

*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 sur son site :*

*<http://www.hypnose.fr>*

**MARTINET Aude-Marie**

Université de Bourgogne

U.F.R Sciences Humaines et Sociales

**DIPLOME UNIVERSITAIRE : HYPNOTHERAPIE**

**DOULEUR - VIEILLISSEMENT - HYPNOSE :**

**L'essence (ou les sens) de la douleur**

Expérience de l'hypnose en SSR chez une dame âgée souffrant de douleurs  
chroniques



**Dirigé par Antoine BIOY,**  
Maître de conférences HDR - Université de Bourgogne  
Psychologue Clinicien et Hypnothérapeute

**27 juin 2014**

**CONTACT : audemarie.martinet@gmail.com - 06.25.97.23.23**

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie Antoine Bioy qui nous a fait l'honneur d'ouvrir ce diplôme d'Hypnothérapie et nous a permis toutes ces belles rencontres,

Je remercie les intervenants qui nous ont apporté avec humilité et passion leur savoir être et leur savoir faire,

Un grand merci à Marie Pierre Monin qui s'est gentiment proposé de lire cet écrit et qui m'a apporté ses conseils durant tout mon stage,

Merci également à tous les membres de l'équipe du F3 pour leur talent et leur humanité et pour m'avoir reçue en stage si chaleureusement,

Merci à Mme S pour le plaisir de cette rencontre,

Merci à ma mère, mon beau-père, Marco et mes amis pour leurs encouragements,

Merci à mon frère pour le montage de la vidéo et la mise en forme de ce mémoire

## RESUME

Cette étude se propose d'expérimenter l'hypnose chez une personne âgée hospitalisée dans un service de soins de suites et de réadaptation à la suite d'une altération de son état général (cancer) provoquant une chronicisation de la douleur, connotée d'affects anxio-dépressifs.

Les douleurs chroniques chez le sujet âgé méritent d'être envisagées dans toutes leurs dimensions, car elles peuvent indiquer la présence d'un trouble affectif ou d'une souffrance personnelle ou relationnelle. Nous saisissons alors l'engrenage de chronicisation de la douleur - fragilisation neuronale - inefficacité des traitements - anxiété et/ou dépression - puis perte progressive d'autonomie physique et mentale.

Cet écrit rendra compte de la complexité de la prise en charge de la « douleur totale » chez le sujet âgé hospitalisé, traduisant la collision de la crise liée à la maladie, à celle de l'hospitalisation et du vieillissement psychique et corporel.

Ainsi à travers le suivi de Mme S âgée de 77 ans, nous appréhenderons « la crise du vieillir » qui saisit le corps comme lieu d'expression d'une plainte douloureuse, puis nous observerons comment le corps peut être lieu de transformation avec l'apport de l'hypnose.

Nous faisons l'hypothèse que, l'hypnose permettra au sujet âgé de remobiliser ses ressources internes, induisant l'amointrissement de ses sensations douloureuses et par conséquent diminuant ses affects anxio-dépressifs. Ainsi, le sujet deviendra acteur et non plus passif, face à sa douleur, ce qui le revalorisera narcissiquement (confiance et estime de soi) réanimant son processus d'autonomie.

**Mots-clefs** : sujet âgé - douleur - hypnose - cancer - autonomie - perte - anxiété - dépression

# PLAN

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>CHAPITRE 1 : REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>9</b>
<b>I. Accompagnement et prise en charge du sujet âgé en SSR gériatrique .....</b>	<b>9</b>
1. L'hospitalisation et la notion de crise.....	9
2. Appareil psychique et vieillissement.....	11
3. Corps et vieillissement .....	12
<b>II. La douleur chronique chez le sujet âgé .....</b>	<b>13</b>
1. Généralités : définitions de la douleur et de ses composantes.....	13
2. Classifications des douleurs .....	15
3. Spécificités de la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé .....	16
a. Douleur et souffrance.....	16
b. Obstacles en gérontologie.....	17
c. Répercussions et conséquences d'une douleur mal soulagée .....	19
d. Douleur chronique : prévalence de l'anxiété- dépression chez le sujet âgé .	19
e. Douleur chronique neuropathique et cancer : « douleur totale » .....	20
<b>III. L'hypnose.....</b>	<b>21</b>
1. Définitions et généralités .....	21
2. Déroulement d'une séance .....	22
<b>IV. Hypnose et Douleur .....</b>	<b>24</b>
1. Mécanismes neurobiologiques .....	24
2. Hypnoanalgésie : traitement de la douleur par l'hypnose .....	24

<b>V. Hypnothérapie : un espace de rencontre .....</b>	<b>26</b>
1. Vers l'autonomie ... ..	26
2. Alliance thérapeutique.....	28
<b>VI. Problématique et Hypothèses .....</b>	<b>30</b>
<b>CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE, RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES.....</b>	<b>31</b>
<b>I. Cadre de la rencontre dans le service de SSR gériatrique .....</b>	<b>31</b>
<b>II. Présentation de la patiente : Madame S .....</b>	<b>32</b>
1. Le motif de son hospitalisation .....	32
2. Eléments d'anamnèse .....	33
3. Ses antécédents médicaux .....	34
<b>III. Précisions sur la sclérodermie systémique limitée .....</b>	<b>34</b>
<b>IV. Présentation du déroulé des entretiens .....</b>	<b>36</b>
<b>CHAPITRE 3 : DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE ET CONCLUSION.....</b>	<b>43</b>
<b>I. Confrontation des observations à la problématique .....</b>	<b>43</b>
<b>II. Discussion .....</b>	<b>45</b>
<b>III. Conclusion.....</b>	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>57</b>

## INTRODUCTION

Je suis jeune psychologue spécialisée en gérontologie, diplômée depuis un an à l'Université de Lyon II. Je me suis intéressée à la psychologie vers mes 14 ans et mon intérêt pour cette profession n'a fait qu'augmenter. L'an passé ma tutrice universitaire enseignait la relaxation, j'ai alors eu le désir d'utiliser cette médiation auprès des personnes âgées en EHPAD, ce qui a été pour moi un réel enrichissement. Au sein de ce groupe thérapeutique, mon objectif premier était de leur faire découvrir la relaxation favorisant la détente du corps et de l'esprit, afin de créer un espace d'écoute de Soi (restauration narcissique autour du corps) et de rencontres.

Parallèlement, depuis quelques années en cheminement personnel, j'ai découvert les bienfaits de certaines techniques permettant d'améliorer ma qualité de vie, tels que la méditation, la relaxation, les mandalas, et le yoga. Ayant fait l'expérience de l'état de conscience modifié à travers différentes pratiques, la difficulté était pour moi de saisir la particularité de la technique de l'hypnose. Grâce aux échanges que j'ai eu avec Marie-Pierre Monin qui a suivi ce DU d'Hypnothérapie, j'ai vraiment eu l'envie de m'inscrire à cette formation. Ce projet s'inscrivait dans la lignée de mon développement personnel et dans la continuité de mes travaux professionnels, rentrant totalement en résonance et en cohérence avec qui je suis.

Au cours de ces dernières années universitaires j'ai effectué un DU auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés (DUSAPAD, à Dijon). Ma pratique auprès du grand âge et plus particulièrement auprès des personnes âgées « démentes » m'a vraiment fait mûrir. Le contact avec ces personnes m'aura fait très vite rendre compte de l'essence vitale : être dans la présence à Soi et au monde. J'ai alors parfois laissé ma théorie sur les bancs de la fac, pour simplement « être dans la relation », dans toute sa dimension.

Dans la maladie d'Alzheimer, malgré que les fonctions cognitives soient altérées, les réactions affectives restent présentes et constituent alors la base communicationnelle. L'affect serait donc l'assise du fonctionnement psychique global. Je trouve que ces personnes âgées désorientées nous rappellent avec simplicité l'essence de l'être humain, qui est un être sensoriel (Ploton, 2009).

Auprès de ce public, nous sommes plongés au cœur de notre être, dans des mécanismes parfois primaires où la communication se crée au-delà des mots, dans la présence et le regard, dans le toucher ou l'enveloppement.

Ne sommes nous pas tous des mères et des pères auprès desquels dans un premier temps,

le patient démuné vient chercher « refuge » ? Notre écoute, notre attention, ce « regard lavé » que nous portons sur ce qu'il apporte vont lui permettre d'entrer en contact avec ses besoins, de reconnaître ses capacités, sa fierté et sa dignité.

Seulement quand le corps fait souffrance, la douleur prend une place alors considérable dans l'espace psychique du patient.

Cette année j'ai souhaité grâce à l'hypnose, m'intéresser à la prise en charge de la douleur physique. Pour la pratique de l'hypnose, j'ai effectué mon stage en SSR à Champmaillot, au CHU de Dijon. J'ai souhaité travailler sur la thématique de la douleur, car d'une part l'hypnose permet de redynamiser le lien « corps-esprit » et sa portée dans la prise en charge de la douleur a été largement étudiée ; puis d'autre part, car la médecine est souvent impuissante face aux douleurs chroniques et qu'en SSR gériatrique cette perspective de travail rentre en cohérence avec les problématiques rencontrées.

Le temps d'hospitalisation chez le sujet âgé, et plus particulièrement en SSR provoque une fixation de l'attention au niveau du corps. Le temps de l'hospitalisation cristallise le corps dans un espace temps où parfois d'autres angoisses viennent s'y loger. Ainsi le corps est également mobilisé comme un lieu d'attention et d'expression.

Le corps fait souffrance, et l'on ne peut s'empêcher de le dire. L'appel à l'autre, la plainte ou le cri permettent au sujet d'être dans l'agir et non plus le subir, où la personne vient rechercher le lien à l'autre, le lien à soi. Si nous restons alors uniquement sur la plainte physique, nous ne saisissons pas cette dimension où le sujet désire être aimé. Ne pourrait on dire parfois que le corps est obligé d'avoir mal, pour traduire sa souffrance, pour sentir qu'il existe encore?

A. Bioy et al. (2012) considèrent « *que toute douleur s'appuie à minima sur un ressenti physique douloureux qui va être investi psychologiquement de façon plus ou moins importante. De façon circulaire, toute douleur chronicisée va induire des désordres psychopathologiques qui vont paradoxalement l'entretenir.* »

Dans ce contexte, nous pouvons questionner l'apport de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé. Je pose l'hypothèse que l'hypnose favorisera la reprise d'un mouvement interne en s'appuyant sur les ressources du sujet, lui permettant de « réhabiter » son corps (position active) favorisant ainsi le processus d'autonomie.

Pour le sociologue M. Billé (2004) « *l'autonomie est la capacité de décider par soi-même pour les éléments et événements majeurs de sa propre vie, en tenant compte de la loi et par conséquent*

*des normes, de la culture, bref ... dans la société dans laquelle en intégrant la loi, je m'intègre. Il est clair que je peux être une personne âgée, très âgée, dépendante et autonome capable de décider encore pour moi, s'agissant de ma vie ».*

Afin de développer cette problématique et les hypothèses opérationnelles qui en découlent, nous commencerons par présenter dans ce premier chapitre, quelques concepts théoriques autour de l'accompagnement du sujet âgé et de sa prise en charge en SSR, puis nous aborderons la pratique de l'hypnose, et plus particulièrement autour de la gestion de la douleur ; enfin, nous discuterons de l'alliance thérapeutique en abordant la dimension de l'autonomie.

Ensuite, dans un second chapitre nous présenterons les rencontres avec Mme S hospitalisée en SSR, à la suite d'une altération de son état général.

Enfin dans un troisième chapitre nous redessinerons les grands axes de cette recherche en confrontant les hypothèses aux observations cliniques ; en discussion nous tenterons d'apporter des conclusions sur l'apport de cette recherche puis nous aborderons la question de l'éthique.

# CHAPITRE 1 : REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

## I. **Accompagnement et prise en charge du sujet âgé en SSR gériatrique**

### 1. **L'hospitalisation et la notion de crise**

L'hospitalisation met à chaque fois en jeu un ensemble de facteurs : angoisses de la perte, de la séparation, la régression et la dépendance associée tantôt à la sécurité où à l'insécurité, ainsi que la peur de la souffrance psychique et de ce que nous appelons la réalité. Une des angoisses les plus archaïques activées par l'hospitalisation est la peur de mourir seul.

L'hospitalisation n'est jamais éloignée de **la crise**, soit qu'elle lui succède, soit qu'elle la déclenche, en mettant au grand jour la dépendance, la dépression où l'abandon du patient. La crise fait intervenir un facteur complexe nécessitant une connaissance complexe de l'individu et de son environnement, un objectif qui n'est pas toujours facile à atteindre.

La crise surgit quand l'identité du sujet est menacée à ses frontières, c'est-à-dire dans les enveloppes et espaces nécessaires à la vie psychique de l'individu. Bouleversant les défenses, à commencer par le déni, elle réactive l'angoisse du sujet et de son entourage.

A l'hôpital, les soignants agissent sans le savoir comme des personnages d'un psychodrame qui incarnent la détresse du patient, sa peur de l'abandon ou de la mort, sa quête de sécurité ou l'appel à l'aide qu'il n'a pas pu lancer dehors. L'hospitalisation est ainsi désorganisatrice et réorganisatrice.

D'une part, en faisant **régresser**, elle a un **effet régulateur**. Elle réorganise la topique de l'économie psychique en installant le sujet et sa famille dans un espace articulant « le dehors » et « le dedans », réparant ainsi l'enveloppe individuelle et groupale, offrant des objets de transferts investis d'attentes et de craintes ainsi que de pouvoirs imaginaires. C'est ainsi qu'à côté de la peur de mourir va progressivement se construire, dans l'inconscient du sujet, la certitude affective de trouver dans le service quelqu'un capable de lui « tenir la main » (trouver le « bon sein » comme le définit Mélanie Klein, dans la qualité du transfert que nous décrivons dans I.1.2).

La valeur de la régression, ses bénéfices et dangers, les frustrations, les blessures et leurs différents modes de réparation sont joués par le sujet, son entourage et les soignants. Ce

phénomène repose sur « l'identification » où il y a projection des imagos parentaux accompagnée d'angoisse, sur l'équipe soignante. Rappelons que nos imagos (identifications primaires) sont des statues intérieures incarnant des personnages parentaux tout puissant dans la satisfaction, réparation et destructivité. Schématiquement, plus l'angoisse, la souffrance ou la détresse du patient sont fortes et plus elles menacent et désorganisent son Moi.

Le sentiment de sécurité du sujet âgé hospitalisé repose alors sur le cadre interne comme externe de l'hôpital. Le cadre externe est régit par le lieu, le temps où est inscrit le règlement intérieur et les consignes, missions du personnel bien définies, ainsi que les échanges avec la famille. Le cadre interne est dans une dimension groupale et individuelle, où le conflit intérieur est soit sur le modèle de l'ambivalence névrotique (l'équipe est partagée entre sympathie et hostilité) ; soit par conflit interpersonnel animé par la déliaison destructrice ou autodestructrice, quand l'attaque atteint trop son narcissisme.

D'autre part, l'hospitalisation est **désorganisatrice** au sens où la séparation d'avec les objets extérieurs peut être vécue comme une perte menaçant le monde interne, s'il est trop fragile et dépendant de cet étayage. On parle de confusion dans le temps et l'espace alors qu'il s'agit bien souvent d'une confusion affective. C'est un traumatisme qui prive momentanément le sujet de la capacité de s'orienter dans ses « bons et mauvais objets » : il ne sait pas qui l'a fait hospitaliser et pourquoi, prétend parfois ne recevoir aucune visite...

La particularité du SSR est qu'il est un lieu de passage et parfois de mort, qui se caractérise par l'importance du corps défaillant très vulnérabilisé. Verdon (2012) cite « *Les soins de suites sont tournés vers l'effort d'une récupération : stimuler, rééduquer, réadapter ; mais cet objectif annoncé ne doit pas faire oublier que l'hospitalisation pour une durée relative constitue bien souvent un tournant dans une trajectoire du sujet âgé. Rarement anticipé et souhaitée, elle fait suite le plus souvent suite à une admission en urgence, au cours d'une décompensation somatique, une chute brutale par essence. Moment de crise, où la vulnérabilité actuelle, la perte parfois brutale des moyens de se suffire à soi même, sinon la dépendance suscitée par l'hospitalisation peut venir préfigurer avec d'autant plus de violence que la problématique aura parfois été très longuement écartée, l'involution et la mort à venir. Se joue dans ces services, la question de l'avenir, avec la crainte de ne pouvoir retrouver l'ensemble de ses moyens, ni regagner son domicile* ».

## 2. Appareil psychique et vieillissement

Vieillir se déploie comme une expérience qui se situe pleinement dans la continuité de l'enfance, de l'adolescence, et des années de maturation, dans un déploiement lent, compliqué, susceptible de répétition, de stagnation et de régression, d'un travail psychique qui trouve petit à petit ses propres repères, sa propre consistance et cohérence.

Le Gouès (2000) parle de « **crise du vieillir** » où l'appareil psychique est remanié. C'est un processus lent et progressif, qui commence où le fantasme d'éternité rencontre une limite jusque-là ignorée par la libido. Le vieillissement psychique est un processus de mise en tension du Moi et du Ça. Le Moi sait qu'il va mourir (principe de réalité) et le Ça l'ignore (principe de plaisir), l'appareil psychique entre alors dans un conflit topique. Ce décalage temporel crée un écart dans le Moi du sujet vieillissant, un écart ébranlant son narcissisme jusqu'à provoquer parfois des troubles de l'identité avec altération de l'image de soi.

Dans ce processus de décroissance, la question de **la perte** reste centrale. La perte ne se passe pas « en dehors » mais « en dedans ». Ferrey et Le Gouès (2008) situent la question de la perte chez le sujet âgé sur trois registres. Tout d'abord, la perte d'objet avec une disparition d'une partie de soi dans le décès de l'autre ; la perte de fonction ou la personne se trouve confrontée aux limitations, à la baisse d'efficacité de son corps ; et la perte de soi, avec atteintes narcissiques plus ou moins profondes. La première désigne le deuil, la deuxième le corps, la troisième la mort personnelle.

En fait elles se ramènent toutes au destin de l'amour d'objet et de l'amour de soi, ce dernier, qu'on appelle le narcissisme, étant ce qui, malgré les pertes, entretient jusqu'au bout l'amour de la vie et le désir de vivre. En bref, l'angoisse de perte d'amour fait inconsciemment revivre à l'homme âgé l'insuffisance de l'objet maternel par rapport à son modèle idéal appartenant chez Freud au narcissisme primaire, et chez Winnicott à la totalité mère-bébé, mais dans tous les cas antérieur à la mère-objet.

L'appréciation d'une perte, d'un deuil ou d'une séparation repose sur l'exploration de cette intériorité en ayant pour critère l'accès ou non à **la position dépressive**. Pour Jacques (1963) l'accession à la cinquantaine puis celle de l'entrée en âge s'accompagne d'une réélaboration de cette position dépressive, décrite par M. Klein. Avec la pensée de ses limites et de sa mortalité, l'homme éprouverait une angoisse analogue à celle de l'enfant face à l'image d'une mère menaçante ou destructrice. Avec cette menace interne pesant sur ce que son corps et son psychisme gardent de bon, fait retour l'angoisse schizo-paranoïde qui précède chez l'enfant la

position dépressive. M. Klein considère que c'est l'accès à la position dépressive qui permet au Moi de se structurer, où celui-ci va pouvoir distinguer réalité interne et externe ; où les mécanismes psychotiques (projection, clivage) cèdent peu à peu la place aux mécanismes névrotiques (refoulement, déplacement).

L'affect dépressif rassemble une gamme d'émotions typiques comprenant la culpabilité, l'inquiétude, la morosité, la déception, la désillusion, la tristesse. Son importance pour l'histoire individuelle tient à ce qu'il se manifeste à tous les moments clés du développement : il est à l'origine de l'angoisse du 8<sup>ème</sup> mois, puis il accompagne la crise d'adolescence, celle de la cinquantaine et celle de l'entrée en âge. Selon qu'il a vécu ou non cet affect dépressif, l'homme d'âge mur le construit ou le revit sous forme d'une nouvelle période d'inquiétude quant aux conséquences de cette destructivité que chacun porte en lui et qui peut être dirigé contre soi.

L'investissement des objets externes va permettre l'issue de la perte ou du deuil, où le Moi va se rassurer sur ce qu'il est capable de conserver ou de réparer. L'environnement doit donc pouvoir offrir au patient âgé les conditions nécessaires pour qu'il vive ses affects dépressifs en sécurité et non dans l'indifférence, l'abandon ou l'effondrement.

