que la personne âgée Alzheimer est capable d'atteindre le stade de « *perceptude* », caractérisé par le lâcher prise, par un état d'ouverture à soi, aux sensations, à l'expérience et au monde environnant. Pour cet auteur, il semble évident que nous ayons tous connu la « *perceptude* », que nous puissions vivre la transe hypnotique, « *nous sommes dans la perception (ordinaire), nullement parce que nous n'avons pas encore pénétré au sein de la perceptude, mais parce que nous l'avons quittée. C'est un retour en arrière qu'il nous faut opérer. Le monde de la perceptude était là, il est toujours là à notre disposition*⁷⁰ ».

Rappelons que la maladie d'Alzheimer, par son caractère dégénératif, amène la libido du sujet à régresser vers des stades archaïques de sa vie libidinale pour s'y fixer en vue de retrouver une satisfaction fantasmatique. Cette régression ainsi que le déficit d'attention, le manque de repères spatio-temporels et autobiographiques, les problèmes mnésiques qui engendrent une confusion de l'esprit, et tous les symptômes propre au vécu de la maladie d'Alzheimer

⁶⁴ Le Gouès, G., & Ferrey, G. (2006), *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris : Ed. Masson. P. 207-208

⁶⁵ *Ibid*

⁶⁶ Roustang, F., & Benhaïem, J.-M. (2012). *L'hypnose ou les portes de la guérison*. Paris : Ed. Odile Jacob. P.116

⁶⁷ *Ibid*, p.116

⁶⁸ *Ibid*, p.118

⁶⁹ *Ibid*, p.118

⁷⁰ Bioy, A., Wood, C., & Celestin-Lhopiteau, I. (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod. P.39

favorisent, à mon sens, l'entrée dans la transe hypnotique par un lâcher prise des préoccupations psychologiques

Il nous reste à éclaircir la seconde partie de notre problématique de recherche à savoir quels peuvent être les objectifs visés dans la prise en charge par l'hypnose de ces trois personnes âgées Alzheimer.

Pour Roustang⁷¹, l'induction hypnotique est ce qui opère le passage de l'union du corps et de l'esprit, à leur unité, « *l'expérience hypnotique peut se comprendre comme un moment où se saisit l'unité* ». Cette unité permet peut-être au psychisme déclinant de la personne âgée Alzheimer de prendre appui sur sa mémoire corporelle pour renforcer son sentiment d'identité et retrouver le plaisir d'être. Ainsi, Mme Anémone trouve à se positionner dans le groupe de conversation grâce à un répondant renaissant, se rappelant des éléments d'histoire de vie et son identité propre. M. Lucien trouve un apaisement après la séance d'hypnose, il semble plus sûr de lui, renforcé psychologiquement. M. René suit les suggestions hypnotiques par des « *oui...oui* », comme s'il se reconnaissait dans ce qui lui est adressé.

En introduisant le jeu de la mémoire et de l'imagination, la question de l'identité de la personne est mise en mouvement, sans doute par l'expression du « Je » en tant que ce qui définit significativement le sujet. Charazac explique que l'identité est une « *représentation de soi qui repose sur le socle d'un investissement libidinal spécifique qui s'appelle narcissisme (...) le sentiment d'identité repose sur le corps, y compris lorsqu'il fait défaut (...) l'atteinte de l'identité du patient touche rapidement l'image du corps et ce qu'on appelle le Moi corporel*⁷² ». La séance d'hypnose avec Mme Anémone lui a sans doute permis de se retrouver dans la danse, la légèreté et la confiance qui l'accompagnent lorsqu'elle dansait autrefois. Peut-être a-t-elle pu renouer avec une partie de soi, en se distanciant de la représentation qu'elle se faisait de son schéma corporel pour retrouver une image du corps positive. « *Pour Dolto, le schéma corporel n'est pas l'image du corps (...) Elle définit l'image du corps comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant et ce*

⁷¹ Bioy, A., & Michaux, D. (2007). *Traité d'hypnothérapie: fondements, méthodes, applications*. Paris: Dunod. P.187

⁷² Charazac, P.-M. (2009). Point de vue psychanalytique sur la perte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. 7(3). P. 169-174

avant même que l'individu en question soit capable de se désigner par le pronom personnel Je, sache dire « Je »⁷³ ».