Du travail de deuil authentique qui confronte à la reconnaissance de la perte et de la finitude, aux luttes antidépressives qui revendiquent une vitalité à toute épreuve, notamment à celle du temps qui dépossède, emporte et tue, il apparaît que la perte, la dépression et la mort entretiennent des rapports complices. Dans la continuité des réflexions de S. Freud sur le deuil (1915), il apparaît que ce travail psychique engage une nécessaire dépressivité. Fédida (2001) a défendu l'importance d'une dépressivité de la vie psychique, en ce qu'elle « assure protection, équilibre et régulation à la vie ». Ainsi plutôt que de soustraire complètement à l'inconfort de l'excitation, dans un mouvement de repli qui vise le désinvestissement du fait de souffrances trop intenses, la dépressivité permet d'endurer le contact avec l'autre tout en se protégeant du trop plein.

### **3. Corps et vieillissement**

Comme nous venons de le souligner, la génitalité corporelle diminuerait la première avant la génitalité psychique. A cet égard, le passage de l'âge au grand âge se marque par la construction d'une position dépressive fondée sur des sensations ou des pertes corporelles nouvelles. Rappelons d'abord que si l'angoisse dépressive resurgit, c'est parce que la poussée des angoisses psychotiques se fait plus forte. Elles sont bien plus menaçantes à cet âge car les deuils subis activent sa haine contre les objets perdus coupables de l'avoir abandonné dans cette épreuve. Le sujet âgé cherche simultanément le responsable de ses handicaps physiques dans un persécuteur

extérieur.

La plainte physique est soutenue par le même besoin de se trouver une raison de souffrir et de mourir mais cette fois « dedans ». Elle soutient un appel quasi continu à l'objet secourable, tandis qu'elle attaque ce dernier pour son incapacité. Accéder à cette position dépressive corporelle consiste donc à recevoir du corps des messages pénibles qu'on ne peut ignorer et qu'il faut lier à ses aspects les mieux conservés ou restés bons, pour garder ainsi la sensation et l'image d'un corps qui mérite d'être aimé tant qu'il résiste à la destruction. Dans ce contexte d'atteinte somatique et de repli de la libido sur le Moi, l'affect dépressif acquiert une qualité physique particulière où les perceptions rappellent à chaque instant l'existence d'un corps qui peut lâcher. La réparation n'est pas une opération mentale mais le répit d'une douleur ou un moment de bien être.

Les études sur le corps de la personne âgée font état de sa fragilité. Levet-Gautrat (1987) en parle comme d'un corps où « *le temps a laissé ses traces et c'est aussi le lieu de sa mort [...] c'est ce qui rend le corps inquiétant* ». Avec l'avancé en âge, le corps devient lieu de dévalorisation, et parfois même il est réduit à être perçu comme un objet de soins sur lequel la personne a l'impression d'être privée de tout contrôle, et de perdre ainsi peu à peu son autonomie psychique (pouvoir de décision).

De ce fait, le corps est source d'angoisse mais en même temps il attire l'attention. **L'ambivalence du corps** est exacerbée dans le grand âge. Vouloir exercer son corps renvoie nécessairement à cet âge à la limite du corps, à « l'expérience de la faille » analysée par Chirpaz (in Feilley et al., 2012). Expérience creusant l'écart entre le « vouloir » et le « pouvoir » notamment par le rétrécissement de l'espace, « *le corps se révèle comme l'immédiat de l'exister; la maîtrise de soi commence par la maîtrise du corps* ».

Le corps âgé n'est-il pas dans la peur de vieillir, de perdre une identité, d'être handicapé, invalide et malade donc dans la peur de ne plus avoir prise sur lui ?

## **II. La douleur chronique chez le sujet âgé**

### **1. Généralités : définitions de la douleur et de ses composantes**

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* ».

La douleur est donc subjective et repose avant tout sur le ressenti du patient, ce qui la rend difficile à quantifier et à qualifier. D'autant plus que la douleur n'est pas liée systématiquement à une lésion, une caractéristique qui rend son étude complexe.

On distingue actuellement 4 composantes de la douleur :

**-La composante sensori-discriminative**, se caractérise par « ce que sent le patient ». Elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques permettant le décodage des messages nociceptifs tels que : la qualité (brûlures, décharges électriques, torsions, battements, élancements, etc.), la durée, le rythme, l'intensité, la localisation, les éventuels signes d'accompagnement (nausées, vomissements, photo et/ou phonophobie...), les facteurs d'aggravation et de soulagement.

**-La composante affectivo-émotionnelle**, c'est la façon dont le patient ressent la douleur. Elle confère à la douleur sa tonalité (désagréable, agressive, pénible : retentissement affectif et émotionnel). Dépend de l'état antérieur, de l'intensité, de la durée de la douleur allant d'un état d'anxiété, d'angoisse jusqu'à un état de dépression.

**-La composante cognitive** est « la signification, consciente ou non, qu'accorde le patient à sa douleur et à sa cause en fonction des avis médicaux ». C'est l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine : les antécédents douloureux, les modèles ou références dans l'entourage passés ou actuels (forme héréditaire), le niveau de compréhension et d'adhésion de la réalité médicale, les connaissances, les croyances, les réticences, les références spirituelles ou philosophiques, l'anticipation, l'attention, les habitudes thérapeutiques, interprétations et valeurs attribuées à la douleur.

**-La composante comportementale** englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez le patient douloureux en situation statique ou dynamique. Cela concerne : les plaintes, les mimiques, les gémissements, les postures d'évitement et/ou de protection, les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit, la limitation des activités habituelles, l'observance des prescriptions, les modalités de prise de traitements. Cette composante est réglée par les apprentissages antérieurs, l'environnement familial et ethnoculturel, les standards sociaux (âge, sexe).

## 2. Classification des douleurs

On peut distinguer les différents types de douleur :

- selon leur ancienneté :

*-La douleur aiguë* est un symptôme, une sensation déclenchée par le système nerveux qui a un rôle d'alarme, évoluant depuis moins de trois mois. Elle indique que quelque chose dysfonctionne, que le corps est atteint dans sa chair.

*-La douleur chronique* est présente depuis plus de trois à six mois, récurrente ou permanente, ancrée dans le corps de façon précise ou diffuse. Elle fait suite à une phase aiguë et parfois résistante au traitement usuels. Elle peut être liée à une maladie, une déficience, après un accident ou post-chirurgical. Elle modifie la relation du patient à son propre corps, mais également ses rapports aux autres et au monde qui l'entoure (difficultés familiales, psychologiques...).

- selon leur mécanisme neurophysiologique :

*-La douleur par excès de nociception* résulte d'une stimulation excessive des nocicepteurs périphériques, due à des lésions de tissus périphériques provoquant un excès d'influx douloureux dans le système nerveux. Elle peut être aiguë (infarctus du myocarde, rage dentaire) ou chronique (cancer). L'étiologie peut être : mécanique (traumatisme, chirurgie, fracture, cancer, etc.), inflammatoire (arthrite, abcès, cystite, etc.), vasculaire (artérite, ischémie, etc.) ou chimique (ulcère, etc.).

*-La douleur neuropathique ou neurogène* résulte d'une lésion nerveuse affectant le système nerveux central (accident vasculaire cérébral), ou d'une lésion du système nerveux périphérique (section d'un nerf, amputation, etc., ce sont les douleurs neuropathiques périphériques) ou d'une anomalie dans le cerveau au niveau d'un site de projection ou de relais des voies de la nociception. Ces dernières sont exprimées sans stimulation nociceptives, de façon spontanées et continues ; et peuvent être exacerbées par certains états émotionnels (ex : l'anxiété).

*Les douleurs sans lésions apparentes regroupent* les douleurs non classables dans les catégories précédentes, avec un examen médical ne révélant aucune lésion apparente. Ces douleurs sont en rapport avec une problématique psychologique ou psycho-pathologique amplifiant la sensation douloureuse. Effectivement, parfois elle peut être « douleur refuge » permettant un mode de résolution de certains conflits, organisant la vie du patient et de son entourage autour du symptôme.

### 3. Spécificités de la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé

#### a. Douleur et souffrance

Dans la littérature traitant de la douleur, mais aussi dans le traitement de celle-ci, subsiste une dichotomie amenant à penser que la douleur serait physique, relèverait du corps, et la souffrance serait morale, psychique. Cette dichotomie est issue d'une autre qui persiste encore : celle du corps et de l'esprit.

Depuis quelques années, la prise en charge de la douleur fait heureusement l'objet d'un nouvel intérêt en clinique gériatrique (Deane et al., 2008). Plus l'âge augmente et plus la prévalence de la douleur augmente, pourtant vieillir n'est pas physiologiquement douloureux.

C'est pourquoi, dans la prise en charge globale du sujet âgé, nous devons avoir ce regard plus uniciste, considérant le corps et l'esprit comme deux faces de la même entité. A. Bioy et al. (2012), soulignent l'importance d'un « **regard pluriel** » quant à la compréhension de la douleur.

Pour cet auteur (Bioy, 2013) « *la douleur est le signal d'un dysfonctionnement chez l'individu* », où le patient douloureux aigu est dans une dimension d'immédiateté, son attention est focalisée sur la région faisant souffrir car « elle est prise au piège du présent de la douleur ».

C'est lorsque la douleur déborde de son rôle de signal d'alarme qu'elle devient un véritable syndrome douloureux chronique (Cedraschi et al., 2005). C'est alors, qu'avec la persistance de la douleur, le schéma corporel s'en trouve modifié. Nous savons que l'image du corps se remanie en permanence en fonction de nos expériences et qu'elle participe à la construction de notre identité. Or chez le patient douloureux âgé en remaniement identitaire, la crise identitaire est majorée, pouvant aller jusqu'à un sentiment d'étrangeté : « *Le sentiment de soi peut être atteint dans sa continuité. Une douleur qui perturbe le sentiment d'identité va nécessiter un cheminement pour retrouver une nouvelle identité.* » (Bioy et al., 2010).

La douleur chronique n'est pas seulement une douleur aiguë qui perdure, elle correspond à un remodelage cérébral [cf mécanisme de la douleur IV p 24 ]. Ainsi « *l'expérience douloureuse n'est jamais une expérience isolée, elle fait face à un trauma, c'est un fait d'existence* » (Le Breton, 1995). Comme Freud le disait « *tout affect est une répétition de traumatismes anciens, de tout ce qu'on a connu de frustrations, d'angoisses, de sentiment d'abandon, de rejet, de perte, de solitude.* »

De plus, **la douleur physique s'accompagne d'un cortège psychologique et parfois psychopathologique** (troubles somatoformes selon le DSM) plus ou moins importants, venant modifier la perception de la douleur. L'expérience de la douleur induit souvent des émotions

négatives : un sentiment de colère, de méfiance, ou de peur envers l'organe ou la région du corps qui est blessée. C'est comme si une dissociation, un clivage se faisait entre la personne et la partie qui est reconnue comme étrangère (le contact est rompu). S'en suit d'un sentiment d'impuissance du sujet à calmer sa douleur. La perte engendre alors une image négative de soi, conduisant à une atteinte narcissique du Moi. De ce fait, la douleur chronique peut produire des comportements négatifs tels l'irritabilité, la tension, le repli sur soi, la dépression. Cela est dû au fait que le sujet fait l'expérience de la vulnérabilité et de l'impuissance à combattre cette douleur omniprésente. Selon A. Bioy, « *la douleur devient l'essentiel dans la vie du patient, une « maladie en soi », avec toutes ses conséquences, qui l'entretiennent.* » (Bioy, 2010). B. Lutz (2013) évoque l'importance de l'investigation en début de thérapie : « *le patient douloureux peut-être en état de décompensation somatopsychique, puisque l'organisme dans son ensemble est concerné.* »

## **b. Obstacles en gérontologie**

L'expérience douloureuse recouvrait à la fois des données liées à la douleur physique et des données propres à la souffrance psychique du patient. Or, plus que toute autre, la personne âgée est chargée d'une histoire et d'une expérience : celles des bonheurs et malheurs de sa vie. La prise en charge efficace d'un syndrome douloureux nécessite au préalable de le détecter, d'évaluer son intensité et son retentissement, de le traiter et d'en rechercher la cause.

Cependant il y a des obstacles autour de la prise en charge de la douleur en gérontologie.

En premier lieu cela concerne **le repérage de la douleur**, qui est plus difficile auprès de cette population, où 4 dimensions sont intriquées :

- la dimension culturelle et religieuse où la douleur peut être à valeur rédemptrice ne facilitant pas l'aveu du symptôme (culture judéo-chrétienne),
- la dimension affective (crainte d'être une gêne, ou dépendance par rapport aux tiers),
- la dimension pathologique (polypathologie avec douleurs différentes (intensité, étiologie, mécanismes) qui peuvent se loger derrière un comportement (agressivité)),
- la dimension structurelle (travail pluridisciplinaire).

Ensuite, vient le temps du **décodage (le sens) de la plainte douloureuse**. La plainte douloureuse demande en effet à être entendue, décodée avant d'être traitée. Le décodage de son sens nécessite de la prudence du temps et le respect de la défensivité du patient. La plainte douloureuse a alors 2 fonctions :

-une quête relationnelle : La douleur est effractante, elle fait irruption dans la vie d'un individu, débordant ses capacités de résistance et mettant à mal ses capacités à faire face. La douleur est un cri, c'est le premier mode communicationnel que l'homme apprend (le bébé crie à sa naissance). La plainte douloureuse apparaît alors comme une **forme archaïque de communication**, projetant dans une position régressive le patient, l'équipe et son entourage. Le sujet âgé est fragilisé, il passe par l'intermédiaire de son corps et de ses symptômes pour communiquer avec le soignant ; c'est pour lui le meilleur moyen d'être entendu, de se mettre en lien avec l'environnement.

-une défense contre une souffrance trop massive: parfois la douleur physique peut être moins pénible que la douleur psychique car elle évite de penser les choses. Chez le sujet âgé il arrive que les pertes, les séparations et les déprivations narcissiques ne trouvent pas leur solution dans un travail de deuil ou d'adaptation et qu'elles deviennent une souffrance de l'être à expression corporelle (Bocher et al., 2002).

De plus, la douleur est toujours consciemment ou non associée à une idée de mort où l'expérience douloureuse serait interprétée comme signe avant coureur. Ainsi, la douleur, la « crise du vieillir » (et l'hospitalisation) plongent le sujet dans un état de souffrance de différentes pertes, venant réveiller **l'angoisse de mort** ou de castration. Le sujet est dans un sentiment d'impuissance, d'incomplétude ou d'inutilité.

Ou parfois, comme si âge et douleur allaient de pair, le sujet préfère **banaliser** ses douleurs, ce qui peut être signe de culpabilité, de fatalisme, etc. Dès lors, il se plaint moins ou à l'inverse la plainte de la douleur physique est à décrypter.

En troisième temps cela concerne **l'évaluation de l'intensité de la douleur**, qui est plus difficile de part la diversité des profils (les valides, les valides déments, les grabataires non déments, et les grabataires déments). Lorsque l'interrogatoire du patient est possible, il précise les caractères de la plainte douloureuse (localisation, type, durée, intensité, facteurs déclenchant et calmants), mais pour d'autres le handicap gêne l'expression de leur douleur, c'est pourquoi il faut pouvoir disposer d'outils d'évaluation adaptés (échelle EVA, numérique ou verbale simple, annexe p 76).

On remarque au combien chez la personne âgée, les situations potentiellement douloureuses sont nombreuses et peuvent parfois avoir une expression pauvre ou atypique. On saisit alors l'importance d'un travail de prise en charge pluridisciplinaire et globale du sujet âgé ; car l'expérience douloureuse entraîne à la fois, une modification de la relation à son corps et une modification de la relation à autrui et au monde. Il n'est pas rare de voir apparaître certaines

positions antalgiques (comportements positifs) montrant une réelle adaptation du corps et de ses ressources. Parfois même la personne tirera des bénéfices secondaires de sa douleur (confinement au lit, attention particulière que l'on lui porte, la dispense de tâches rébarbatives) dont il faut prêter vigilance afin que cela ne soit pas un pas vers la dépendance.

C'est pourquoi il est pertinent de s'intéresser à la place et au sens que prend le symptôme dans le quotidien, pour mieux déceler la nature de l'investissement affectif autour de la douleur, et appréhender l'inscription du trauma dans la structure psychique du patient.

### **c. Répercussions et conséquences d'une douleur mal soulagée**

Les conséquences d'une douleur mal soulagée sont d'ordre physiologique et psychologique. Une étude montre que si la douleur n'a pas été bien traitée, lors d'un geste ultérieur, la perception de la douleur sera souvent majorée, moins bien soulagée par les antalgiques habituels, et parfois accompagnée d'une peur de ce geste pouvant aller jusqu'à la phobie, et pouvant s'associer à des troubles du comportement (Bioy, 2010).

Le retentissement d'une douleur non perçue ou mal prise en charge chez la personne âgée peut s'avérer sévère et entraîner une **série de complications** : d'une anorexie, conduisant à une malnutrition, avec un risque sévère de défaillance multiviscérale ; des troubles du sommeil, avec une diminution de la vigilance diurne responsable d'une asthénie ; d'une réduction des activités et d'une perte d'autonomie ; la dépression et la perte d'intérêt pour la vie pouvant entraîner un risque suicidaire ; des retentissements sur l'entourage (: angoisse et agressivité de la famille par rapport au corps médical soignant, avec demande de pratiques d'euthanasie), souffrance des soignants engendrant des conflits dans l'équipe (avec risque d'épuisement professionnel et de démotivation.

### **d. Douleur chronique : prévalence de l'anxiété -dépression chez le sujet âgé**

Deux axes retiennent mon attention, celui de l'anxiété et de la dépression, en rapport avec la problématique de la patiente que je présenterai dans le deuxième chapitre.

Tout d'abord, la prévalence de l'**anxiété** serait deux fois plus importante chez les douloureux chroniques que chez les autres personnes âgées (Casten et al., 1995). D'autre part, cliniquement la présentation la plus fréquente est l'association de l'anxiété à un état dépressif. La dépression serait le facteur psychopathologique le plus constamment associé à la douleur chronique, entre 25 et 60% (Demyttenaere et al., 2006).

Nous nous arrêterons ici sur **les principales spécificités de la dépression chez les personnes âgées souffrant de douleurs chroniques** :

-la contribution très importante des comorbidités somatiques comme facteur de dépression, influençant l'intensité de la douleur perçue (Pellerin et al., 2002).

-l'importance d'une atteinte fonctionnelle qui majore l'état dépressif. La perte d'autonomie ou la dépendance sont à la fois des causes et des conséquences de la dépression. Il n'est pas toujours aisé de désintriquer les effets de la douleur et de la dépression face à un ralentissement de la motricité ou une incapacité fonctionnelle (Sebag-Lanoë, 2002).

-au niveau physiologique, on constate une vulnérabilité accrue des sujets âgés à des douleurs persistantes, semblant s'expliquer par des mécanismes neurophysiologiques (Vassal et al., 2002). Le pendant psychologique en serait la constatation que si les personnes présentent une meilleure acceptation ou adaptation à la douleur elles le remettent sur le compte du vieillissement, ou interprètent de manière catastrophiste les douleurs intenses.

-au niveau cognitif, la manière de faire face à la douleur (coping) serait peu modifiée chez les personnes âgées. On retrouve l'impact du sentiment de contrôle sur sa santé comme un modulateur de l'incapacité fonctionnelle (Turner et al., 2005). Les personnes âgées auraient tendance à attribuer leurs problèmes de santé à des facteurs externes et non contrôlables (Gibson, 2000).

-enfin, les sentiments de tristesse ou d'anhédonie sont remplacés par la plainte somatique douloureuse.

#### **e. Douleur chronique neuropathique et cancer : « douleur totale »**

La patiente que je vais présenter dans le chapitre 2, rencontrée en SSR gériatrique est atteinte d'une tumeur œsophagienne, qui seraient peut être une conséquence de l'évolution de sa maladie : la sclérodermie [cf chapitre 2.III. p 34].

Il est habituel de souligner le caractère souvent tardif du diagnostic de cancer chez le sujet âgé et la perte de chance qui peut en résulter. La confrontation à la finitude donne à cette douleur/souffrance une place et un sens particulier. La dénomination de « douleur totale » proposée par C. Saunders décrit l'exacerbation de cette **douleur/souffrance en fin de vie**. (Fondras, 2009).

La littérature montre que chez le patient âgé confronté à la maladie cancéreuse, il est

encore plus difficile de discerner nociception, douleur, souffrance et comportement douloureux. Outre les douleurs liées au traitement du cancer (radiothérapie, chimiothérapie, sondes...), il y a une prévalence plus importante des douleurs chez le patient âgé cancéreux.

L'une des caractéristiques de la douleur neuropathique est la difficulté que les cliniciens ont à l'atténuer. Les études montrent que la douleur chronique induirait une **neurodégénérescence** plutôt qu'une réorganisation neuronale, et conduirait à une accélération de l'atrophie du cerveau (Apkarian et al., 2004 ; Metz et al., 2009).

Ces observations soulignent la fragilisation du sujet âgé dans le cas d'une douleur neuropathique qui peut s'installer durant des années, et pourrait expliquer en partie les troubles cognitifs entre douleur chronique et baisse de la flexibilité mentale (Karp et al., 2006).