M. René a pris part à l'expérience hypnotique dans un jeu de miroir où nos regards se sont confondus. Une relation extraordinaire où il m'était devenu impossible d'identifier si c'était moi qui le soutenait par mes suggestions positives ou si c'était lui qui me portait dans son regard. Nasio rappelle que « *le Moi est lié à l'image du corps propre⁷⁴ »*, « *le Moi n'est autre que cette captation imaginaire qui caractérise le narcissisme⁷⁵ »*. Nasio écrit « *il existe pour chaque sujet une série de signifiants privilégiés, une série d'éléments où le désir de l'autre s'inscrit, et ces signifiants vont se révéler à lui dans la relation imaginaire au semblable. Ils vont prendre effet, prendre consistance dans la représentation narcissique à l'autre⁷⁶ »*. Dans cette relation fusionnelle toute particulière, peut-être que ma parole est venue valider le comportement de M. René par des suggestions qui mettaient du sens à son immobilisme sur son fauteuil pendant le temps du repas. Si l'on considère comme Charazac que le « *comportement est le dernier support corporel de l'identité⁷⁷ »*, nous pouvons sans doute dire qu'un aspect de son identité a été validé.

Ce qui a clairement pu être observé est le sentiment de détente que chacune des trois personnes a pu retirer de l'expérience hypnotique. G. Tosti explique que l'expérience hypnotique demande à la personne de rester dans l'instant présent⁷⁸, or la défaillance de la mémoire à court terme fait que la personne Alzheimer s'inscrit constamment dans le présent. Pour comprendre l'effet de détente ressentie par M. Lucien, Mme Anémone, M. René, nous citons Tosti, « *le déploiement de la sensorialité pure (comprenez une présence extrême aux informations des cinq sens) court-circuite toute élaboration mentale et toute production émotionnelle parasite⁷⁹ »*. Autrement dit, « *lorsqu'il ne reste plus que cette perception sensorielle pure, le patient fait l'expérience d'une autre réalité : la seule qui soit une fois éliminés les croyances, les certitudes, les projections anxieuses, les fantômes du passé⁸⁰ »*. Les difficultés qu'éprouvent les personnes Alzheimer de maîtriser la réalité rationnelle, consciente, expliquent sans doute la satisfaction qu'elles éprouvent dans le vécu de la transe

⁷³ Charazac, P.-M. (2009). Point de vue psychanalytique sur la perte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. 7(3). P. 169-174

⁷⁴ Nasio, J.-D. (2001). *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*. Paris : Ed. Payot. p.90

⁷⁵ *Ibid*, p. 92

⁷⁶ *Ibid*, p.97

⁷⁷ Charazac, P.-M. (2009). Point de vue psychanalytique sur la perte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*.7(3). P. 169-174

⁷⁸ Roustang, F., & Benhaiem, J.-M. (2012). *L'hypnose ou les portes de la guérison*. Paris : Ed. Odile Jacob. P.90

⁷⁹ *Ibid*, p.90

⁸⁰ *Ibid*, p.90

hypnotique où l'imagination et la sensorialité prennent une place prépondérante en leur permettant de s'approcher, ressentir et reconnaître ce qui les définit profondément dans leur singularité. « *Plus le corps peut s'approcher, ressentir, reconnaître et nommer ce qui le bouleverse, plus il s'apaise !*⁸¹ »

ETHIQUE

Comme mentionné dans la partie réservée à la problématique de travail, ces séances d'hypnose ont été menées au début de la formation en hypnothérapie. L'apport des différents intervenants hypnothérapeutes m'a fait m'interroger sur le fond et la forme de mes séances.