Le cœur du problème est la **cognition**, intermédiaire entre la douleur chronique et le mouvement. Ainsi, les domaines cognitivo-émotionnels doivent être privilégiés chez la personne vieillissante car la fragilisation neuronale participe certainement à l'engrenage de la chronicisation de la douleur – inefficacité des traitements – anxiété et dépression, puis perte progressive d'autonomie physique et mentale.

L'intérêt d'utiliser une stratégie thérapeutique polymodale doit être étudié, pour solliciter de nouveaux apprentissages dans le but du maintien d'une hygiène et qualité de vie satisfaisante. C'est dans cette perspective, que l'approche par l'hypnose prend alors tout son sens.

### **III.L'hypnose**

#### **1. Définitions et généralités**

Nombreuses sont les définitions autour de l'hypnose et l'état hypnotique, car c'est la multiplicité des théories sur l'hypnose et son large champs d'investigation dans différents domaines d'application, qui laisse entrevoir plusieurs regards sur l'outil et ses composantes.

En réalité nous connaissons tous l'état hypnotique, à différents niveaux nous le rencontrons quotidiennement. L'hypnose est un état naturel que chacun d'entre nous expérimente dans la vie courante et durant lequel nous passons d'un état de conscience ordinaire à un état de conscience particulier. On parle alors de transe « spontanée », comme par exemple : se plonger dans un livre et se sentir absorbé comme partiellement déconnecté de sa réalité. L'état « d'entre

deux » ou de « flottement » ainsi créée (ce que l'on appelle la transe hypnotique) permet de reconnecter le soma à la psyché. La personne peut penser, imaginer et ressentir les choses sous un autre angle.

De nos jours, l'hypnose est mise au service de la thérapie afin de pouvoir induire cet état de transe hypnotique grâce à différentes techniques. A. Bioy (2010) nous offre cette nouvelle définition de l'hypnose thérapeutique, comme un « *état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi* ».

Il existerait alors deux modes d'utilisation de l'hypnothérapie :

- directe ou formelle (le plus courant) : il s'agit de la séance d'hypnose classique regroupant la phase d'induction, de dissociation, de travail (suggestions et métaphores) et de retour ;

- indirecte ou informelle : il s'agit de l'hypnose conversationnelle utilisant des principes de communications propres à l'hypnose, sans qu'il y ait eu une phase formelle d'induction, l'amenant à explorer une transe plus légère.

## **2. Déroulement d'une séance**

La séance d'hypnose directe comporte plusieurs phases qui forment un processus composé de trois étapes. Le point de départ est la veille ordinaire (selon la terminologie proposée par François Roustang, dans *Hypnose au quotidien* écrit par Benhaïem, 2011) qui convient à l'accomplissement des tâches du quotidien. La personne utilise ses sens et sa raison pour rester en relation avec l'extérieur. La séance n'a pas encore commencé.

- ***La première étape est l'induction.*** L'induction consiste à aider le sujet à entrer dans une focalisation intérieure, à se centrer sur lui-même et se détacher de l'environnement extérieur pour mieux ressentir ses sensations physiques, ses émotions, ses souvenirs... C'est la « porte d'entrée » d'accès à la transe et aux contenus inconscients. L'induction favorise un état de dissociation « conscient- inconscient », « corps-esprit », ces mouvements internes/externes s'accompagnent d'une diminution de l'attention consciente et une augmentation des capacités d'imagerie mentale et de créativité : le sujet découvre ainsi ses possibilités, ses ressources. Une fois cette induction réalisée, le sujet peut alors commencer son travail, sa thérapie, il peut placer son esprit conscient en retrait, et permettre à son inconscient de fonctionner afin de trouver ses solutions.

• **La deuxième phase est nommée dissociation.** Le rôle de ces suggestions est donc de dépotentialiser le conscient. L'inconscient va rechercher de nouvelles associations, une façon différente d'associer les apprentissages, les souvenirs, les évènements de vie et les conflits ou problèmes actuels, afin de procéder à une restructuration, un ré-agencement, une réorganisation ou un état plus stable. Le patient s'est séparé de sa sensorialité liée aux fonctions réflexives, intellectuelles et sensorielles. Cet état est décrit comme agréable. Il y a une baisse de la vigilance, de la censure et du jugement ainsi qu'une modification du rapport à l'espace-temps. Cette phase ouvre un champ de possible (redécouverte et/ou transformation de la sensation ou représentations) que procure l'ici et le maintenant : la conscience critique diminue et la conscience virtuelle s'élargie.

• **La troisième étape est une ouverture.** La personne s'installe dans une sensorialité première qui fonctionne en dehors de la raison. L'humain pour y accéder doit utiliser ressources, inventivité et imagination. Se mettre dans un état hypnotique permet de mettre en relation l'être humain avec la totalité de son corps, de son espace et de son savoir qui sont les éléments constitutifs de son monde.

**J. Godin** (1991) évoque son action thérapeutique : « *C'est 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. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient.* »

Il est important de préciser ici que l'hypnose ne guérit pas de façon miraculeuse, elle favorise des processus inconscients en apportant un regard différent. Son effet est dans l'immédiateté de l'instant, le processus thérapeutique se loge dans l'instant présent de la séance, en réalisant de nouvelles associations ou modifications de perceptions qui lui sont bénéfiques. Cependant avec l'apprentissage de l'auto hypnose, elle peut transformer des schèmes à long terme.

## IV. Hypnose et Douleur

### 1. Mécanismes neurobiologiques

Les aspects physiologiques donnés par C. Wood (in Bioy et al., 2012) permettent de mettre en évidence les zones activées dans le cerveau par les sensations douloureuses et les modulations que peut apporter l'hypnose. En effet, l'hypnose peut d'une part atténuer ou fait disparaître la réponse cingulaire dans sa dimension affective et cognitive, région du cortex qui se trouve également surstimulé en présence de douleur. Et d'autre part elle modifie le caractère désagréable de la douleur et module la perception de son intensité.

*Ainsi « la chronicité de la douleur, l'attention, l'anticipation de la douleur, la distraction, agissent à ce niveau. Cette région cingulaire est également candidate aux régulations descendantes inhibitrices de la douleur »* (Bioy et al., 2012). Les études nous apprennent alors que les zones fronto-cingulaires, activées par les antalgiques comme la morphine, ou par la stimulation corticale sont les mêmes que celles sollicitées par les techniques non médicamenteuses comme l'hypnose.

L'hypnose permet alors de moduler les composantes sensorielles, émotionnelles et cognitives de la douleur en agissant au niveau cérébral et au niveau spinal. Toutefois toutes ces recherches ne donnent pas une claire compréhension de l'hypnose et de son mode de fonctionnement, car l'hypnose a cette particularité de ne posséder aucune théorie propre concernant ce qui est la source de son efficacité.

### 2. Hypnoalgésie : traitement de la douleur par l'hypnose

*« L'hypnose connaît de nos jours un très fort engouement dans le champ de la médecine, et plus particulièrement dans le domaine de l'algologie. Pourtant, au moins historiquement, l'hypnose est avant tout la mère de toutes les psychothérapies et de la psychanalyse »* (Bioy, 2005).

L'hypnose a fait la preuve de son efficacité dans le traitement de la douleur chronique. Actuellement c'est l'usage analgésique de l'hypnose qui reste le champ d'application le plus prégnant dans la pratique médicale. Le but recherché est de faire évoluer la douleur, en rentrant en contact avec la région douloureuse afin de mieux la réintégrer dans son ensemble.

Comme nous venons de le voir, l'hypnothérapeute par l'utilisation de suggestions amène le patient à modifier son expérience subjective, à altérer ses perceptions, sensations, émotions, pensées ainsi que son comportement. Les tests de suggestibilité hypnotique ont été utilisés pour mieux comprendre l'action des suggestions directes et indirectes pour calmer la douleur (Benhaiem et al., 2001). La valeur de la suggestion, réinterrogeant la dynamique corps-esprit, permet de modifier considérablement les perceptions qu'ont les gens d'eux-mêmes, de leur corps, de leurs relations, du temps, ou de la quasi-totalité des autres aspects de leur vie. « *La psyché, sous le coup de l'imaginaire, prend le dessus sur la réalité, le cerveau suit et s'adapte, allant même jusqu'à ce que l'on nomme une "plasticité neuronale", c'est-à-dire une réorganisation des circuits neurologiques en fonction de la nouvelle réalité induite* » (Bioy et al., 2010).

Dans le domaine de la douleur aiguë nous savons que l'hypnose peut : réduire ou stopper l'activité de certaines zones du cerveau normalement activées lors de soins potentiellement douloureux, et modifier la perception de l'intensité et du caractère désagréable d'une douleur.

Ainsi on peut moduler la douleur de plusieurs façons :

- par la création d'une analgésie (suggestions directes ou indirectes (gant magique), imagerie et modification de l'image, diminution progressive de la douleur, métaphores)
- par l'altération des aspects cognitifs et de la perception de la douleur (substitution du symptôme ou des sensations (portrait chinois), déplacement de la douleur, distorsion du temps, ré-interprétation de sensations, augmenter la tolérance à la douleur)
- par la diminution de l'attention à la douleur (techniques de distraction : imaginer situation agréable (loisirs), safe place)

Pour l'hypnothérapeute, prendre en charge la douleur, la soulager, c'est pouvoir être à l'écoute du « sentir » plutôt que de chercher à le « comprendre ».

Pour le patient, être présent à son corps douloureux n'est pas une situation stable et facile à installer. Un organe qui va bien est un organe silencieux. Or quand la douleur est présente, l'organe fait parler de lui et la relation avec cette partie du corps se détériore. Une dissociation voire un clivage se fait entre la personne et la partie d'elle qui est blessée. Le contact est alors perdu, la personne est étrangère à son propre corps. Il résulte une impossibilité à calmer la douleur, la personne se sent alors impuissante et démunie. Lorsque la douleur devient intolérable, apparaît la demande d'une exérèse de la zone malade : la dissociation est à son maximum. Or, il me semble que la guérison ou l'amélioration de son état ne peut advenir que par la réincorporation sensorielle de la partie blessée dans le schéma corporel.

Selon C. Virot (2009), « *l'utilisation de la réification a toute sa place en douleur* »

*chronique [...] cette technique permet à la plainte structurée depuis des années de perdre son sens. [...] de créer de nouveaux liens [...]. Cette technique simple crée pour le patient nouveauté, créativité, activation corps-esprit, considérant au départ la douleur comme moteur de guérison.[...]. L'attention portée sur la description de cette chose permet d'en faire une chose respectée et reconnue du thérapeute, une chose identifiée, limitée sur laquelle va pouvoir se focaliser l'énergie du changement du patient.»*

Selon G. Tosti (in Benhaiem et Roustang, 2012) « *Adhérer au présent, ou vivre l'expérience du présent consiste à ouvrir ses sens et à centrer son attention sur ce qui est perçu dans l'instant présent. Faire l'expérience de la perception pure, de la réduction au présent, tend à dissoudre les composantes émotionnelles et cognitives de la douleur..., redonnant souvent un caractère plus acceptable à la composante sensorielle pure de la douleur. D'où l'intérêt de la transe hypnotique pour ne pas être dans un processus intellectuel mais bien dans une expérience perceptive : on fait l'expérience du présent que lorsqu'il n'y a rien d'autre que la sensorialité.* »

## **V. Hypnothérapie : un espace de rencontre**

### **1. Vers l'autonomie...**

Pour F. Roustang (in Salem et al., 2012) « *l'hypnose est le passage d'un régime rationnel à un régime généralisé où le patient est un élément parmi d'autres* ». La personne n'est plus dans la contemplation du jardin mais elle participe à la vie du jardin, « *elle passe d'un régime de maîtrise à un régime de participation* ».

Ce constat me paraît être un facteur intéressant dans la prise en charge de la douleur par l'hypnose du sujet âgé. Malgré une hypnotisabilité plus légère et moins intégrative dû aux difficultés de concentration lié au vieillissement (Morgan et Hilgard, 1973), le sujet va pouvoir se rendre acteur à son corps dans l'inactivité.

Pour D. Michaux (2007), la modification du champ de conscience permet de « *laisser de côté les modèles négatifs qui contraignent l'individu à la répétition de réponses faussement adaptatives. Ainsi l'état hypnotique permet un désinvestissement du moi, suivi ou rendu possible par la mise en place d'investissements substitutifs. C'est dans ce contexte favorable d'une relation de confiance et de sécurité, que le désinvestissement des structures habituelles de contrôle est*

*perçu de façon très positive par le patient. Il en parle comme d'une sorte de lâcher prise très agréable qui se traduit par la réapparition d'une plasticité du Moi, lui permettant de renoncer aux défenses inadaptées et de rechercher au sein de ses ressources propres inexploitées de nouvelles solutions adaptatives ».*

De ce fait, **l'hypnose est une invitation à se réorganiser**, à rechercher au sein de ses ressources des nouvelles stratégies adaptatives. La dissociation en état d'hypnose favorise le vécu de l'expérience d'un « lâcher prise » où finalement la personne va garder le contrôle.

Par le constat de la perte d' « autonomie » et de contrôle sur Soi à l'âge avancé, cette expérience pourrait leur permettre de saisir la dimension de contrôle et où l'on peut l'amplifier. Pour M. Billé (2004) : *« Le risque porté par la confusion entre dépendance et perte d'autonomie est que même avec les meilleures intentions du monde vous me spoliez de mon autonomie au motif ou au prétexte de prendre en charge ma dépendance ! », d'autre part « il est clair que la proposition sémantique étrange qui fait de la dépendance le contraire de l'autonomie produit un effet désastreux sur l'image des personnes dites dépendantes qui perdent, de fait, au regard des autres, leur autonomie ».*

C'est l'autonomie psychique que nous cherchons à restituer au sujet, tant dans la prise en charge de la personne âgée qu'en hypnose, ce qui est l'essentiel dans l'identité du sujet afin de maintenir le respect et la dignité de la personne. Comme l'énonce remarquablement B. Fromage (2001) qui a étudié les bénéfices de la relaxation auprès des résidents en EHPAD : *« Cela pourrait conduire les personnes à davantage prononcer leurs choix même si leur corps physique est dans l'inactivité et la dépendance à l'autre. Cela pourrait conduire les résidents à davantage s'impliquer dans la prise de décision les concernant, en prenant conscience qu'ils ont la responsabilité de leur corps physique, ce qui est le siège de la restauration narcissique. »*

Le but est de favoriser l'autonomie du patient, donc de lui apprendre l'auto-hypnose : acquérir de nouveaux outils pour faire face à la douleur quand elle se présente et gérer la sphère émotionnelle associée à cette douleur.

## **2. Alliance thérapeutique**

L'alliance thérapeutique peut se définir comme la **collaboration mutuelle**, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés (Bioy et Bachelard,

2011). Bordin (1979) suggère qu'une bonne alliance est le pré-requis pour le changement dans toutes les formes de psychothérapie.

Plusieurs recherches ont donné des preuves que l'alliance thérapeutique est un médiateur du changement, les résultats de la thérapie pouvant être prédits par une évaluation précoce de l'alliance (Gaston et al., 1991 et Salvio et al., 1992).

Despland et al. (2001) a tenté d'affiner ce qui était en jeu dans la construction et le maintien d'une bonne alliance en créant le modèle de l'adéquation. Ils ont montrés qu'un contexte favorable au développement et au maintien d'une bonne alliance est dû à une adéquation entre les interventions du thérapeute et des caractéristiques dynamiques du patient (conflits et mécanismes de défense).

A. Bioy et D. Michaux (2007) nous rappelle que « *l'hypnose s'inscrit avant tout dans une relation d'aide. Elle n'a pas de pouvoir en soi, mais trouve son potentiel dans le lien interpersonnel qui se tisse entre un hypnothérapeute et son patient* ». Certaines études ont montré que suggestions hypnotiques seraient issues du jeu croisé entre les suggestions du patient et la réponse transférentielle du thérapeute. L. Chertok (1989) cite la psychanalyste Ida Macalpine qui dès 1950 avait avancé l'idée que « *les manifestations transférentielles dans l'analyse sont une image ralentie des manifestations transférentielles dans l'hypnose ; elles prennent un certain temps pour se produire, se déroulent lentement et graduellement et non d'un seul coup comme dans l'hypnose* ».

Nous savons que se sont **les suggestions** qui amènent le patient (mais aussi le thérapeute) à **régresser à un stade archaïque** de fonctionnement psychique (stade de l'identification primaire). Il semble bien que si l'hypnose amène ce type de régression, en revanche, le véritable travail psychothérapeutique en hypnose se caractérise par une incitation à reconstruire un certain nombre d'identifications secondaires après avoir exploré, *via* le processus empathique, les identifications primaires (à la mère, notamment).

D. Michaux précise dans sa définition évoquée ci-dessus que le désinvestissement du Moi est considéré comme une forme de « régression partielle du Moi », je cite : « *cette régression serait un moyen d'enrichissement et de renforcement de la personne afin qu'il puisse explorer les grands modèles relationnels de l'enfance qui sont à l'origine de la qualité de son attachement et donc de son autonomie psychique actuelle* ».

C'est donc par ses investissements substitutifs qui sont à la fois interne au sujet (ses ressources) et externes (le thérapeute et la relation thérapeutique) que le sujet va trouver de nouvelles stratégies adaptatives. Pour cet auteur, la situation hypnotique renvoie donc à un paradoxe seulement apparent : « encourager l'attachement en vue d'induire l'autonomie ».

**La notion d'attachement** renvoie ici aux travaux de J. Bowlby (1988) sur les relations précoces mère/enfant. Il a défini la fonction de « l'attachement » comme étant une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration. Il avance que les bébés développent des stratégies adaptatives différentes selon la manière dont on en prend soin. Un attachement à la mère dit « sécure » engendrerait une meilleure régulation émotionnelle, et minimiserait par la suite les troubles de comportement chez l'enfant et l'adolescent.

Les expériences d'attachement ne s'arrêtent évidemment pas avec l'enfance. M. Main (1985) a été l'une des premières à décrire les caractéristiques de l'attachement chez l'adulte. De nombreuses études réalisées à la suite de ses travaux laissent supposer que, durant l'enfance, l'expérience d'une solidité suffisante de la relation, garantirait à l'individu une certaine capacité à connaître et à évoquer ses états mentaux et les inscrire dans une histoire cohérente de sa propre vie. Ainsi l'accès au monde intérieur (émotions) constituerait un facteur de sécurité, de « résilience », dans la mesure où il ouvre la possibilité de recherche de réconfort. L'individu, explorateur de son propre monde interne, va pouvoir peu à peu auto-organiser sa pensée, gagner en autonomie émotionnelle.

De plus, plusieurs expériences ont confirmé l'existence d'un lien similaire qui existerait chez l'être humain entre **le type d'attachement de la mère à l'enfant et la prévalence des douleurs chroniques à l'âge adulte**. N. Danziger (2010) rajoute que la capacité d'un adulte à s'accommoder de ses douleurs dépendrait de la sollicitude qu'il a reçue dans son enfance, qui détermine en quelque sorte comment il « s'autoconsole » dans les situations difficiles.

F. Roustang (1991) évoque **la place du doute** cette relation thérapeutique : *« c'est bien le thérapeute, par son attente, qui crée et qui propose un espace et un temps où l'humanité pourra s'exercer, c'est son corps qui devra aiguïser ses sens pour que le corps de l'autre s'éveille, c'est sa personne qu'il lui faudra rendre présente sans protection et sans masque afin de ne donner aucune prise à la méfiance (...) Mais comment le thérapeute peut-il être à la fois si important et si négligeable ? Sans doute en l'étant pour lui même, si important parce qu'il doit tenir debout seul sans aucun appui, si négligeable parce qu'il ne saurait revendiquer ni le respect, ni l'attention. Assuré seulement par un doute radical ».*

Ainsi, le doute nous ouvre à nos propres capacités d'accueil de l'instant présent, nous rendant ainsi plus disponible au monde et à la personne. L'accueil hic et hunc permet de nous recentrer sur la relation par la réactualisation de chaque rencontre, en ouvrant un champ de possible. Le doute ou l'accueil de l'instant présent redonne vie à la création de la relation. En s'autorisant un « jeu » co-constructif en Hypnose, le « Jeu » de la relation viendra éclairer le potentiel du « Je ».

## **VI. Problématique et Hypothèses**

**Problématique :** Qu'est ce que l'hypnose peut apporter dans la prise en charge de la douleur du sujet âgé ?

**Hypothèse théorique :** Je pose l'hypothèse que l'hypnose permettra au sujet âgé de remobiliser ses ressources internes, induisant l'amointrissement de ses sensations douloureuses, et par conséquent diminuant ses affects anxio-dépressifs. Ainsi le sujet âgé deviendra acteur et non plus passif face à sa douleur, ce qui restaurera positivement l'image de Soi (schéma corporel) et l'estime de Soi (confiance) réanimant ainsi le processus d'autonomie.