Même si je pense qu'il était utile à M. Lucien de visiter sa maison pour répondre à sa demande pressante et incessante qui obnubilait son esprit, il aurait été important pour lui de travailler le matériel psychologique mobilisé par cette première séance d'hypnose. D'ailleurs, sa demande de parler atteste bien de la relance d'une dynamique psychique. Des séances suggérant davantage de métaphores et d'analogies lui auraient peut-être permis de mobiliser des ressources psychologiques. Nous pouvons penser que la séance d'hypnose a relancé la demande de M. Lucien du fait d'un holding significatif pour lui par une expérience porteuse où, comme l'écrit Schützenberger, la « *plainte qui se veut écoutée, entendue et contenue par un vrai soutien thérapeutique « contenant »* » a pu prendre corps, et « *ce n'est qu'en commençant à voir, comprendre, exhumer et « travailler » le secret qu'une libération de la souffrance est possible*⁸² ». D'un point de vue éthique, nous pouvons nous interroger sur les effets de l'utilisation de l'hypnose dans le cas de M. Lucien. Je pense qu'un suivi plus régulier était nécessaire pour intégrer les émotions éveillées par la séance d'hypnose et répondre à son besoin de trouver une façon de supporter sa situation de placement en structure. Ce travail a certes été mené par la psychologue de la maison de retraite. Je pense néanmoins que M. Lucien a investi de façon significative notre relation, comme si l'hypnose avait été porteuse pour lui d'un nouvel espoir.

L'anxiété de Mme Anémone aurait pu m'amener à lui présenter de façon plus adaptée l'induction hypnotique. Lui proposer de garder les yeux ouverts, d'explorer la pièce visuellement et d'un point de vue sonore, de lui offrir un VAKOG plus complet lui auraient peut-être donné le sentiment de maîtriser son environnement et son vécu hypnotique.

⁸¹Roustang, F., & Benhaïem, J.-M. (2012). *L'hypnose ou les portes de la guérison*. Paris : Ed. Odile Jacob. P.318

⁸² *Ibid*, p.33

J'ai eu l'intuition qu'il soit nécessaire de fermer les yeux pour favoriser la focalisation de l'attention, la personne Alzheimer étant très distractible du fait de ses déficits d'attention.

La réaction de Mme Anémone à la séance d'hypnose m'a fait m'interroger sur la question de la demande d'aide de la personne âgée Alzheimer. Les trois personnes citées ont participé à l'hypnose parce que je leur ai proposé et que je les y ai accompagnées. Sans doute que sa réaction anxieuse et suspicieuse était la marque de son refus à ce moment-là des sensations de bien-être qui l'occupaient, qu'elle n'avait pas l'habitude de ressentir. Elle m'a donnée la preuve que nous n'avons pas d'influence, en tant que thérapeute, sur le vécu en hypnose de la personne. Elle s'est appropriée son expérience à sa façon et en a fait ce qu'elle a souhaité en faire. Après l'avoir rejetée, elle s'est laissée aller au sentiment de plénitude suite aux réactions des autres qui ne voyaient pas les choses de la même façon qu'elle, ne comprenant pas les raisons de sa peur.

M. René s'est laissé entraîner dans l'hypnose sans résistances ni gêne. Peut-être aurais-je pu ratifier ses « oui...oui » répétitifs par exemple en suggérant « *et je ne sais si j'ai raison de vous dire cela mais vous qui savez me dites que vous êtes d'accord* ».

D'autres techniques du discours en hypnose ont été difficiles à mettre en œuvre pour moi en ce début de formation. Ainsi, le pacing a été une tâche ardue pour moi. Caler les mots importants sur l'expiration de la personne a été un exercice difficile, ainsi que de caler ma respiration sur celle de l'autre pour induire un rythme plus calme. Aussi, je n'ai pas utilisé de truisme, j'aurais pu, par exemple, rappeler à la personne où elle se trouve, encore que ce ne soit pas toujours une évidence pour une personne qui souffre de troubles du repérage spatial et temporel.