### **Hypothèses opérationnelles :**

1/ Comme les études l'ont présentées précédemment, je fais l'hypothèse que la valeur de la suggestion hypnotique permettra la modification de perception de certaines modalités de la douleur, telles les composantes sensorielle (la perception de l'intensité) et émotionnelle (la nature désagréable).

2/ L'alliance thérapeutique, vectorisée par l'hypnose renforcera la dynamique corps-esprit, permettant non seulement de modifier des composantes internes de la douleur, mais aussi de modifier positivement le schéma corporel et l'estime de Soi (restauration narcissique).

3/ La mise en lumière d'un réel potentiel interne modifiera sa relation à Soi, où le sujet renarcissisé adoptera davantage une position d'acteur (dans le contrôle de sa douleur), qui le conduira à davantage exprimer ses besoins et ses choix ; modifiant ainsi sa relation au monde environnant, le menant dans un processus d'autonomisation.

## **CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE, RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES**

### **I. Cadre de la rencontre dans le service de SSR gériatrique**

Pour pouvoir mettre en pratique l'hypnose, j'ai effectué mon stage en Soins de Suite et de Réhabilitation gériatrique durant 6 mois, au Centre Hospitalier Universitaire de Champmaillot (pôle gérontologique) de Dijon. Dédié à l'accueil, aux soins et à l'hébergement des personnes âgées, cet établissement regroupe la médecine gériatrique (court séjour), les Soins de Suite et de Réhabilitation gériatrique, un Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes ainsi qu'un Hôpital de Jour, une unité mobile et un centre d'accueil de Jour.

L'équipe qui intervient en SSR est pluridisciplinaire, formée de : deux gériatres, deux internes, deux externes, un cadre infirmier, des IDE, des AS, une diététicienne, une assistante sociale, une kinésithérapeute, une ergothérapeute, une psychologue, une stagiaire psychologue et des ASH.

Le SSR a pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient. Les SSR gériatriques accueillent en hospitalisation généralement des patients âgés de plus de 75 ans, présentant des risques de décompensation, pouvant relever d'une ou plusieurs pathologies invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible. Souvent les personnes proviennent d'établissement de santé dans les suites d'une affection médiale aiguë ou d'une intervention chirurgicale, ou du court séjour gériatrique afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie. Le projet de soin est clairement définit et insiste sur la nécessité d'une prise en charge globale médico sociale et sur la nécessité d'une réadaptation motrice. La durée moyenne de séjour est d'environ trois mois.

Lors de mon entrée en stage j'ai assisté de suite à une réunion pluridisciplinaire du SSR gériatrique. Ayant effectué l'an passé mon stage de Master 2 de Psychologie clinique de la santé et du vieillissement dans ce service, j'ai rapidement retrouvé mes repères. Dès mon arrivée, j'ai revu des visages connus, des sourires rapidement échangés reflétant l'enthousiasme de l'équipe qui retentissait tout autant avec le plaisir que j'avais de retrouver ce service. Je me suis vite ressentie

dans mon élément, mon intégration à l'équipe s'est chaleureusement recrée.

J'ai expliqué aux membres de l'équipe l'objectif de ce stage, en précisant que je souhaitais axer ma pratique de l'hypnose autour de la prise en charge de la douleur.

On m'a présenté Madame S comme étant LA personne du service qui était la plus douloureuse et mettait en échec les médecins dans leurs tâches primaires, laissant jaillir un réel sentiment d'impuissance. J'ai sentie l'équipe démunie face à la douleur de cette dame, j'ai alors décidé de la rencontrer.

Je me suis présentée en tant que Psychologue travaillant dans le service, en formation à un outil bien particulier que j'ai nommé Hypnose, sans grande difficultés.

J'attendais depuis tellement longtemps, de pouvoir faire un pas dans ce champs d'intervention qu'est l'Hypnose, alors me déposséder de l'usage de ce mot m'aurait fais contourner un chemin où je n'aurai pas pu entrevoir l'expérience qui en jaillit. Il me semble que la façon dont nous proposons les choses va être déterminante dès les premiers instants.

## **II. Présentation de la patiente : Madame S**

### **1. Le motif de son hospitalisation**

Madame S est arrivée le 16 octobre 2013 dans le service suite à une altération de son état général. Elle est connue du service depuis 2007, où elle a déjà été prise en charge en en raison des complications liées à sa sclérodemie systémique.

Après à une hospitalisation en réanimation à Nevers, à la suite d'une insuffisance respiratoire aigue sur pneumopathie d'inhalation avec choc septique ; Mme S a été prise en charge en médecine interne gériatrique du CHU (octobre 2013). La durée d'hospitalisation ne dépassant pas 15jours, le SSR du CHU a accueilli Madame en raison de son isolement social et affectif, et de sa grande fragilité clinique, le temps nécessaire à sa radiothérapie. Ainsi les objectifs médicaux s'inscrivent dans une continuité de soins : poursuite de la renutrition, travailler la marche et la tolérance à l'effort, lutter contre l'engourdissement des doigts liés à sa maladie.

D'un point de vue médical, cette patiente est porteuse de sclérodemie systémique limitée, compliquée d'une fibrose pulmonaire et en cours de traitement pour un adénocarcinome

œsophagien.

Il était discuté dans les suites de la chimiothérapie un traitement par chirurgie, mais l'épisode s'est accompagné d'une perte d'autonomie importante, d'une dénutrition et d'une aggravation d'ulcérations talonnière, rendant ce projet obsolète. Elle sera revue par l'oncologue du Centre Leclerc, où elle est suivie, pour envisager une nouvelle radio-chimiothérapie. Elle ne présente ni dyspnée ni décompensation cardiaque. Madame ne décrit pas de dysphagie ni de fausses routes. Elle est sujette à une infection urinaire à l'entrée de son hospitalisation et est alimentée par voie entérale en relai progressif d'une nutrition parentérale.

Madame S est en phase curative de sa tumeur œsophagienne, qui serait la résultante de l'aggravation de la sclérodermie. Pour répondre au soulagement de sa douleur l'équipe lui a proposé divers antalgiques, c'est un opioïde (palier 3) qui lui a été administré durant toute son hospitalisation.

Sur le plan psychologique, elle manifesterait un syndrome anxio-dépressif réactionnel aux hospitalisations longues ainsi qu'à son isolement familial, dû à l'évolution et la chronicité de sa pathologie.

Sur le plan neuro-cognitif, son MMS avant l'entrée en SSR était de 25/30 (avec perte de 2 points en orientation temporo spatiale, d'un point en calcul, d'un point en rappel différé et d'un point pour la phrase absurde). Depuis elle n'a pas été réévaluée

La patiente présente des hallucinations visuelles et des idées délirantes bien aisément critiquées par celle-ci, qui se seraient atténuées avec la prise d'HALDOL®. L'objectif est la diminution progressive de ce médicament pour un arrêt complet.

## **2. Eléments d'anamnèse**

Madame S à 77 ans, est une ancienne agricultrice à la retraite. Durant certains entretiens elle me partage son vécu d'agricultrice, où elle témoigne une grande force tant dans sa personnalité, que physiquement : *« il n'y avait pas le choix, il fallait le faire... c'est qu'il en fallait de la force pour une femme, vous savez ce n'était pas rose tous les jours... »*.

Elle vit dans un petit village dans la Nièvre avec son mari. Elle a un fils qui habite Poitiers. Elle réside dans une maison à étage mais ne monte plus à l'étage. Elle bénéficie d'un lit médicalisé, d'une chaise percée, du passage d'une infirmière deux fois par jour pour l'aide à la toilette et la réfection des pansements d'ulcères, et d'une femme de ménage trois fois par semaine. Elle n'a pas

de télé alarme. C'est son mari qui confectionne les repas. Elle sort très rarement de chez elle, et marche avec une canne.

Concernant son état de santé, elle ne semble pas anxieuse pour sa tumeur dont elle connaît parfaitement l'existence. Ce qui est source d'angoisse pour elle est son isolement social et ses douleurs liées à sa pathologie.

Je l'ai trouvée souvent faible et confuse lors de mes premiers entretiens, ce qui a limité en première intention ma recherche d'éléments d'anamnèse. Je me suis davantage centrée sur une approche humaniste, ce qui me semblait plus approprié compte tenu de sa vulnérabilité et disposition psychique, de ses pathologies et de son contexte en rupture sociale.

### **3. Ses antécédents médicaux**

-En 1984 Madame S a eu un ulcère gastrique hémorragique ayant nécessité des transfusions.

-En août 2007 elle est hospitalisée en médecine interne pour troubles trophiques sur syndrome de Raynaud. Le diagnostic de sclérodémie systémique limitée avec fibrose pulmonaire, syndrome de Raynaud, atteinte œsophagienne et ulcérations digitales est porté (sans Hyper Tension Artérielle Pulmonaire disproportionnée).

-En février 2008 les ulcérations cutanées récidivent, son traitement est changé devant une forte suspicion de toxidermie médicamenteuse.

-D'octobre 2009 à Avril 2010, elle reçoit un traitement par 6 cures pour traiter la fibrose évolutive.

-En Avril 2012, on lui décèle une embolie pulmonaire bilatérale sévère survenue dans les suites d'un épisode infectieux deux mois après l'arrêt d'un traitement par Anti Vitamine K.

-En mars 2013, dans le contexte d'un bilan d'une dysphagie, on lui découvre un adénocarcinome œsophagien ayant bénéficié par la suite d'une chimiothérapie.

-En août 2013 elle subit une amputation du 3<sup>ème</sup> orteil.

### **III. Précisions sur la sclérodémie systémique limitée**

La sclérodémie est une maladie auto-immune rare, d'étiologie méconnue. Le système immunitaire est déficient et attaque son propre organisme, provoquant des lésions.

Sur le plan anatomopathologique, la sclérodermie est caractérisée par une fibrose tissulaire cutanée et viscérale, d'une part, et une atteinte vasculaire, d'autre part (Héron et al., 2000). Bien que les manifestations cutanées soient les plus immédiatement reconnaissables et permettent souvent à elles seules le diagnostic (avant tout clinique) de la maladie, l'identification de la sclérodermie comme maladie systémique est faite par Goetz (1945), qui démontre l'atteinte des principaux organes profonds au cours du processus pathologique.

Les manifestations neurologiques centrales (ischémies) ne sont pas rares dans la sclérodermie (Averbuch-Heller et al., 1992). De nombreuses autres manifestations centrales sont rapportées : céphalées, convulsions, confusion, dépression, et divers troubles neuropsychologiques et psychiatriques (Héron et al., 1999). Ces troubles restent mal étudiés car ils ont généralement été considérés comme secondaires aux autres atteintes de la maladie, alors que de nombreux arguments en faveur d'une atteinte cérébrovasculaire primitive dans la sclérodermie sont au contraire en train d'émerger.

Chez certains sujets, c'est une gêne qui dure toute une vie, chez d'autres, c'est une maladie dégénérative qui peut être fatale. La plupart des sujets atteints de sclérodermie développent la maladie entre 30 et 50 ans, mais elle peut également se déclarer chez les enfants et les personnes âgées. La sclérodermie généralisée ou systémique se présente également sous deux formes : la sclérodermie limitée (ou syndrome CREST) et la sclérodermie diffuse.

Dans le cas de Mme S, c'est une sclérodermie limitée. Le nom de CREST a été donné d'après ses cinq caractéristiques :

- la Calcinose, formation d'un petit dépôt dur et blanc sur la peau, essentiellement sur les doigts, les orteils, les genoux et les coudes.

- le phénomène de **R**aynaud - il est caractérisé par la perte de circulation sanguine dans les doigts qui deviennent engourdis puis fourmillants et très douloureux au moindre signe de froid (ou émotions de stress).

- un dysfonctionnement de l'**o**Esophage, que les sujets ont rarement comme premier symptôme, car il se développe généralement après quelques années de maladie. Un œsophage endommagé rend la déglutition difficile et de nombreuses personnes atteintes de sclérodermie éprouvent des problèmes à s'alimenter. Cela peut également entraîner des modifications des tissus œsophagiens, ce qui peut provoquer un cancer. D'ailleurs, un seul article écrit par le professeur PfitzenMeyer et al. (2008) traite du lien entre Sclérodermie systémique et cancer.

- la **S**clérodactylie : il s'agit d'un épaissement de la peau des doigts ou des orteils.

- la Téliangiectasie, de petits « capillaires » rouges qui apparaissent généralement sur les mains et le visage.

La plupart des complications les plus graves de la sclérodermie apparaissent soit au cours des cinq premières années, soit pas du tout. Pour les personnes atteintes de formes graves de sclérodermie, la probabilité de survie est d'environ 80 % à 85 %, cinq ans après le premier diagnostic. Même si certains médicaments peuvent atténuer certains symptômes ou diminuer l'atteinte des organes ; la sclérodermie pose de gros problèmes thérapeutiques car aucun traitement ne permet à ce jour de la guérir où de contrôler l'évolutivité de la sclérose cutanée.

#### **IV. Présentation du déroulé des entretiens**

Le cadre de la prise en charge de Madame S est complexe ; je lui ai alors proposé un soutien psychologique accompagné d'hypnose le temps de son hospitalisation.

Suite à son hospitalisation, Mme S a été institutionnalisée à l'EHPAD du CHU. Je me suis mis en relation avec la psychologue de l'établissement pour passer le relais après l'avoir accompagné lors de deux séances, dont la dernière fait l'objet d'un petit film (séance d'hypnose) que je présenterai à ma soutenance.

Ainsi, je vous propose un déroulé succinct des onze entretiens, qui ont constitués ce travail thérapeutique. Huit de ces rencontres ont fait l'objet d'une séance d'hypnose où l'état hypnotique est plus ou moins approfondi, fluctuant en fonction de la disponibilité de la patiente.

- **1<sup>er</sup> entretien (16/01) : la rencontre**

Je rencontre Madame S dans sa chambre, après l'heure du déjeuner. Au premier abord, je trouve Madame S installée sur son fauteuil, elle me semble très affaiblie. Elle m'invite à m'asseoir à ses côtés. Je me présente à elle en tant que Psychologue et lui précise que je mets à disposition dans ce service, un outil appelé Hypnose afin de répondre à des problématiques douloureuses.

Je commence par lui demander comment elle se sent depuis son hospitalisation dans ce service. Elle me dit être arrivée il y a une dizaine de jours (alors qu'elle est ici depuis 3 mois), et se décrit comme étant « trop fatiguée ». Je lui pose quelques questions, en lui précisant qu'elle

peut prendre du temps pour me répondre.

Durant cet entretien cette dame évoque ses différentes pertes : son domicile, ses liens sociaux (avec son fils et son mari), son identité (perte d'appétit, perte de la santé). Elle exprime son sentiment de solitude lorsque je lui demande si elle reçoit de la visite : « *vous savez la famille c'est la famille, ils y sont pour rien eux ... oh mon mari il appellera peut être tout à l'heure, il a toujours fait ce qu'il veut quand il veut* ». Elle m'évoque son sentiment d'impuissance et de persécution face à sa maladie « *toutes les maladies possibles sont sur moi* », « *vous savez ça ne devrait pas exister une chose pareille* ».

Je trouve chez cette dame un accès confusionnel très fluctuant avec des temps de latence entre chaque réponse manifestant à la fois un trouble du rythme de la pensée (bradypsychie) et un trouble du cours de la pensée (barrage du discours). Cette confusion s'accompagne d'un sentiment de persécution vis-à-vis de l'équipe soignante, rattaché et comparé également aux « *femmes du villages qui font des commérages* ». Elle énonce par moment des propos tel que, « *on nous observe, attendez ...* ». Il arrive que ces propos soient parfois teintés d'hallucinations visuelles, me rapportent les soignants, ressemblant à des cérémonies religieuses de type baptême ou mariage. Celles-ci restent malgré tout bien critiquées par la patiente.

A la fin de cet entretien, je recadre ma proposition de prise en charge autour de sa douleur par l'hypnose, et lui suggère de revenir la semaine prochaine, chose qu'elle accepte de suite.

L'équipe a décidé ce même jour de faire venir une équipe mobile pour l'évaluation de ses douleurs. Leurs observations révèlent que Madame S a du mal à localiser ses douleurs, qui lui semblent diffuses. Initialement elle décrit une douleur qui ressemble à une Névralgie Cervico-Brachiale puis progressivement devient une douleur héli-corporel gauche de type plutôt neuropathique, ainsi qu'une douleur épigastrique permanente comme « un poids dans le thorax ».

- **2<sup>ème</sup> entretien (23/01) la métaphore du soleil, annexe p 57**
- **3<sup>ème</sup> entretien (30/01) : le lieu sécurisé, annexe p 60**
- **4<sup>ème</sup> entretien (6/02) : autour du bleu, annexe p 62**
- **5<sup>ème</sup> entretien (11/02) : rêve éveillé, annexe p 64**

- **6<sup>ème</sup> entretien (20/02) : distraction, annexe p 66**
- **7<sup>ème</sup> entretien (27/02) : sans hypnose, annexe p 68**
- **8<sup>ème</sup> entretien (4/03) : la métaphore de la rivière : annexe p 68**
- **9<sup>ème</sup> entretien (10/03) : sans hypnose (gestion de l'anxiété et mobilisation du corps) annexe p 70**
- **10<sup>ème</sup> entretien (20/03) : entrée en EHPAD (sans hypnose), annexe p 71**
- **11<sup>ème</sup> entretien (25/03) : FILM (jeu de rôle ou « conte métaphorique »), annexe p 72**

Au cours de cette dernière rencontre, nous sommes revenues sur le suivi instauré ensemble depuis deux mois et demi autour de la prise en charge de sa douleur par l'hypnose.

Elle m'a parlé de « mouton », discours que je n'ai pas compris. Me parlait-elle d'une sensation de mouton, de coton ou du traitement qu'elle subit en comparaison à l'animal ? Elle termine en me disant « *je ne suis pas un mouton* » et m'évoque sa colère vis-à-vis de l'équipe.

Nous avons évoqué la difficulté d'accepter parfois nos émotions négatives telles la colère et la culpabilité. Je lui demande alors comment elle gère tout cela. Elle semble perdue et ne me répond pas. Je suis au courant de ses croyances et sa foi pour Dieu que nous avons déjà évoqué ensemble.

Alors je la remets face à ses repères et lui propose d'accueillir sa colère que je ressens : « *Parfois alors il est aussi difficile de se donner de l'Amour, de se pardonner à soi de ressentir cette colère. Alors est ce qu'on pourrait s'imaginer, penser à ça ensemble : se pardonner à soi afin d'apaiser des tensions à l'intérieur... sous forme d'une petite prière, est-ce que ça ca vous parlerait davantage ?* »

Ce qui m'a conduite à lui proposer une séance un peu particulière pour moi, faisant écho à un système de croyance (la religion) auquel je n'adhère pas mais comprends et respecte entièrement.

Connaissant le contexte de sa situation, relatant peu de ressources externes (isolement social et familial), en manque d'amour de ses objets d'amour et d'amour de soi, l'idée était de pouvoir saisir un objet d'étayage interne porteur de repères identitaires, afin qu'elle puisse cheminer vers

le deuil de son domicile et de Soi. Comme l'énonce D. Quinodoz (1991) « *La capacité de s'aimer soi même comme objet total, (en référence à M. Klein) et simultanément détester certains caractères constitue la bienveillance de base qui permet d'accepter ses souffrances et maladies.* »

Il me fallait trouver un repère solide, « fixe » porteur de sens dans sa vie : la religion.

Je lui ai donc proposé une séance autour du pardon de Soi sous forme de « confession, de messe ». De plus je trouvais que l'image du relai à sa religion, permettait à la fois de revenir sur un repère identitaire sécurisé et, de jouer ce « troisième espace » dans la relation marquant l'espace de transition entre la fin de notre rencontre, et ce qui peut commencer à se faire « en dedans » par le processus d'autonomisation.

Je me suis autorisée un jeu de rôle où j'ai joué le rôle du confesseur avec mon livre rouge (ouvrage de D. Corydon Hammond (2004) que l'on nomme « la bible de l'hypnose », cf annexes p 75) en me tenant debout à côté d'elle, pour qu'elle puisse se mettre en condition et le reproduire seule.

Je l'ai invitée à prendre une posture qu'elle apprécie, et de faire « comme à son habitude », de se mettre ainsi dans une position d'écoute de soi, de prière intérieure.

J'ai commencé par lier le pardon à l'amour qu'elle demande à Dieu (figure religieuse) pour guérir sa blessure de culpabilité liée à sa colère exprimée. Puis je suis partie sur cette confiance qu'elle a envers l'objet externe (Dieu), pour la faire glisser « au-dedans » et renforcer le sentiment de confiance, en décrivant « une oreille attentive » qui est une partie d'elle à l'écoute d'elle-même.

Après la séance elle me rapporta simplement que cela lui a procuré un moment de « paix » (« *on en a tant besoin* »). Mot que j'ai énoncé rapidement lorsque j'ai évoqué la paix intérieure en lien avec la métaphore de l'oreille attentive à l'intérieur de soi. Elle conclut sur nos rencontres en me disant que celles-ci lui ont permis de « *se sentir mieux moralement* ».