Ces trois expériences m'ont fait avancer sur la question de l'alliance thérapeutique et sur celle de l'intersubjectivité. Je me suis rendue compte que l'induction hypnotique chez la personne âgée Alzheimer débutait par des modalités relationnelles particulières passant par le toucher et l'intention affichée du thérapeute de contenir psychiquement la personne.

CONCLUSION

Ce mémoire de recherche apporte un éclairage sur les possibilités d'utilisation de l'hypnose auprès de personnes âgées Alzheimer. Cet outil thérapeutique améliore la qualité de vie de nos aînés notamment en agissant sur leur anxiété et en leur permettant de se réaliser dans les activités de la vie quotidienne. Une part importante de ma démarche s'est centrée sur la phase d'induction hypnotique qui nécessite des modalités particulières en termes de réassurance et d'étayage de la personne. L'alliance thérapeutique nécessaire au processus hypnotique relance l'élan vital de la personne. Il serait intéressant d'observer les effets que l'hypnose conversationnelle pourrait prendre dans le quotidien de ces personnes en leur insufflant des suggestions positives de bien-être, en focalisant leur attention sur un discours éveillant des sensations agréables.

Aussi, il serait intéressant de se pencher sur un travail au long court qui renseignerait sur les possibilités de la mémoire inconsciente d'alimenter un travail psychothérapeutique de deuil permettant à la personne âgée Alzheimer de cheminer vers la phase d'acceptation de sa maladie. Nous savons que des régions cérébrales sont activées durant le processus hypnotique comme si la personne bougeait, sentait, voyait alors qu'elle est immobile. Ce vécu sensoriel permet-il de retrouver des souvenirs que la conscience ne récupère pas spontanément ? L'exploration de nouvelles voies neuronales menant aux souvenirs amène-t-elle une plasticité cérébrale ? Autrement dit, le support neuronal stimulé par hypnose renforcerait-il de nouveaux réseaux neuronaux qui pallieraient aux déficits lésionnels ?

Nous pourrions associer à cette nouvelle étude la dimension psychique. L'émergence de nouvelles ressources par l'hypnose ainsi que la relation thérapeutique qui en émane sont-elles support de résilience pour la personne âgée Alzheimer ? L'ouverture par l'hypnose sur le réservoir pulsionnel de la personne âgée Alzheimer peut-il lui donner les moyens de rebondir significativement et durablement face aux sentiments dépressifs ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Ancelin Schützenberger, A. (2012). *Psychogénéalogie. Guérir les blessures familiales et se retrouver soi*. Paris : Ed. Payot.

Bellet, P. (2011). *L'hypnose*. Paris : Ed. Odile Jacob.

Bioy, A., & Michaux, D. (2007). *Traité d'hypnothérapie: fondements, méthodes, applications*. Paris: Dunod.

Bioy, A., Wood, C., & Celestin-Lhopiteau, I. (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod

Charazac, P. (2012). *Soigner la maladie d'Alzheimer. Guidance des aidants et relation soignante*. Paris : Dunod.

Delamarre, C. (2007). *Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*. Paris : Dunod.

Delamarre, C. (2011). *Alzheimer et communication non verbale. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*. Paris : Dunod.

De Perrot, E. (2006). *La psychothérapie de soutien. Une perspective psychanalytique*. Paris : Ed. Broché.

Erickson, M. (2013), *L'hypnose thérapeutique : Quatre conférences*. Ed. ESF.

Le Gouès, G. (2005). *L'âge et le principe de plaisir. Introduction à la clinique tardive*. Paris : Dunod.

Le Gouès, G., & Ferrey, G. (2006), *Psychopathologie du sujet âgé*. Ed. Masson.

Nasio, J.-D. (2001). *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*. Paris : Ed. Payot.

Prayez, P. (2005). *Julie ou l'aventure de la juste distance. Une soignante en formation*. Paris : Ed. Broché.

Rogers, C. (2008). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris: Ed. Broché.

Roustant, F., & Benhaiem, J.-M. (2012). *L'hypnose ou les portes de la guérison*. Paris : Ed. Odile Jacob.