### **Résumé du suivi :**

Sur le plan psychologique, Madame S tient un discours connoté d'affects anxio-dépressifs, qui est réactionnel à sa pathologie cancéreuse, cristallisée par l'hospitalisation (isolement social), puis par l'institutionnalisation. Elle présente un syndrome confusionnel fluctuant durant toute la durée du suivi, avec une désorientation temporo-spatiale, des troubles de la vigilance, des troubles cognitifs, et des idées de persécutions.

**La confusion mentale** est un syndrome où plusieurs fonctions neuropsychiques sont affectées, et qui s'exprime avec un polymorphisme clinique qui contribue à la grande difficulté d'un diagnostic précoce alors que pourtant 80% des personnes atteintes d'un cancer sont concernées. Elle témoigne d'une désorganisation totale chez Mme S atteint de cancer (CIM 10) :

- troubles de la vigilance et de l'attention (obnubilation)
- troubles cognitifs (mémoire, idées, désorientation temporo-spatiale)
- troubles du comportement qui vont se manifester selon 3 formes cliniques: soit agitation, agressivité (forme agitée), soit apathie-somnolence (forme ralentie), soit forme mixte (alternance de forme agitée et ralentie)
- troubles du sommeil : insomnie, inversion du cycle nyctéméral, cauchemars et onirisme (hallucinations, illusions, fausses reconnaissances, délire)
- début souvent brutal ou rapidement progressif et intensité des troubles très fluctuante et très sensible aux conditions de l'environnement (stimulation)

En milieu gériatrique, l'étiologie des symptômes chez le grand âge est complexe rendant un défi de taille pour les professionnels de la santé. Selon RK. Inouye (1998), la confusion mentale est souvent la résultante d'une intrication de plusieurs facteurs médicaux (comorbidités sévères, déshydratation, douleurs), facteurs liés aux soins (hospitalisation et toxicité des médicaments, changements de lieux de soins réguliers), facteurs comportementaux et psychopathologiques (inactivité, émotions négatives, troubles cognitifs préexistants).

En effet 50% des personnes âgées souffrent de symptômes d'épisode confusionnel aigu sous forme quelconque en période d'hospitalisation (Cole, 2004). Les symptômes peuvent persister jusqu'à un an suivant le congé de l'hôpital de la personne âgée avec sans atteintes cognitives (McCusker et al. 2003). Il est parfois difficile de reconnaître une confusion en présence d'un syndrome démentiel préexistant ; le syndrome confusionnel pouvant d'ailleurs être un mode de découverte d'un trouble cognitif ignoré.

Après concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, Madame S présenterait un syndrome confusionnel qui serait accentué par un traitement antalgique visant à traiter sa douleur sévère d'origine cancéreuse, et ne pouvant être traitée que par des opioïdes forts. Ce qui peut expliquer en partie ses difficultés d'attention (mouvements d'aller-retour) en hypnose. Malgré une discussion avec le médecin, il n'était pas envisageable de lever son traitement antalgique qui semble stabiliser certaines fonctions physiologiques, et soulager en partie ses douleurs.

C'est un réel cercle vicieux, car le syndrome confusionnel augmente la douleur physique traitée par un médicament accentuant la confusion, et les affects anxio-dépressifs réactionnels. On

comprend aisément dans quel état de crise est plongée Mme S, et dans quel état de dissociation fluctuante négative elle se trouve.

Durant tout le suivi, Mme S chemine autour de ses nombreuses pertes, engendré par la douleur chronique et par le processus de vieillissement. Elle revient sur les traces de son passé en lien avec ses problématiques actuelles, ce qui laisse apparaître des mouvements d'aller retour entre présent et passé. Ce constat de sa perte d'autonomie physique semble être cristallisé par l'hôpital. Elle dit se sentir déposséder de son corps « *ne vous faites pas trop soigner vous êtes jeunes, parce qu'après vous êtes prise* ». Madame S compare son corps âgé à son corps jeune « *on est des petits fous quand on est jeune c'est différent ... j'ai du faire beaucoup de choses pour moi* ». Elle m'évoque combien la perception de son corps vient briser l'estime de Soi « *je ne peux plus rien faire* ».

Elle évoque son sentiment d'impuissance face à son cancer « *je suis atteinte d'une maladie à l'estomac, j'ai mal partout* » qui la conduit dans un processus de deuil de Soi en étroite relation avec la mort « *c'est la misère je vais l'emporter avec moi* ». Nous évoquons alors la question de sa finitude, où la mort est présentée comme exutoire face à sa souffrance. Contrairement à ce que l'équipe me rapportait, elle n'a aucun désir de se suicider. Je pense que cela reflétait davantage le désarroi de l'équipe, où les soignants sont immergés dans un tel sentiment l'impuissance devant la souffrance de Madame S qui jailli parfois sous une forme agressive, à l'instar de son corps qui la persécute.

Finalement même si au départ elle n'était pas très disposée et ne croyait pas en une réelle amélioration, c'est en la ramenant à la foi envers Dieu (repère identitaire) qu'elle a pu s'ouvrir à un espace de confiance et de possible. Et d'ailleurs c'est également par l'intermédiaire de Dieu, que la dernière séance s'est construite, de façon à être au plus proche de sa personnalité pour la réinscrire dans ce processus d'autonomisation.

Je constate que l'hypnose permet un levier thérapeutique pour redynamiser un entretien, alors qu'au départ tout semblait figé. L'apport de l'hypnose lui a permis d'une part d'assouplir les défenses, laissant émerger son agressivité durant la 5<sup>ème</sup> séance.

Premièrement, il me semble que l'agressivité envers l'équipe soit une défense, qu'elle s'interdit d'éprouver vis-à-vis de sa famille qui devait constituer « le bon objet » que l'on protège, qui aujourd'hui la laisse dans un sentiment « abandonnique » attaquant le Moi. L'agressivité est à la fois une défense (la projeter à l'extérieur) et un moyen d'expression de sa douleur.

Deuxièmement, l'agressivité reflète d'une difficulté d'accepter la dépendance aux soins en lien avec le processus de deuil de Soi qu'entraîne la vieillesse, et le regard que certains soignants peuvent porter sur le sujet âgé, en infantilisant les soins. Ce qui peut également faire jaillir de la

culpabilité de la part de Mme qui se rend compte de sa dégradation venant encore appuyer la faille narcissique (dévalorisation).

On saisit alors toute l'ambivalence, où le corps « *ne peut plus* » et un Moi qui « *veut* » et lutte contre l'angoisse de mort, entraînant l'agressivité et la culpabilité. L'affect dépressif acquiert une qualité physique particulière où les perceptions rappellent à chaque instant l'existence d'un corps qui peut lâcher.

En hypnose conversationnelle, les échanges autour de la couture et du tricot semblent l'avoir revalorisés narcissiquement en plus de lui procurer du plaisir, de réveiller son enthousiasme et sa créativité. On peut s'imaginer que ce moment positif en légère transe hypnotique, a mis en lumière une partie positive d'elle-même où elle a pu s'y reconnecter. D'autre part, à la 9<sup>ème</sup> séance, elle prend appui d'elle-même sur sa respiration pour gérer son anxiété lors de la mobilisation de son corps.

Cette dame a de plus en plus investie la relation thérapeutique. C'est l'attention sur le corps qui a permis d'approuver un consensus dans la relation thérapeutique : le corps exprime l'essence de la douleur, on valide ses maux en mots. Malgré la demande d'origine en hypnose, j'ai l'impression qu'il est souvent question de traiter d'autres problématiques sous jacentes. Autour de la prise en charge de la douleur cancéreuse chez le sujet âgé, on comprend combien on ne peut pas seulement s'arrêter sur le corps, mais prendre en charge la douleur « totale ». On saisit également le sens du symptôme et sa place dans l'économie psychique « *la douleur ne s'oublie pas, on ne peut pas l'oublier il ne faut pas l'oublier* ».

Dans la prise en charge globale du sujet âgé j'insiste beaucoup sur la renarcissisation afin de renforcer son identité et réanimer son processus d'autonomie, et sur l'expression des émotions et la réification du négatif en positif. A la fin du suivi Mme S m'a dit « *vos séances m'ont fait du bien moralement. Vous m'avez fait du bien. C'est dans l'instinct. Vous avez une personnalité qui marque beaucoup, vous êtes très agréable et vous êtes franche. Et ça c'est vraiment important* ».

J'ai ensuite continué de prendre des nouvelles de Madame S pour voir l'évolution de sa prise en charge (via son dossier médical et via les médecins).

Trois semaines après l'arrêt de mon suivi on m'annonça que cette dame était décédée de manière « inattendue » d'après le corps médical, car son cancer était en phase curative et non palliative. L'équipe pose encore la question de l'origine du décès. Peut être s'est-elle autorisée à partir ?

Tout ce que l'on peut souhaiter à son âme, c'est que celle-ci est trouvée « la paix », dernier mot qu'elle a prononcé à la fin de sa dernière séance d'hypnose.

# **CHAPITRE 3 : DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE ET CONCLUSION**

## **I. Confrontation des observations à la problématique**

**-Hypothèse 1 :** la valeur de la suggestion hypnotique permettra la modification de perception de certaines modalités de la douleur, telles les composantes sensorielle (la perception de l'intensité) et émotionnelle (la nature désagréable) semble être validée.

Effectivement, Mme S évoque à plusieurs reprises après les séances d'hypnose, un état « agréable, de tranquillité, d'apaisement » et la perception d'atténuation de la douleur (évaluée quantitativement).

**-Hypothèse 2 :** l'alliance thérapeutique (vectorisée par l'hypnose) renforcera la dynamique corps-esprit, modifiant positivement le schéma corporel et l'estime de Soi (restauration narcissique) semble être validée en partie.

J'ai remarqué au fil des entretiens que l'alliance qui s'est créée rapidement, lui a permis d'être au cœur de la relation par son investissement personnel. Elle s'est autorisée à « être » authentique durant nos échanges, cet engagement a vectorisé l'alliance thérapeutique. Ainsi par la confiance que je lui ai accordée, et qu'elle m'a offerte en retour, il me semble que cela a pu lui permettre à son tour de reprendre des bribes de confiance en elle.

Je ne sais pas réellement si l'hypnose aura modifié positivement son schéma corporel mais elle s'est autorisée en ma présence, à rentrer davantage en contact avec son corps, comme par la pression de ses pieds sur le sol, la pression de ma main dans la sienne, l'attention posée sur sa respiration. Recherchait-elle à ressentir le pourtour de son corps, à sentir ses limites corporelles par la rencontre d'un autre espace ?

Lors du 9<sup>ème</sup> entretien, elle a exprimé son profond désir de mobiliser l'ensemble de son corps afin de se « ressentir » dans sa totalité. En l'accompagnant avec bienveillance, réassurance et revalorisation narcissique j'ai saisi qu'elle recherchait à définir son schéma corporel à partir du sensoriel, et qu'elle recherchait confiance en elle à travers la confiance que je lui donnais. J'ai remarqué qu'indirectement l'hypnose lui avait peut-être servi, car à ce moment là elle a su d'elle-même sans mon intervention utiliser sa respiration comme support contre l'angoisse.

A la fin du suivi nous réévaluons la prise en charge de sa douleur par l'hypnose. Elle ne

savait pas me dire si la proportion de ses douleurs dans son corps avait diminuée. Cependant Mme S a mis du sens sur nos rencontres et conclue d'elle-même «  *finalement vous m'aurez permis de me sentir mieux moralement* ». J'en déduis qu'elle a peut être pu restaurer une partie d'estime d'elle-même, ne serait ce par « se faire confiance ».

**-Hypothèse 3: La mise en lumière d'un réel potentiel interne modifiera sa relation à Soi, où le sujet renarcissisé adoptera davantage une position d'acteur (dans le contrôle de sa douleur), qui le conduira à davantage exprimer ses besoins et ses choix ; modifiant ainsi sa relation au monde environnant, le menant dans un processus d'autonomisation, semble être partiellement validée.**

Le fait que Mme S soit décédée moins d'un mois après mon suivi, ne m'a pas permis le recul nécessaire pour vérifier si elle a pu modifier sa relation au monde la menant dans un processus d'autonomie.

Cependant certains éléments ont retenu mon attention concernant sa relation à Soi. Elle s'autorisait avec plus d'aisance, à davantage affirmer ses positions ou exprimer ses besoins à l'équipe concernant « son alimentation » (changement de goût de compote, besoin d'eau gélifiée), ce qui participe au processus d'autonomisation.

Outre le fait qu'elle n'ait pas pratiqué l'auto-hypnose, j'ai constaté un changement perceptible physiquement et psychiquement chez cette dame au fil du suivi. Les entretiens qui se sont déroulés après le 9<sup>ème</sup>, attestent son envie profonde de reprendre la marche, ce qui a certainement été étayé par une image de Soi renarcissisé. Ainsi le renforcement identitaire est peut être passé par l'expérience d'être totalement soi, en se laissant aller à vivre l'instant dans le silence intérieur, face à un autre qui respecte cet espace. A chaque séance je la réinscrivais dans l'instant présent «  *êtes vous d'accord pour que nous puissions prendre un petit moment rien que pour vous, pour prendre soin de vous ?* ». Ainsi le partage au sein de cette relation de confiance, sans forcément interpréter tout ce qui se passe, simplement « être », est peut être également une façon de se réapproprier son autonomie.

Lors du dernier entretien (film), j'ai utilisé ses ressources et repères étayant son identité pour la réinscrire dans ce processus d'autonomisation. En créant ce troisième espace comme continuum, à travers l'image de Dieu, j'ai souhaité qu'elle puisse lier le pardon et l'amour de soi lors de ses prochaines prières.

## II. Discussion

**Présentation de l'outil :** Tout d'abord, certaines études montrent que le fait de nommer le mot « hypnose » participerait à la qualité des résultats obtenus avec l'augmentation des effets de la procédure hypnotique et des suggestions faites (Bioy, 2012). Pour ma part, je ne sais pas si c'est le fait d'avoir nommé le mot hypnose, mais Mme S a été très rapidement suggestible. Dès le premier contact avec l'outil, elle évoque « *un miracle* », quand elle a ressenti la chaleur dans ses mains. Elle l'associe rapidement à un ensemble de croyances et représentations, comme les coupeurs de feu à l'hôpital : « *c'est comme les personnes très douées qui peuvent couper le feu en récitant des prières* ».

**Spécificité en gériatrie :** L'avancée en âge met en ébranle la performance, d'un point de vue corporel avec les nombreuses pertes fonctionnelles et d'un point de vue psychique, quand l'élaboration est plus difficile. La personne âgée aime se remémorer les traces de son passé, comme l'illustre Mme S, soit pour y puiser une réassurance narcissique, soit parce qu'elle s'interroge sur le contenu en présentant une autre manière de les lire et de les comprendre. Avant de s'occuper des événements on travaille sur des traces psychologiques et corporelles. Ce qui donne au travail thérapeutique le sentiment d'aller retour entre présent et passé. On se heurte parfois à des mécanismes de défenses contre l'angoisse d'effondrement (déli ou clivage) d'autant plus difficile à travailler que sa présence est l'indice d'une désorganisation somatopsychique.

J'emprunterai à M. Ouillon Marchand (2011), ces quelques phrases qui décrivent la spécificité du fonctionnement psychique chez le sujet âgé « *Si vous vous promenez au milieu de personnes âgées institutionnalisées, vous pouvez vous rendre compte que la majorité d'entre elles, bien que présente physiquement sont absente mentalement, comme ailleurs. Les regards sont tournés vers une intériorité. Et parfois pour les rencontrer il est nécessaire d'aller les chercher là où elles sont, il peut même être nécessaire d'insister... Cela ressemble bien à une présence/absence, à une dissociation ... un état en rapport avec l'hypnose. La particularité c'est de chercher où elles sont quand elles sont absentes pour leur apprendre à y retourner volontairement quand la réalité douloureuse les en fait sortir. Se mettre en lien avec les souvenirs, avec la mémoire, très précise dans son inscription sensorielle et affective, [...] c'est aussi à partir de cette mémoire vivante que le thérapeute pourra restimuler chez la personne âgée une présence plus incarnée* ».

L'expérience enseigne que l'adulte âgé a souvent plus besoin d'une présence disponible et attentive à sa personne que de réponse assurée aux questions ou exigences formulées. Ainsi

l'hypnose permet de se recentrer sur la présence à Soi et aux autres dans l'ici et le maintenant, qui « ne passe pas seulement par un Moi pensant, mais explorant l'éventail des sensations, émotions, pensées ... » (Bioy et al., 2010).

Néanmoins, les recherches en hypnose chez le sujet âgé sont minimales, il faudrait pouvoir étudier plus spécifiquement cet outil auprès de ce public et également auprès des personnes atteintes de démence. Après avoir proposé cet outil à différentes personnes âgées, il me semble que la durée d'une séance d'hypnose est fonction de l'âge, des capacités attentionnelles et cognitives du sujet, ainsi que de sa disposition psychique du moment. C'est pourquoi il est important de toujours s'adapter à la singularité du sujet dans l'ici et le maintenant.

L'hypnose permet un levier thérapeutique en reconvoquant le mouvement par le silence et la présence à Soi, tout ce qui se vit à l'intérieur et semblait figé. Il redevient acteur et peut reprendre le contrôle quand il le décide. Le corps pendant cet instant de pause peut devenir un lieu de gratification où ils font l'expérience d'un autre vécu. « En approfondissant cette présence à soi-même, le sujet âgé quitte pour le temps de la séance une attitude passive et passéiste » (Sapir, 1993). Avec l'hypnose, c'est comme si tout allait plus vite, car dès le premier contact un effet a été constaté. L'hypnose apparaît comme catalyseur ou accélérateur thérapeutique comme le suggère certains auteurs.

La particularité de la technique hypnotique repose sur « le pacing », où l'on s'ajuste au rythme de la personne, dans une perspective de co-construction, où les protagonistes œuvrent dans un même mouvement, un but commun, est un élément essentiel dans la dynamique thérapeutique. Ces instants de réifications, de partages d'éprouvés corporels ou émotionnels étaient des moments où je ressentais l'énergie circuler chez Mme S comme chez moi, où je profitais de l'instant présent à ses côtés. Emprunt d'un langage commun dans le ressenti, je saisis alors le lien que crée l'hypnose, la dimension « d'attachement tendre » que peut prendre la relation thérapeutique comme une « forme particulière d'amour » (Bioy et al., 2010), et le transfert décrit comme « intense mobilisation affective et émotionnelle » (Chertok et al., 1987), prend tout son sens.

**Hypnose et douleur :** Il me semble important de dire que Mme avait certainement des bénéfices secondaires à travers l'expression de sa plainte corporelle. Lors du 4<sup>ème</sup> entretien elle énonçait très clairement la place de sa douleur dans son psychisme « *je ne peux pas oublier la douleur, il ne faut pas l'oublier* ». C'est comme partie intégrante de son identité, qui a certainement structuré sa place familiale et ce qu'elle jouait dans le service. Dans cette position de « victime » de cette maladie, cela lui permettait peut être de masquer une souffrance interne plus vive encore. L'énergie de « ce mal corporel » était elle au service du psychisme ?

Dans les maladies douloureuses chroniques, tel le cancer, des bénéfices secondaires ont été identifiés, entre autre il y a (Carl Simonton) :

- recevoir la permission de ne pas affronter une situation plus douloureuse
- ne pas avoir besoin de satisfaire trop d'attentes, d'exigences de soi et des autres

Madame évoque durant tout son suivi ses multiples pertes liées au vieillissement, cristallisée par son cancer et l'hospitalisation. Il faut bien prendre en considération la relation qu'elle a entretenue avec son corps pour en saisir les répercussions actuelles. Elle parle avec regret de son travail d'agricultrice qui était « *trop difficile pour une femme* », mettant à mal son corps physique, « *en lui demandant toujours plus* ».

De plus il faut préciser que Mme S présentait des douleurs plus de dix ans avant l'annonce de sa maladie. On peut s'imaginer que lorsque le diagnostic de sclérodémie a été posé (tardivement, en 2007), cela lui a permis de construire « une identité » à travers la reconnaissance de ses symptômes devenus « légitimes », propres à la maladie. Partant de cette hypothèse, on comprendrait mieux l'importance qu'elle accorde à ses symptômes (douleurs) pour se sentir reconnaître ou exister comme malade douloureuse à part entière.

Une douleur n'est rien sauf si elle s'installe. Une peur n'est rien sauf si elle se renouvelle trop fréquemment. Finalement ce que l'on soigne à chaque fois c'est l'immobilisation, la sidération, la focalisation. Le discours évolue vers la plainte, même entendue et reconnue elle prend le caractère d'une obsession. Les sujets obsessionnels ou douloureux chroniques sont dans un contrôle permanent qui leur ferme parfois l'accès à leur sensorialité première. Ce contrôle est aussi une rigidité qui rend tout changement impossible.