Vetel, J.-M., Laurent, B., & Pouchain, D. (2008). *Le permis de se conduire avec un patient souffrant d'une maladie d'Alzheimer*. Ed. Phase 5.

Articles :

Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique. Recherches et Perspectives Cliniques. *Perspectives Psy.* EDK, Groupe EDP Sciences. 49. 317-326.

Charazac, P.-M. (2009). Point de vue psychanalytique sur la perte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement.*7(3). 169-174.

Crespo, P. (2002). L'âge et le principe de plaisir de Gérard Le Gouès. *Revue française de psychanalyse.* Paris : Ed. P.U.F. 66. 611-615.

Flayeux, I. (2010). Le qi gong, source de mieux-être. *Doc'Alzheimer.* (1). 30 -31.

Fromage, B. (2001). Groupe de relaxation avec des personnes âgées en institution. *Champ psychosomatique.* 24. 131-144.

Gognalons-Nicolet, M. (2008). Du vieillissement positif au vieillissement créatif. *Gérontologie et Société.* 125. 93-102.

Hoenner, C., & Gardey, A.-M. (2004). La démence sénile de type Alzheimer (DSTA) : Pertinence d'une prise en charge psychothérapique à médiation corporelle. *L'information psychiatrique.* 80(10).

Polydor, J.-P. Empathie, résilience et Alzheimer. *Alzheimer et communication.* Compte rendu du congrès du Gral, Marseille. Ed. SOLAL.

Tauzia, N. (2005). Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe.* 44. 115-147.

Documents universitaires :

Gallet, E. (2011). Indication et pratique de l'hypnose médicale, en médecine générale. Enquête de pratique chez les médecins formés à l'hypnose médicale. *Thèse pour le Doctorat en Médecine.* Université d'Orléans-Tours.

Rigaud, A.-S. (2008). Apport de l'hypnose médicale dans la conception d'un projet de soin du résident en EHPAD. *Mémoire de Diplôme Universitaire de Médecin Coordonnateur en EHPAD.* Université René Descartes- Paris V.

Cours de Formation au Diplôme Universitaire d'hypnothérapie :

Bioy, A. (2012). *Intervention au cours de Diplôme Universitaire d'hypnothérapie.* Novembre 2012.

Mainguet, A. (2013). *Intervention au cours de Diplôme Universitaire d'hypnothérapie.* Février 2013.

Références électroniques :

Agevillage. (2013). *Boris Cyrulnik présente ses réflexions et propositions pour l'accompagnement des malades Alzheimer*. Page consultée le 18 février 2013 de <http://www.agevillage.com/actualite-356-1-alzheimer.html>

Association pour le Développement des Neurosciences Appliquées. *La démence est la conséquence d'une affection cérébrale*. Page consultée le 15 janvier 2013 de <http://www.alzheimer-adna.com/Clinic/demence.html>

EurekaSanté. (2013). *L'évolution de la maladie d'Alzheimer*. Page consultée le 20 mars 2013 de <http://www.eurekasante.fr/maladies/systeme-nerveux/maladie-alzheimer.html?pb=evolution-formes>

Le cerveau à tous les niveaux. *La démence de type Alzheimer*. Page consultée le 7 janvier 2013 de <http://lecerveau.mcgill.ca/>

Mouchot, C. (2007) L'hypnose améliore la qualité de vie de personnes atteintes de démence. *Bulletins-electronics.com*. Ministère des affaires étrangères et européennes. Document consulté le 7 janvier 2013 de <http://www.bulletins-electroniques.com/actualites/55986.htm>

Tenant, J.-L. (2011). Hypnose contre Alzheimer à Saint-Laurent-de-Belzagot. *Charente libre*. Document consulté le 7 janvier 2013 de <http://www.charentelibre.fr/2011/03/21/hypnose-contre-alzheimer,1026783.php>

Thibault, P., & Moreaux, T. *La place des méthodes psycho corporelles dans la prise en charge et la prévention de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée*. Document consulté le 18 février 2013 de http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/no8_moreaux.pdf