En hypnose, on cherche justement à ouvrir cet espace de perceptions plus large, dans lequel se situent les réponses adaptatives aux problèmes. L'hypnose va tendre à réduire ou modifier ce contrôle. La particularité de la perceptude (sensorialité première) est d'être un accès vers une totale liberté de perception et donc de réaménagements du corps en intégrant l'organe douloureux.

Cela revient donc à « troquer » la certitude de la douleur chronique contre l'incertitude de la vie réelle. Les personnes qui souffrent de pathologies chroniques sont les seules à pouvoir prédire leur avenir. Elles ont peur de mauvaises surprises et parfois préfèrent choisir un mauvais avenir sans surprises. Certains sujets, c'est le cas de Mme S, ne laissent rien au hasard et savent retrouver leurs douleurs sur demande (« *rien que d'en parler, ça me fait quelque chose là ...* »).

Alors que pour guérir il faudrait un curieux échange : perdre la possibilité de prédire l'avenir, d'aller vers le doute. Ne rien savoir de l'avenir, renoncer à exercer un contrôle sur le

corps est le signe de guérison. Comme le cite le Dr J-M Benhaiem (2011) « *ne rien faire permet le changement parce que cela interrompt tout ce qui inhibe le mouvement imperceptible : l'exigence, la pensée, la peur et le contrôle. La personne ne fait rien, cesse de s'agiter, s'immobilise indéfiniment pour laisser apparaître le mouvement, celui où on se sent vivant.* »

La pratique de l'hypnose montre que tout ce qui est vivant est en lien, et celle-ci va permettre de réparer les liens endommagés. On soigne l'individu, un terrain composé de tout l'être en relation avec son espace interne et externe. Pour percevoir la douleur ou maladie autrement, pour percevoir la vie autrement, la démarche est d'en changer les perceptions, c'est ce que définit en partie l'hypnose.

**Ethique :** La dimension éthique dans la prise en charge de la douleur réside dans le fait de prendre en compte la parole de l'autre et de lui restituer, du même coup, sa dignité en le considérant tout à la fois dans sa dimension corporelle, psychologique, spirituelle. Il s'agit de restituer la personne au cœur de son projet de soins, dans la démarche thérapeutique. Cela implique de prendre conscience de l'autre, le sujet dans sa globalité, sortir du non sens.

La démarche éthique implique la notion de pluridisciplinarité. Dans ce SSR j'ai eu la chance de pouvoir partager cette expérience avec cette équipe et le Pr Martin-PfitzenMeyer, qui garantissent une démarche éthique dans la continuité de la prise en charge gériatrique.

Au départ je reconnais avoir eu ce désir de « guérison » lors d'un suivi, en voyant de telles avancées, j'ai eu tendance à vouloir trop m'avancer. Je connaissais les travaux de C. Simonton qui est connu pour avoir utilisé la technique de relaxation associée à la visualisation active et positive, montrant les effets positifs sur le cerveau et sur le système neuroendocrinien et immunitaire. Il s'est appuyé de l'expérience de R. Rosenthal « sur la réalisation automatique des prédictions » et les preuves que nous nous comportons bien souvent de manière à augmenter la probabilité que notre attente se réalise, qu'elle soit positive ou négative. Aujourd'hui nous savons grâce à la communication non verbale qu'il y a des contradictions entre les messages d'espoir émis verbalement et les messages de désespoir transmis non verbalement par des petits comportements et micro mouvements inconscients pour la plupart. L'envie de communiquer les effets de l'hypnose me mettait dans une telle joie que le risque aurait été d'imposer au corps de se soulager alors que le psychisme investit le terrain différemment.

Effectivement, le rôle du thérapeute est d'inciter le sujet à « coller » à la réalité dans la perspective de s'y adapter. Pour garder son utilité, F. Roustang dit que le thérapeute doit abandonner son désir de guérir, en restant indifférent face au résultat : « *il ne peut pas vouloir à la place de son patient, car par sa présence intense il pèse tout le poids sur le patient et l'amène au*

*seul de sa liberté. Même si dans l'absolu tout être aurait les ressources pour guérir, dans la réalité ce qui est demandé pour revenir dans la vie repose sur une souplesse et une créativité, qui ne sont pas accessibles par tous. C'est la raison de nombreux échecs thérapeutiques chez les douloureux chroniques. »*

Grâce à un échec thérapeutique, j'ai peu à peu saisi le sens, l'essence de la douleur ; pour lâcher le pouvoir de guérison, et redonner le pouvoir de décision au sujet. C'est étonnant comme l'hypnose transforme les choses, alors qu'en pratique clinique je ne me suis jamais emparé de ce choix, restant dans l'accueil et le rythme du sujet, le réinscrivant dans ses choix.

En tant que thérapeute, l'hypnose m'aura permis de renforcer ma démarche de co-construction dans l'accompagnement de la personne âgée. Par une présence mutuelle, où nos sens sont exacerbés, nous tissons un maillage commun de créativité étayé par deux identités singulières. C'est une rencontre où parfois nous sommes comme plongés dans l'espace d'un inconscient commun. La personne peut y puiser un étayage afin de renforcer ses ressources porteuses d'une identité qui définiront ainsi ses besoins et choix, et la mènera en position active et non plus passive. Ainsi l'autonomie reprendra toute sa place.

**Ouverture :** L'hypnose ne peut pas réellement se définir, c'est comme demander à Aristote de définir l'Amour, finalement il faut le vivre pour le comprendre. Ce n'est pas ce qu'on en dit qui est intéressant, c'est ce que ça fait. Mais que sait-on réellement de ce que l'on fait ? Est-ce que c'est la dissociation, en état hypnotique, qui permet d'accéder à une efficacité thérapeutique ? Ou est-ce que, c'est ce que cela induit à la fois chez le thérapeute et le patient ? Ou est-ce encore l'alliance thérapeutique, la rencontre et le « jeu » entre deux personnes qui est à la base de toute thérapie, qui permet une telle efficacité ?

A l'image de l'astronaute qui explore les régions les plus inhospitalières de l'univers mais dont la survie dépend du maintien d'un lien avec sa base, la théorie de l'attachement met ainsi en évidence qu'être autonome, être soi, ne signifie pas être sans lien (Main et al., 1985). Les humains sont faits d'un réseau de liens qui les constituent et les soutiennent. La maladie, les accidents de la vie mettent à l'épreuve ce réseau. L'hypnose est un moyen d'explorer voire de réparer les liens endommagés. L'hypnose soigne les liens.

Enfin dans le cerveau, douleur et empathie sont intimement liées. La douleur est un élément fondamental du lien social. La douleur est un élément fondamental du lien social. Quand le bébé crie, il attire l'attention de sa mère et va recevoir en retour de l'amour et des soins. Par le cri, la douleur est la bande son de l'histoire de l'humanité.

La traversée du vieillissement est à l'évidence marquée par le temps qui passe. Tels des enfants intransigeants et avides, parfois tels des enfants tristes et perdus dans les dédales d'un temps sans

repères. Ils mettent à l'épreuve les identifications maternelles de chacun, entre tendresse d'un holding pétri d'altérité (en référence à Winnicott) et violence mortifère d'une infantilisation réifiante.

Alors si nous découvrons un jour un médicament supprimant totalement la douleur, ne risquons nous pas de rompre un élément du lien social de l'espèce, au profit d'un individualisme toujours renouvelé ?

### **III. Conclusion**

Avec l'âge s'intriquent les effets du vieillissement normal, des pathologies souvent multiples et des difficultés psychosociales et fonctionnelles. L'âge avançant, les dysfonctionnements et les sources de douleurs se multiplient. La douleur chronique comme nous l'avons vu modifie la relation du patient à son propre corps, mais également ses rapports aux autres, et au monde qui l'entoure. Ses nombreuses pertes (sociales, corporelles, identitaires ...) liées au vieillissement, cristallisées par son cancer et l'hospitalisation, ont mis à mal tout son système de défense, ouvrant ainsi la porte à l'anxiété, laissant émerger des affects anxio-dépressifs.

L'hospitalisation met en lumière l'approche de la finitude de soi et l'isolement familial de Mme S qui est source de grande souffrance psychique, majorant sa douleur physique. Ainsi on peut parler de « douleur totale » inscrit dans la totalité de son être. Mme S a alors mis en place des défenses primaires (identification à la mère) d'où son sentiment de persécution qui lui fait éprouver une forme d'agressivité envers les soignants. Elle va pouvoir progressivement au cours des entretiens, dire combien lui manque ses objets d'amour et son manque d'amour de soi.

Dans la prise en charge de la douleur, nous avons vu combien les facteurs psychologiques influencent la perception de la douleur (émotions négatives, anticipation anxieuse, attentes ou passivité).

L'hypnose permet de recréer les liens endommagés entre la psyché et le soma. Par l'élargissement du champ de conscience du sujet, il accèdera à un potentiel intérieur où il pourra porter un regard différent sur sa problématique, où s'opèrera de nouvelles stratégies de changements dans la dynamique corps-esprit. C'est comme si lorsque l'on crée la dissociation entre l'esprit conscient et l'esprit inconscient, on crée une réassociation corps-esprit. Ainsi l'apport de l'hypnose lui aura permis en partie de modifier en partie sa relation à Soi (schéma corporel et estime de soi) et aux autres (expressions de ses besoins) la conduisant dans un processus d'autonomisation.

L'hypnose est parfois un levier thérapeutique pour des personnes âgées en difficultés d'élaboration ou face à des défenses trop massives.

L'hypnose est alors considéré comme un réel catalyseur de la thérapie. De plus, l'alliance thérapeutique imprégnée d'authenticité, de confiance, de renarcissisation, de revalorisation de ses capacités et valeurs a permis à ses affects anxio-dépressifs d'être légèrement atténués. Elle a pu puiser à la source un étayage au sein de l'alliance thérapeutique, et ainsi mobiliser son énergie.

## BIBLIOGRAPHIE

Apkarian AV., Sosa Y., Sonty S., et al. (2004). Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. pp10410 –10415.

Averbuch-Heller L, Steiner I, Abramsky O. (1992). Neurologic manifestations of progressive systemic sclerosis. Arch Neurol ; 49 : 1292-5.

Benhaiem JM., Attal N., Brasseur L., Chauvin M., Bouhassira D. (2001). Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia. pp 167-173.

Benhaiem J.M., Germain, O. (2011). Hypnose au quotidien. Hachette livre.

Benhaiem JM, Roustang F.(2012). L'hypnose ou les portes de la guérison. Paris: Odile Jacob.  
Billé M.(2004). La chance de vieillir, Essai de gérontologie sociale, L'harmattan.

Bioy A. Hypnose, psychothérapie et psychologie clinique. Perspectives Psy 2005, 44 (5) : 346-54.

Bioy A. et Michaux D. (2007). L'hypnothérapie. Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications. Paris : Dunod.

Bioy, A., Wood, C., Célestin-Lhopiteau, I. (2010). L'Aide-mémoire d'hypnose en 50 notions, Paris : Dunod.

Bioy A., Bachelart M. (2011). L'alliance thérapeutique : historique, recherches, et perspectives cliniques. Perspectives Psy, 49(4), 317-326.

Bioy A., Bourgeois F. (2013). La communication soignant-soigné, repères et pratiques. Prep'internat.

Bocher R., Dousse M.(2002). Douleur, deuil et dépression chez la personne âgée. In: Ferragut E. Thérapies de la douleur, Paris:Masson.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16, 252-260.

Bowlby (1988). A secure base. London: Routledge & Kegan Paul.

Casten RJ., Parmelee PA., Kleban MH., Lawton MP., Katz IR. (1995). The relationships among anxiety, depression and pain in a geriatric institutionalized sample.

Cedraschi C., Allaz A-F. (2005). How to identify patients with a poor prognosis in daily clinical practice. Best Practice Res Clin Rheum. 19:577-591.

Cerinic MM., Generi S., Pignone A., Casale R. (1996). The nervous system in systemic sclerosis (scleroderma). Clinical features and pathogenetic mechanisms. Rheum Dis Clin North Am 22 : 879-93.

- Chertok L., Stengers I., (1989) *Le coeur et la raison*, Science de l'homme, Payot.
- Cole, MG.(2004).Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* ;12:7-21.
- Corydon Hammond, D. (2004). *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Collection le Germe. Edition Satas. pp56-57.
- Danziger N. (2014). "Vivre sans la douleur?", in *Cerveau et Psycho* du mois de mars.
- Deane G., Smith HS. (2008). Overview of Pain Management in Older Persons. *Clin Geriatr Med*. 24:185-201.
- Demyttenaere K., Bonnewyn A., Bruffaerts R., et al.(2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss and help seeking. pp185-93.
- Despland J.-N., De Roten Y., Despars, J., Stigler M., Perry J.C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *J. Psychother. Pract. Res.*, 10(3), 155-164.
- Fédida, P., (2001). *Des bienfaits de la dépression, éloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob.
- Feilley R., Roncin C. (2012).*Soucis du corps, sport et vieillissement*. Pratiques gérontologiques. Erès.
- Ferrey G., Le Gouès G., (2008). *Psychopathologie du sujet âgé*. (6e éd.). Issy-les Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Fondras JC. (2009). *La douleur Expérience et médicalisation*.in chapitre 10: Douleur, souffrance et mortalité *Médecine et sciences humaines*.Les Belles lettres.
- Freud S. (1915). *Deuil et mélancolie*. Payot.
- Fromage B. (2001). Groupe de relaxation avec des personnes âgées en institution. *L'esprit du temps*, Champ psy n°24 p. 131-144.
- Gaston L., Marmar C.R., Gallagher D., Thompson L.W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy progresses. *Psychotherapy Research*, 1, 104-112.
- Gibson SJ., Helme RD. Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain* 2000;85:375-83.
- Godin J. (1991). *Hypnothérapie*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, 37820 B 50, Paris, Editions Techniques.
- Goetz RH. (1945). Pathology of progressive systemic sclerosis (generalized scleroderma) with special reference to changes in the viscera. *Clin Proc (S Africa)* ; 4 : 337-42.
- Héron E., Hernigou A., Chatellier G., Fornes P., Emmerich J., Fiessinger JN. (1999).

Intracerebral calcification in systemic sclerosis. *Stroke* 1999 ; 30 : 2183-5.

Héron E., Emmerich J., Fiessinger JN. (2000). Maladie rare des vaisseaux Sclérodémie systémique : manifestations vasculaires et critères diagnostiques.in *Sang Thrombose Vaisseaux*. Volume 12, Numéro 5, 314-21.

Inouye SK. (1998) .Delirium in hospitalized older patients. *Clin Geriatr Med* ;14:745-64.

Jacques E.(1963). Death and Midlife Crisis », dans *International Journal of Psychoanalysis*, p 502-514.

Jackson, PL., Decety J. (2004). Motor cognition: a new paradigm to study self–other interactions.

Jackson PL., Lafleur MF., Malouin F., Richards C., Doyon J. (2004). Potential role of mental practice using motor imagery in neurologic rehabilitation.

Karp JF., Reynolds CF., Butters MA., Dew MA., Mazumdar S., Begley AE., Lenze E., Weiner DK.(2006). The relationship between pain and mental flexibility in older adult pain clinic patients. *Pain Med*. pp444-52.

Klein, M. (2004). Deuil et dépression. *Petite Bibliothèque Payot*.

Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*, Métailié.

Le Gouès, G. (2000). *L'âge et le principe de plaisir*. Paris : Dunod.

Levet Gautrat, M. et Fontaine, A. (1987), *Gérontologie sociale*. Paris : PUF (collection Que sais-je ?).

Main N, Kaplan N., Cassidy J. (1985).« Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation », in I. Bretherton et E. Waters (dir.), « Growing points of attachment. Theory and research », *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. L, n° 1-2.

Metz AE., Yau HJ., Centeno MV., Apkarian AV., Martina M. (2009). Morphological and functional reorganization of rat medial prefrontal cortex in neuropathic pain. pp2423–2428.

Meyer P., Bielefeld P., Caillot D., Dalac S., Camus P., Tavernier C., Couillaut G., Chalopin JM., Besancenot JF. (1996). Sclérodémie systémique et cancers: 21 observations et revue de la littérature. *Rev Med Interne*. 1996 ; 17(10) ; 810-3.

McCusker J., Cole M.G., Dendukuri N., Belzile E. (2003).Does delirium increase hospital stay ? *J Am Geriatr Soc* ;51:1539-46.

Morgan A., Hilgard E. (1973). Age differences in susceptibility to hypnosis. pp78-85.  
Michaux D., Halfon I., Wood C., (2007) *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Edition Maloine.

Ouillon Marchand M. (2011). *Mémoire de D.U. d'hypnothérapie : Processus de Deuil et*

Hypnose : Ou la rencontre entre un être vivant et "son cher disparu". Université de Bourgogne.

Pellerin J. Douleurs et dépressions. (2002). In: Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D. La douleur des femmes et des hommes âgés. Paris: Masson. pp 187-201.

Ploton L. (2009). Les bases affectives de la vie psychique, ce que nous apprend la maladie d'Alzheimer. Annales de gérontologie, vol 2, num 3, 151-5.

Rainville P., Hofbauer RK., Buschnell MC. et al.(2002). « Hypnosis modulates activity in brainstructures involved in the regulation of consciousness », Journal of Cognitive Neuroscience.

Rizzolatti, G. et al. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions Cognit. Brain Res. 3, 131-141.

Roustang F. (1991) Influence, Minuit.

Salvio, M. A., Beutler, L. E., Wood, J. M., Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments of depression. Psychotherapy Research, 2, 31-36.

Sebag-Lanoë R., Wary B., Mischlich D.(2002). La douleur des femmes et des hommes âgés. Paris: Masson, pp39-49.

Turner JA., Ersek M., Kemp C.(2005). Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain.

Vassal P., Navez ML., Laurent B.(2002). Physiopathologie de la douleur et modifications liées à l'âge. In: Sebag-Lanoë R, Wary B, Mischlich D.(2002) La douleur des femmes et des hommes âgés. Paris: Masson. pp67-81.

Verdon B. et coll. (2012). Cliniques du sujet âgé. Pratiques psychologiques, Paris, Armand Colin, p138.

Virot C. (2009). La réification. Une douleur palpable. in Revue Hypnose et thérapie brève.

Salem G., Bonvin E. (2012). Soigner par l'hypnose, Issy les Molineaux, Elsevier Masson.

Weiner DK., Rudy TE., Morrow L., Slaboda J., Lieber S. (2006). The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. Pain Med. pp60-70.

## Liens internet et autres :

-[http://www.institut-upsa-douleur.org/Protected/UserFiles/IgwsIudV5/Resources/Document/Periodiques/la\\_douleur\\_des\\_recommandations\\_a\\_la\\_pratique/instut-upsa-douleur-recommandations-pratique-07.pdf](http://www.institut-upsa-douleur.org/Protected/UserFiles/IgwsIudV5/Resources/Document/Periodiques/la_douleur_des_recommandations_a_la_pratique/instut-upsa-douleur-recommandations-pratique-07.pdf)

-<http://www.arte.tv/fr/hypnose-francois-roustang-est-l-invite-de-raphael-enthoven-dans-philosophie/2235124,CmC=7076054.html>

-<http://www.hypnose.fr/hypnose/courants-hypnose-therapeutique/hypnotherapie-onirique>

-CIM-10 [http://www.afsos.org/IMG/pdf/confusion\\_mentale\\_en\\_cancrologie.pdf](http://www.afsos.org/IMG/pdf/confusion_mentale_en_cancrologie.pdf)

[http://santecheznous.com/condition\\_info\\_details.asp?channel\\_id=0&relation\\_id=0&disease\\_id=198&page\\_no=2](http://santecheznous.com/condition_info_details.asp?channel_id=0&relation_id=0&disease_id=198&page_no=2)

-<http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/E%20BARBIER1.pdf>

-<http://www.ibbtev.be/?SIMONTON-Carl>

-cours de DU de B. LUTZ (2013). Communication orale au DU d'hypnose dans les cours de supervision, Dijon.

## ANNEXES

- **2<sup>ème</sup> entretien (23/01) : la métaphore du soleil**

On me décrit Mme S comme n'étant pas bien aujourd'hui, présentant des accès confusionnels la nuit passée. L'équipe se trouve en difficulté face à certains de ses propos décrits comme « suicidaires » et sa peur d'être rejetée.

Je vais à la rencontre de Mme S l'après midi en tentant de mettre de coté ces informations afin de pouvoir apporter « un regard lavé » sur cette dame, en me concentrant davantage sur l'ici et le maintenant avec elle. J'ouvre la porte de sa chambre, elle m'a reconnu et me propose de m'asseoir auprès d'elle. Je la sens surprise lorsque je lui donne une poignée de main pour lui dire Bonjour, elle me dit « *vous avez bien de la chance d'avoir vos mains chaudes* ».

Je trouve cette dame dans l'anxiété ce jour, avec un fort sentiment d'insécurité et de persécution, je cite « *les soignants dans les couloirs nous entendent, ils peuvent nous écouter. Elle me parle d'ombres qui nous observent* ».

Elle m'évoque ensuite sa maladie, je la questionne alors sur les répercussions que cela engendre dans sa qualité de vie. Elle m'explique l'impact thermique dont elle souffre au quotidien, qu'elle doit mettre des gants pour se réchauffer les mains et les pieds (grosses chaussettes).

Je réinscris le cadre de notre rencontre en lui proposant mon soutien et en évoquant l'hypnose. Je questionne ses représentations et l'idée qu'elle a de l'outil, or elle n'en a aucune idée. Je lui explique alors la technique et elle me répond « *ça ne peut pas faire de mal* ».

Je commence par l'inviter à me décrire sa douleur, en y mettant une couleur, une forme, un mot, un son ou une sensation, afin d'attirer son attention sur « le dedans ». J'insiste longuement sur cette phase de description pour qu'elle s'imprègne de toute l'expérience douloureuse reliant l'émotion, la sensation, la représentation et le comportement. Elle me décrit alors sa douleur comme étant « *des petits pièges à l'intérieur de son corps ... c'est une misère* ». Elle me décrit sa sensation de froid constante qui la préoccupe.

Je lui demande alors si elle aimerait ressentir la chaleur. Elle me répond comme une évidence, avec envie « *oh oui j'aimerais tant, mais je ne suis pas sur de ressentir ça un jour* ». Plutôt que de questionner de suite sa motivation face au changement, je l'ai conduite à

l'expérience hypnotique. Je lui propose alors un petit exercice afin qu'elle puisse expérimenter un état de conscience modifié avec un premier intérêt : sentir la lumière du soleil lui réchauffer les mains.

Je n'ai pas eu l'envie de travailler des scripts tout établis, mais de me laisser aller avec la patiente à cet exercice de co-construction créative, où l'idée a jailli dans l'instant présent.

### **-Séance d'hypnose :**

Je commence l'induction par une focalisation de l'attention au dessus de la ligne d'horizon. Je passe le VAKOG en revue en essayant d'instaurer de la sécurité dans l'environnement extérieur, puis en la recentrant sur elle, ses appuis corporels et sa respiration. Puis j'insiste longuement sur la phase de « fermeture des yeux » mais après 5min elle ne les ferme toujours pas. Je vois que sa concentration est maximale, les yeux qui commencent à papillonner, dans une sensation de vague. Puis je reviens sur la sensation d'apaisement qui s'installe petit à petit grâce à la respiration qui se poursuit à un rythme de croisière.

(Etant très visuelle, je ne me suis pas surprise à voir l'image mentale d'un paquebot sur l'eau qui avance en croisière.)

A ce moment je suis très surprise de voir Madame qui se tourne vers moi avec stupeur, me saisissant du regard elle me dit « *comment savez-vous ?* ».

Alors je lui demande avec étonnement « *qu'est ce que je sais ?* »

Puis elle me répond « *comment vous saviez que j'étais là en croisière au bord de l'eau* ».

Puis elle m'évoque le souvenir d'une maison avec une écluse. Je ne rentre pas dans le questionnement, je la laisse me décrire ce qu'il se passe. Je me demande si c'est un souvenir autour de son enfance ou un souvenir de sa vie d'adulte. Je ne sais pas si cela lui rappelle un espace de sécurité qu'elle a retrouvé.

Je l'écoute et tente de suggérer un espace de sécurité, de calme. Je lui suggère de prêter à nouveau attention sur ce point d'horizon qu'elle observe, et la rassure en lui disant que « *parfois il y a des choses qui peuvent se produire, dont nous ne comprenons pas toujours tout mais que ce qui importe c'est que les choses se font naturellement, en laissant l'idée s'ajuster là où elle le sent, sans s'y attacher, pour pouvoir se laisser porter par cet état en prêtant attention à ses ressentis corporels uniquement ...* »

Je constate qu'elle « rentre et sors » rapidement de l'état de transe, comme un mouvement de va et vient ; alors je poursuis l'induction pendant plus de 10minutes.

Puis elle tourne à nouveau sa tête en me disant « *je peux vous poser une question ?* ».

Je lui réponds « *oui bien sûr Madame* ».

-Mme S : *Je me demande si c'est possible que son mari ait une sœur de 18 ans (mari 67ans).*

J'essaye de comprendre ce qui l'angoisse ou peut la préoccuper, mais finalement après discussion me dit cela ne l'inquiète pas, c'est son mari qui est soucieux.

*[Je suis interrompue par le personnel de l'hôpital qui souhaite l'examiner. Nous nous mettons d'accord pour que ceux-ci me laissent terminer la séance avant de lui faire sa radiographie.]*

Je lui propose de refixer son attention sur ce point d'horizon en partant sur l'exploration corporelle. Elle m'évoque une douleur sur la partie gauche de son corps allant de sa jambe au talon. Je l'invite à me décrire avec précision ses ressentis.

Je lui demande alors si le contact physique, le toucher la dérange. Elle m'autorise à lui toucher les mains.

Je pose alors mes mains chaudes au dessus des siennes et lui suggère de visualiser un grand soleil qui va venir réchauffer l'intérieur de ses paumes. Que ce soleil est tellement puissant qu'il éclaire de plus en plus ses mains, en laissant diffuser sa couleur et sa chaleur pour recréer un réseau de tissu et réparer les « pièges, les misères » qui se trouve sur son passage. Je lui laisse le temps, graduellement d'intensifier la lumière et les ressentis. Puis je l'invite à souffler dans l'expiration toutes « ses misères » et à l'inspiration, se recharger de lumière et de bien être.

Puis en phase de retour, je nomme certains éléments de repères de sa chambre en repassant par le VAKOG (lumière de la pièce, odeur, bruits de l'horloge, ambiance de la pièce)

-----  
Après la séance d'hypnose, son visage paraît plus détendu, elle me dit « *je ressens de la chaleur dans mes mains, ça faisait bien longtemps que je n'avais pas ressentie ça ... cette chaleur dans la paume ... c'était agréable je me sens comme plus tranquille* ».

Je lui fais remarquer qu'elle a emmagasiné beaucoup d'énergie, car ses mains sont chaudes. Je lui propose alors de les passer le long de ses bras pour ressentir la différence thermique.

A mon plus grand étonnement j'ai constaté que le sang circulait mieux dans ses mains, de la couleur violacées elles sont passées à la couleur rosée d'apparence cirée. Je lui ai fait remarquer visuellement ce changement, elle le constate avec ébahissement.

Elle me dit « *ce n'est pas vrai c'est un miracle, y'a des gens vraiment doués quand même* ».

Je lui retourne le compliment s'il en est un, en lui disant que c'est elle qui génère cette chaleur parce qu'elle a su accueillir l'instant présent.

A la fin de l'entretien nous sommes toutes les deux dans le partage, je lui conseille de repenser au soleil autant de fois qu'elle le souhaite dans sa journée.

- **3<sup>ème</sup> entretien (30/01) : le lieu sécuritaire (diminution de l'attention à la douleur : distraction)**

J'arrive ce matin dans la chambre de Madame S. Je constate qu'elle me regarde en souriant et me dit « *votre visage me dit quelque chose, c'est bien vous qui mettez de la chaleur dans les mains ?* ».

Je la trouve plus vigilante ce jour ci. Nous abordons en premier lieu sa douleur morale, qui m'apparaît en premier plan. Elle m'évoque ses pertes autour du domicile, de ses liens sociaux et familiaux, « *mon mari est égoïste il ne m'appelle même pas, chacun fait sa vie* ».

Cette dame chemine et fait le bilan de sa situation actuelle, teinté d'un sentiment d'abandon.

Face à ce constat, je sens que cette dame a besoin d'être davantage sécurisée, me vient alors l'idée du « lieu sécuritaire » script que nous avons appris en cours.

### **-Séance d'hypnose :**

Je lui propose une induction autour de la lumière, puis centrée sur sa respiration et sur son corps (et points d'appuis avec le fauteuil) en utilisant tout le VAKOG. Elle ne ferme pas les yeux. Je lui suggère ensuite de focaliser son attention sur l'environnement extérieur (sa chambre) en lui suggérant une induction autour de la lumière. « *Laissez entrer la lumière du soleil dans cette pièce afin qu'elle se diffuse, que vous ressentiez la chaleur se propager à l'intérieur de tout votre corps. Ressentez les rayons du soleil traversant la vitre de la fenêtre pour arriver jusqu'à votre front, votre buste... jusqu'à vos talons et orteils. Laissez vous cet instant pour vous imprégner de cette chaleur qui vous apaise et détendent tous vos muscles... ces rayons du soleil qui viennent vous procurer un certain apaisement par sa douce chaleur et protection.* »

[*Elle ressort de son état de transe légère et me dit « je voudrais aller aux WC s'il vous plait ».*

*Je la rassure et lui dit que je vais aller chercher une aide soignante pour qu'elle l'accompagne.]*

Nous reprenons la séance, je lui demande si elle a eu le temps de se laver les mains, si elle le désire. Elle accepte volontiers et me remercie « *ça fait du bien cette sensation, c'est doux* ». En partant de cette sensorialité (kinesthésique) qu'elle m'exprime, je recommence mon induction en lui demandant de prêter attention à cette douceur.

« *Puis laissez se diffuser ce liquide, comme vous venez de ressentir, pénétrer dans votre peau, dans vos tissus, la lumière du soleil qui vous réchauffe... Ce moment où vous prenez soin de vous, où vous ressentez la chaleur dans vos mains sur toute votre peau entière... vous prenez la lumière*

*du soleil dans chaque partie de votre corps, là où vous en avez le plus besoin.*

Puis en second temps, en phase suggestive, en l'invitant sur un long chemin : « *Prenez le temps, le long de ce chemin... le temps pour vous, à votre rythme... prenez le temps de prendre le temps pour à prendre un voyage en nature. Sentez l'air qui est frais, qui rentre par vos narines, le vent y est léger et doux. Sentez cette sécurité qui s'installe dans ce paysage où vous vous trouvez. Prenez le temps d'observer tout ce qui vous entoure, de goûter cet instant. Ici vous avez la possibilité de venir y puiser un maximum d'énergie. Dans ce lieu où vous vous trouvez, où vous voyez peut être des fleurs, des arbres ou des arbustes, où autre chose qui vous entoure... peut être y' a-t-il une petite rivière où autre chose que vous souhaitez qui vous apporte cet ressenti de sécurité intérieure. Prenez le temps de respirer l'air et de vous ressourcer dans ce lieu qui est le votre, rien qu'à vous...*

-Psy : *Y êtes vous, le ressentez vous ?*

-Mme S : *Oui, j'adore les ballades en nature...*

-Psy : *Voilà très bien. Alors maintenant mémorisez bien cet endroit, en fermant votre poing afin que vous puissiez l'enregistrer. (Elle le fait). Voila très bien... Restez encore un petit moment dans cet endroit de nature, où vous aimez vous retrouver.*

*Sachez qu'à tout moment vous pourrez y retourner, dans cet espace de sécurité... quand vous en aurez le besoin lors de difficultés où quand vous le désirez, vous pourrez tout naturellement faire appel à cette petite mémoire sur qui vous pouvez compter.*

-----

A la fin de la séance elle me dit se sentir « *dans le gaz, vous savez comme au réveil ... c'était très agréable, je me sens bien* ». Dans sa voix j'entends l'effet de la détente. J'ai cette fois ci vraiment constatée l'état hypnotique chez cette dame. J'ai remarqué son visage se décrisper et devenir comme « ciré » d'une couleur plus rosée, ses mouvements oculaires étaient présents. De plus, elle décrit une sensation de sécheresse de la bouche en fin de séance, et me demande immédiatement à boire.

Elle ne me donne pas plus d'éléments sur sa séance d'hypnose, mais me retourne énormément de compliments spontanés, et utilise le tutoiement « *ne changes jamais reste comme tu es, tu es adorable, jolie comme un cœur, une belle poupée qui donne beaucoup de bien* ». Je lui ai renvoyé le fait que c'était mon rôle dans ce service, avec l'équipe, que de pouvoir aider les personnes dans leur cheminement du mieux possible.

Elle me fait une caresse sur le visage, en me renvoyant un très joli sourire, que je lui renvoie

naturellement. Je lui demande alors si mon visage lui est peut être familier, si je lui fais penser à quelqu'un. Elle me répond « *oui mon petit* ». Je l'ai questionné davantage mais elle ne m'a pas répondu.

Il me semble que ce moment ai été véritablement authentique entre nous. A travers cette attitude familière qu'elle s'est autorisée avec moi, je pense qu'elle a tout simplement souhaité me témoigner sa reconnaissance avec liberté, en exprimant sa joie et à me la partager. Je sens très rapidement l'alliance thérapeutique se créer, elle me fait vite confiance. Je l'ai remercié pour ce qu'elle m'avait offert durant ce moment à deux : son écoute, son temps, sa confiance.

- **4<sup>ème</sup> entretien (06/02) : autour du bleu (création d'une analgésie pour diminuer progressivement la douleur)**

Ce jour ci Madame S se plaint de son corps criblé de douleur. Elle dit ressentir « *des pics aigus* », décrivant une douleur « *terrible, horrible* » et évaluant celle-ci sur une échelle EVA à plus de 10/10.

Je lui demande si je peux l'aider, si elle veut bien se mettre en condition pour faire une séance afin d'analgésier la douleur.

-Mme S : «*Je ne crois pas pouvoir me sentir mieux aujourd'hui, je ne crois pas que ça puisse s'améliorer* ».

-Psy : *Je pense que ce qui est un vrai moteur pour l'humain, ce que nous avons en commun, c'est l'envie, comme l'envie de croire en des choses, parfois pour pouvoir les réaliser aussi.*

- Mme S : *C'est bien vrai.*

-Psy : *Avez-vous des croyances, une philosophie particulière autour de la vie ?*

-Mme S : *Oui je suis croyante... Je prie beaucoup vous savez.*

*[Je questionne ses rituels et habitudes de vie.]*

-Psy : *Qu'est ce que cela vous procure ?*

-Mme S : *Ca fait du bien de sentir qu'il y a quelque chose d'autre.*

-Psy : *Je le comprends tout à fait. C'est une vraie force que d'avoir la foi... c'est une vraie force que vous portez à l'intérieur de vous, vous le savez ? C'est peut être la même force que l'on utilise pour croire en soi, non ?*

- Mme S : *[elle me sourie] Ah peut être alors...*

-Psy : *Voulez vous essayer une séance comme l'autre fois afin d'apaiser vos douleurs.*

-Mme S : *Oui si vous voulez.*

-Psy : *Oui moi je veux bien (sourire) et vous le voulez vous ?*

-Mme S : *On peut essayer.*

-Psy : *Très bien. Quelle couleur préférez-vous ?*

-Mme S : *Le bleu.*

### **-Séance d'Hypnose :**

A ce stade de mon apprentissage je ne connaissais pas encore le « portrait chinois » qui permet de faire un profil détaillé de la douleur et de son soulagement. Je lui propose un exercice afin d'analgésier ses douleurs, à l'aide de ses mots et de sa couleur préférée.

La phase d'induction est pratiquement toujours identique : en partant des bruits environnants, au son de ma voix puis en prenant conscience de ses appuis corporels et de sa respiration. Je lui suggère de prendre conscience de toute son enveloppe corporelle, en passant en revue toutes les parties du corps où l'oxygénation se fait.

*[Lorsque je lui suggère de prêter attention à ses pieds je vois qu'elle émet une pression sur le sol comme si elle cherchait cet encrage dans la sensation corporelle.]*

Puis en phase de suggestion j'évoque ses « pièges dans le corps ». [Je pars en transe hypnotique avec elle.] *« Maintenant que vous ressentez précisément où ces pièges sont en vous... maintenant que vous localisez certains aspects ou pourtour de ces pièges et misères horribles qui vous accompagnent parfois... imaginez vous à qu'à l'intérieur se créer tout une surface de bleue... un bleu comme vous aimez... un bleu qui apaise est entrain de se répandre sur toute la superficie... comme un océan de bleu, d'un bleu si bleu qu'il est parfois difficile de le décrire..., imaginez vous cet océan où les vagues remplissent cet océan afin de devenir une surface lisse, un espace de tranquillité... Ressentez cette libération de bleu, comme l'océan qui vient apaiser, apporter une sensation de transformation agréable corporelle et psychique. Cet océan rempli de vagues bleues calmes et paisibles, vient aussi combler tous ces pièges à l'intérieur comme à l'extérieur de vous... ses propriétés bien connues permettent à votre corps tout entier de se recharger, de se régénérer là où il en a le plus besoin... Imprégnez-vous de cette sensation d'apaisement... »*

Puis en phase de retour : *« quand vous le désirerez, vous pourrez revenir à ces sensations du contact de votre dos sur votre fauteuil, tranquillement installé dans cette chambre où nous nous trouvons toutes les deux... où vous pouvez vous reconnectez avec votre corps dans toute sa sensorialité, et revenir bien présente à vous-même. »*

-----

Je constate cette fois qu'elle rentre rapidement en état de transe, sans mouvements d'aller retour à l'état de conscience ordinaire. Peut être que le fait que je ferme mes yeux lui a permis, par mimétisme ou confiance, de s'autoriser à fermer les siens. Après la séance d'hypnose elle a toujours cette sensation de soif, ses yeux sont humides et son visage est détendu. Je la questionne autour de sa douleur.

-Psy : *Comment percevez vous votre douleur après cette séance ? Avez-vous des éléments à me donner ?*

-Mme S : *Elle ne s'oublie pas, on ne peut pas l'oublier il ne faut pas l'oublier, c'est jamais pareille.*

-Psy : *Est-ce que dans cet instant là vécu ensemble vous avez pu malgré tout oublier un fragment de la douleur dans l'ici et le maintenant ?*

-Mme S : *On est obligé quand même, parce qu'il y a quelque chose qui s'est passé. Mais c'est tellement puissant la douleur qu'on ne peut pas l'oublier, on ne peut pas faire ... c'est terrible.*

-Psy : *Est-ce qu'on peut mieux la supporter peut être ?*

-Mme S (temps de latence) : *Si ça restait comme ça serait merveilleux.*

-Psy : *Au niveau de l'échelle, entre 0 à 10 combien évaluez vous votre douleur après cette séance ?*

-Mme S : *En essayant de rester juste, on va dire 7.*

A la fin Madame S me témoigne sa reconnaissance en me disant « *je vous aurais bien offert un bouquet de fleur, mais je n'ai rien ici* ». Je suis flattée de son intention, et lui réponds « *Vous n'avez qu'à les imaginez avec moi alors, par la pensée et en image, et je les accepterai volontiers* ».

- **5<sup>ème</sup> entretien (11/02) : le rêve éveillé (diminution de l'attention à la douleur)**

Face à ses propos dévalorisant son image de Soi, j'ai souhaité alors lui montrer combien « ne rien faire » par la visualisation mentale peut engendrer des mouvements internes (contrôle). J'ai tenté alors une forme d'hypnose conversationnelle ou de rêve éveillé, une manière de diminuer l'attention à la douleur.

Selon O. Poliakow, le « RÊVE-éveillé-en-hypnose », en tant qu'expérience vécue, est une « *conduite originale et paradoxale adoptée par un sujet qui, en état d'hypnose, est invité à se conduire de façon à se laisser conduire autant par la dérive des images (production onirique) que par la présence, et les interventions du thérapeute.* »

## -Séance d'hypnose :

Induction rapide : je l'ai conduite à focaliser son regard dans le mien, puis je l'ai invité à prendre quelques inspirations et expirations afin de décontracter ses muscles ; ce qu'elle fit en même temps que moi. Ensuite je lui ai demandé bien présente à elle-même, et de me citer les couleurs qu'elles aiment, elle m'en a cité 3 : bleu, blanc, vert. Je suis partie de ces couleurs et lui ai demandé alors si elle pouvait « les voir, les ressentir ... ».

Métaphores : « *Ensuite ces couleurs, de bleu de blanc et de vert, ces couleurs qui vous apaisent, vont venir naturellement à vous se diffuser où non là où vous en avez besoin, où simplement percevoir qu'elles sont là très présentes. Observez bien ce bleu peut être est il pastel ou plus intense, peut être est il accompagné d'une odeur ou d'une image ou d'une sensation... tout comme ce blanc qui est clair comme la pureté ou bien l'éclat, qui peut vous apporter confort sécurité ou accompagné d'une image de légèreté. Et ce vert qui épouse peut être d'autres formes à l'intérieur de vous, où simplement colore ou s'installe là où vous souhaitez l'accueillir, là où votre regard se porte... Laissez s'installer ce blanc ou ce bleu ou ce vert à l'intérieur de vous où autour de vous. »*

-Mme S : *Oui je les vois. Mais il ne faut pas trop réfléchir car souvent quand on réfléchit trop on change, selon ce que les gens font ils prennent les couleurs.*

-Psy : *C'est très bien, très bien. Alors qu'en dites vous si on ne prend pas les couleurs, mais qu'on les utilise uniquement par le ressenti et les bienfaits qu'elles procurent. Essayez de ressentir ces couleurs de bleu, ou blanc ou vert ... ces couleurs qui viennent mettre un peu de coloration ... ce que ces couleurs peuvent apporter comme teinte à l'intérieur, peut être de gaieté où autre chose rendant un tableau intérieur de plus en plus agréable.*

-Mme S : *Oui c'est vrai j'y ai vu un tableau dans une petite émission, y'a des choses sympa on voudrait que ça ne finisse jamais, des choses reposantes, gaies.*

Elle me parle de la nature et ceux qui peuvent la mépriser, en soulignant le fait « *qu'on ne puisse pas toujours la respecter malgré soi* ».

-Mme S : *Ce n'est pas parce que je ne peux plus faire de ballade que je n'aime plus la nature. Quand tu marches sur le chemin tu ne trouves pas des choses belles dans la nature ?*

[Ressentant dans ce contre transfert l'agressivité dirigé contre elle-même, je rebondis sur cet

espace ici qui lui est propre, en lui suggérant alors de pouvoir faire cette balade par la visualisation, en devenant à la fois acteur et spectateur]

Je reprends certains de ces propos et lui suggère une ballade en forêt.

*« Imaginez vous marchez sur un chemin, où de belles choses sont présentes tout autour de vous. Il fait doux dehors, le vent est calme et agréable sur votre visage. Vous ressentez certaines odeurs très particulières, des odeurs de pissenlits... (coupé)*

-Mme S : *Rien qu'à l'odeur on sait qu'il y en a.*

-Psy : *« Oui vous les voyez c'est très bien, ces pissenlits sont d'un jaune vif ... peut être y'a t il d'autre fleurs autour de vous avec des odeurs sucrées, l'odeur boisé de la forêt avec peut être une odeur de mousse, de pin...c'est incroyable comme la magie de la nature, ou les pousses se font naturellement... »*

-----

Après quelques minutes de visualisation de cette ballade en forêt, elle revient à son état de veille ordinaire et me dit *« je préférerais y être vous savez ... la campagne c'est différent de la ville ... bien que je t'indiquerais pas pour autant d'y vivre ... toi tu es jeune tu peux faire n'importe quoi ... de la couture ... »*

Elle me reparle de son travail avec regret parfois, où elle n'a pas été très à l'écoute de son corps, exigeant de lui *« toujours plus »*, je cite *« pour une femme c'était difficile vous savez »*.

Puis je rebondis sur « la couture » et l'invite à m'en dire davantage sur ce qu'elle a déjà confectionné, à m'apprendre des choses autour du tricot et de la couture, ce qui est revalorisant.

A ce moment là elle me parle de couture avec engouement. Voyant que cela vient « réveiller » des bons souvenirs, je l'invite à me décrire davantage les couleurs, les matières, les détails autour des petites broderies ou autres confections qu'elle réalisait. Je remarque alors que son regard redevient vague, comme si elle retournait dans un état de conscience modifié.

- **6<sup>ème</sup> entretien (20/02) : distraction (diminution de l'attention à la douleur)**

En arrivant dans le service je demande aux médecins de ses nouvelles. Le médecin m'explique qu'elle ressent de vives douleurs du à la gastrostomie, où il y a gêne de la sonde car des bulles d'air restent coincées.

Ce matin là Mme S pas réussi à me communiquer les caractéristiques de sa douleur trop

aigue : « *la misère il vaut mieux la garder pour soi, vous n'avez pas à la prendre* ».

Je lui tends la main en lui précisant que justement mon travail est de pouvoir partager « *cette misère* ».

Je pensais que la séance ne pourrait pas se faire, mais peu à peu j'utilise la distraction après avoir tenté de lui faire décrire sa douleur selon « le portrait chinois » (script appris en cours), mais en vain.

J'ai évoqué quelques éléments de repères sur son environnement, en parlant des fleurs qu'elles venaient de recevoir. Je l'ai guidé en lui demandant si elle aimait les fleurs à l'état naturel, les regarder le long d'une ballade, les sentir les regarder juste pour le plaisir... [*Je ne me souviens pas de ce que j'ai pu dire ensuite, moi-même partie en transe hypnotique*]

Je me rends compte au fil de cette co-construction, que son regard devient vague et les temps de silence prennent de l'espace, puis elle me répond « *oh oui on voit de belles choses parfois, des choses simples de la vie* ».

Au bout de 15 minutes environ, je constate que certains traits de son visage se sont décrispés, et que sa voix est plus posée.

Puis tout d'un coup, elle revient à un état de veille ordinaire et une angoisse se lève autour de l'argent. Elle m'évoque le fait de devoir payer « *la dame* » pour ses facturations téléphoniques. Elle me confie qu'elle n'a plus son argent, qu'on lui a certainement volé. Elle rajoute ensuite « *j'ai honte de ne pas pouvoir payer tout ce que je veux ici* ». Je la rassure sur sa prise en charge et la gratifie autour de ses valeurs humaines tentant de désamorcer sa culpabilité.

Connaissant sa désorientation temporo-spatiale, qu'elle manifeste en suite d'entretien « *je ne sais plus trop bien où je suis parfois, ah non ce n'est pas chez moi ici* », et son discours teinté d'un sentiment de persécution ; je la questionne davantage pour comprendre ce qui pouvait se glisser derrière cette angoisse et lui demande ce qu'elle attend de moi.

Elle regarde alors au loin sa salle de bain depuis son fauteuil, et m'indique la direction où chercher son argent. Je la rassure et vérifie les endroits qu'elle m'indique. Je trouve alors un billet de 50 euros que je lui présente. Elle se sent vraiment soulagée d'avoir retrouvé son argent.

Dans ses affaires je trouve de l'huile de massage, je lui propose alors de lui masser les mains en lui suggérant de visualiser un soleil, afin de lui rappeler les sensations de chaleurs d'une précédente séance.

Son visage se détend de nouveau, elle me dit « *comme c'est agréable, j'ai les mains chaudes ... ce matin je ne pensais pas alors que ça serait possible aujourd'hui de me sentir aussi*

*bien* ». Je lui conseille alors de continuer de rester à l'écoute de son corps et de prendre soin d'elle en se massant ses mains par exemple, en pensant à sa respiration et en visualisant le soleil.

Elle m'a dit qu'elle avait pensé aux exercices que je lui avais suggérés la fois d'avant sans les faire malgré tout. Cette fois ci je lui ai demandé de faire cet exercice avant notre prochaine rencontre.

- **7<sup>ème</sup> entretien : 27/02 (sans hypnose)**

Son fils et mari ont fait des demandes d'EHPAD et j'apprends ce jour là que Madame va rentrer en EHPAD sur le site du CHU. Je pourrais alors prendre de ses nouvelles jusqu'à la fin de mon stage et proposer de l'accompagner lors de cette transition d'hébergement.

Ce jour là Madame était prête pour partir à un rendez vous. J'ai souhaité lui faire une séance afin qu'elle puisse se détendre et arrêter l'anticipation de ce rendez vous. Néanmoins elle n'a pas souhaité y participer.

Je suis restée à ses côtés pour accueillir sa détresse psychique. Je l'ai laissé mener cet entretien, qu'elle n'a d'ailleurs jamais aussi bien investi. Son discours est très teinté d'affects, attestant un réel travail de remaniement psychique.

Elle oriente son discours autour de ses pertes où cette fois elle exprime sa position de renoncement (déplaçant l'agressivité à l'extérieur) : « *Quand on peut plus faire ce qu'on veut c'est vraiment ... c'est compliqué. C'est terrible, ils sont devenus même méchants parce que ... ce n'est pas vivable, je n'ai aucune vie.* »

Elle m'évoque sa colère envers l'équipe soignante, qui d'après elle l'infantilise, je cite « *le choc on le sent tout le temps ! D'après eux, dès qu'ils posent une question il faudrait que ça soit différent !* ».

- **8<sup>ème</sup> entretien (4/03) : la métaphore de la rivière**

Lors de cet entretien nous discutons de son entrée en EHPAD qui a lieu ses prochains jours. Je lui demande si c'est son choix et ce qu'elle en pense, elle me répond d'un air triste « *on est obligé de choisir vous savez, cela fait 13 ans que je suis à l'hôpital... ce n'est pas pensable, pas possible une vie pareille ...* ». Elle me confie qu'elle ne désirait pas rentrer au domicile avec son mari.

Elle évalue sa douleur au niveau de la région œsophagienne à 6/10, en me précisant qu'avec les médecins elle leur dit « 8 ».

Nous évoquons cet écart, qui pour elle se situe dans la confiance qu'elle accorde à l'équipe médicale et à moi-même : « *avec vous c'est différent, je sens que vous êtes vraiment sincère* ». Je lui propose une séance d'hypnose qu'elle accepte volontiers.

### **-Séance d'hypnose :**

Face à cette situation de changement, je lui propose « la métaphore de la rivière » :

*Prenez le temps de vous accueillir, d'être bien centré à vous-même, présent aussi aux autres...et puis de vous imaginer dans un endroit réel ou imaginaire où s'écoule une rivière...lieu précis ou imprécis...parfois plusieurs lieux à la fois cela n'a aucune importance...déjà de vous laisser envahir par la sensorialité de ce lieu, notamment les couleurs...de tout ce que l'eau amène de reflets, de transparence, de couleurs différentes...et tout ce qui est sans cesse en mouvement, qui bouge, qui est vivant...de ces couleurs, de ces reflets, de ces formes qui se transforment en permanence...mais aussi les couleurs de végétaux qui sont là autour des arbres, des mousses...des algues, des roches, des pierres, du sable, de la terre...mais aussi des animaux qui peuvent être là, des poissons, des insectes, des oiseaux...tout ce qui est là autour avec tous les sons en particulier, notamment, le bruit que fait l'eau en s'écoulant, en chutant, peut-être y a-t-il des petites chutes, des cascades, en tourbillonnant...il y a aussi des sons, des animaux qui sont là, peut-être des personnes, du vent...et les parfums, les odeurs que la présence de l'eau exalte, met en exergue...prenez le temps de vivre, de vous laissez envahir par toutes ces sensorialités, même si des choses parasites se mélangent, cela n'a aucune importance...*

*Puis vous allez prendre le temps de repérer dans cette rivière, ou ce torrent, ce qui à certains endroits peut faire obstacle en partie ou complètement...à l'écoulement de l'eau...cela peut être des gros obstacles, des petits...des roches, des rochers, des pierres, des troncs d'arbre, des branches, des objets que la rivière charrie, qui sont polis, rouillés...*

*Et vous allez prendre le temps de laisser votre imagination, guidée par votre inconscient aller enlever ce qui est important en vous dans la rivière en déposant ce qui est important sur la rive ou en laissant partir au fil de l'eau si ça peut flotter...si ça ne peut pas...et de regarder ce que vous laissez partir jusqu'à ce que cela disparaisse à l'horizon...et chaque obstacle que vous enlevez, que vous déplacez juste un petit peu, redonne de l'énergie à l'eau de la rivière...qui va pouvoir entraîner d'autres obstacles naturellement, tranquillement...prenez le temps d'enlever ce qui est important pour vous en restant en contact avec cette eau qui s'écoule, d'autant plus*

*tranquillement et en même temps d'autant plus énergétiquement qu'il y a moins d'obstacles...*

*A votre rythme, sachant que vous pouvez continuer à enlever ces obstacles après la séance...sentez l'énergie de l'eau qui travaille en vous...naturellement.... quand vous aurez terminé ou fait ce qui est important, revenez à votre rythme...respirez profondément...ouvrez les yeux...*

-----  
Après la métaphore de la rivière elle situe sa douleur à 4/10.

- **9<sup>ème</sup> entretien (10/03) : sans hypnose (gestion anxiété et mobilisation du corps)**

En début d'entretien elle tient un discours autour d'une douleur abdominale évaluée à 8/10. Elle n'est pas disposée pour une séance d'hypnose car elle dit « *attendre de la visite pour aller voir sa nouvelle maison* ».

Je lui demande de m'en dire un peu plus à ce sujet, et lui propose ensuite de focaliser son attention sur ma voix puis sur sa respiration pour diminuer son anxiété (et ses crispations musculaires) qui augmentent sa perception de la douleur. Ainsi elle fait quelques inspirations/expirations afin de réduire son anxiété.

Elle m'évoque le fait que l'on ne lui fasse pas confiance, un discours autour de la peur des soignants qui viennent à l'infantiliser, l'interdisant de se lever.

Je lui demande alors si à son tour elle a peur de quelque chose, où si au contraire elle se sent capable de se faire confiance, de pouvoir se lever. Elle me dit qu'elle a envie de se lever, que ça lui ferait « *sacrément du bien* ». Je lui propose alors de rentrer en contact avec son corps pour ressentir « son dedans » et se reconnecter à ses sensations internes.

Je lui demande si elle se sent désireuse de se lever et prête dans l'ici et le maintenant, avec mon soutien. Elle me répond avec assurance « *oui j'aimerai bien* ».

*« Alors, respirez tranquillement assise sur votre fauteuil bien installée, en fixant votre attention sur vos pieds, comme si votre conscience pouvait s'y glisser. Et quand vous vous sentirez prête, de façon si naturelle vous saurez comment prendre appui sur votre fauteuil comme vous avez toujours su faire, avec ce sentiment de sécurité bien installé en vous. »*

[Elle prend le temps et essaye 2-3 fois de se relever à l'aide de ses avants bras, en faisant petit à petit basculer son corps en avant.]

Je me trouve face à elle et d'un ton très assuré je lui dis « *vous ressentez l'envie de votre corps à vous redresser, le corps qui cherche à trouver son point d'équilibre dans le déséquilibre parfois. Continuez à votre rythme en douceur, moi je reste devant vous et vous soutien.* »

Elle me saisit et me regarde fixement avec des yeux paniqués et me dit « *vous avez peur ?* »

Je lui dis d'un air très assuré « *oh non j'ai confiance en vous je n'ai pas peur je vous fais entièrement confiance vous me prouvez que vous y arrivez seule c'est très bien.* »

[Elle se redresse et prête attention à sa respiration, tentant de se calmer naturellement]

Je lui chuchote : « *Continuez de respirer naturellement, à votre rythme, en douceur. Apprécier cet état où vous ressentez alors votre corps aligné, vos pieds bien maintenus sur ce sol. Ressentez le comme c'est agréable [...]* »

Je remarque dès le début que cette dame ne se met pas en danger, elle se lève doucement en y allant par tâtonnement, par prise de contact avec les parties de son corps une à une impliquées dans la posture de droiture du corps, puis de marche. Une fois debout, je remarque qu'elle prend appui sur sa respiration pour se centrer sur le présent. Je lui signale et la revalorise. Elle me dit que ça lui fait « *un bien fou de sentir le sang circuler dans les jambes* ». Elle me sourit puis se rassoit tout en douceur, avec assurance.

Ainsi par ce petit exercice de mobilisation du corps étayée par la confiance instaurée dans la relation thérapeutique, elle a pu « réhabiter son corps » afin de sentir davantage le contrôle qu'elle exerce dessus. Nous avons pu alors travailler sur la restauration narcissique via la confiance et le sentiment de contrôle. Elle se réinstalle sur son fauteuil avec un sentiment de fierté, remplaçant le sentiment d'abandon ou de persécution d'un corps qui lâche.

- **10<sup>ème</sup> entretien (20/03) : entrée en EHPAD (sans hypnose)**

Je rencontre cette dame aujourd'hui à son nouveau domicile, l'EHPAD (de Champmaillot). Elle occupe une chambre avec une dame qui semble très perturbée et qui se met à crier dès que je commence l'entretien avec Madame S. Je vais donc rassurer cette dame afin d'instaurer un climat plus calme pour toutes les trois. Je lui explique l'objet de ma venue, pour Madame S.

Elle évoque la gêne constante de cette dame, et compare le SSR et l'EHPAD en me disant qu'ici elle est « toujours couchée », sans anxiété notable.

Elle me rapporte qu'elle a en confiance en son fils, qui habite loin, qu'il fait des démarches pour la rapprocher du domicile de son mari. A l'heure actuelle elle se trouve à 2h de sa maison, de son époux. Je l'interroge sur son choix d'hébergement. Elle me répond « *c'est trop cher là bas ... être ici ou ailleurs ça me dérange pas.* »

Puis elle me demande où sont ses affaires personnelles, et me demande de sortir ses recueils de prières sur sa table de chevet (habitude, repère identitaire en SSR), et de regarder si l'argent est toujours dans son sac où nous l'avions rangé.

Je la questionne sur son alimentation (goûter) et elle me répond qu'elle mange peu ici, que les compotes sont trop amères. Auparavant j'avais informé l'équipe médicale, qu'étant alimentée par gastrostomie, il était important pour elle qu'elle puisse conserver ce plaisir qui maintient son autonomie. Elle me dit qu'elle n'a plus d'eau gélifiée non plus (car fausse route 2 jours avant) et m'explique la gêne d'avoir la bouche sèche.

Elle m'évoque son désir de remarcher, et d'une voix rassurée me dit que son fils payera les séances de kiné jusqu'à ce qu'elle en ait besoin.

Je suis allée voir le médecin pour demander s'il était possible qu'elle remarque un jour, elle m'a dit qu'elle ne pouvait pas se prononcer à l'heure actuelle car elle était en phase aigue. Quant au retrait de l'eau gélifié il m'est expliqué par le risque de fausses routes. Un rendez vous avec son oncologue pour faire un bilan sur sa tumeur est prévu le 11 avril.

- **11<sup>ème</sup> entretien (25/03) : FILM (jeu de rôle ou « conte métaphorique »)**

Je lui demande si aujourd'hui elle se sent bien et m'invite à prendre attention à son corps.

-Mme S : *Ca fait comme une petite pellicule qui se soulève (la sensation). C'est suite à une opération ... là aujourd'hui le docteur est venu me voir mais il va tenir au courant ses supérieurs. Si y'avait pas d'opération y'aurai pas eu ce problème là.*

-Psy : *Si vous devriez me décrire ce qui constitue ce problème... Un mot, une couleur, une forme, une texture...*

-Mme S : *Oui y'a un mot, je peux pas dire je peux pas dire... Où on a placé une sonde. Mais en plus de ça ... ça je les trouve culotés. Vous savez ce qu'ils font ? ça c'est trouvé c'est le hasard.*

*Ca m'a fait quelque chose vous pouvez pas vous imaginez, et ça me fait pareil encore tout de suite. »*

*-Psy : Expliquez moi Madame, je suis avec vous pour le partager.*

*-Mme S : [Elle chuchote] Ils tiennent un petit b/mouton après la sonde, ça se fait pas ça.*

*-Psy : Vous m'expliquez qu'après la sonde ils font de petits boutons, moutons ? Qu'est ce que c'est ? Je ne connais pas. Comment je peux me le représenter, pouvez vous m'aidez s'il vous plait. Ils touchent quelque chose ?*

*-Mme S : Eh bien Ils sauvent tous les moutons comme ça.*

*-Psy : Ils sauvent les moutons comme ça ?*

*-Mme S : Oui oui c'est ça.*

*-Psy : Est-ce que vous pensez que les moutons aussi ont ce genre de sonde ? Vous en avez déjà vu ou élevez, où vous deviez faire ce genre de chose ?*

*-Mme S : Oui des moutons j'en ai vu mais on n'aurait pas employé des trucs pareils ... pour rien au monde.*

*-Psy : Est-ce que ça vous inquiète ça madame ?*

*-Mme S : ça ne me plait pas, c'est tout.*

*-Psy : Vous me parliez de mouton, est ce que l'on pourrait considérer que vous avez l'impression de ne pas être respectée dans toutes vos qualités d'être humains aujourd'hui ?*

*-Mme S : C'est autre chose ça ...*

*-Psy : D'accord. Alors c'est plus lié à la pause de la sonde, car ça vient vous déranger.*

*-Mme S : oui.*

*-Psy : Est-ce que vous pensez au mouton car il y a une histoire de matière ou de sensation cotonneuse, filandreuse ?*

*-Mme S : Non en même temps c'est...*

*-Psy : Je vous laisse prendre votre temps...*

*-Mme S : Je trouve que ça ne se fait pas c'est tout, moi j'aurai jamais fait ça. Ils ne me l'ont même pas demandé.*

*-Psy : Ils ne vous ont pas demandés... de vous mettre une sonde Mme ?*

*-Mme S : Oui ils m'ont pas demandé la permission, ce n'est pas sain, ça ne se fait pas.*

*-Psy : Si je comprends bien Madame, vous m'exprimer le fait que l'on ne vous a pas demandé votre avis sur la pause de sonde à l'intérieur de votre corps et ça vous fait souffrir ?*

*-Mme S : Oui c'est difficile.*

*-Psy : Je vous comprends Madame, ça doit être difficile de sentir un corps étranger dans son corps qui nous fait douleur.*

-Mme S : *Oui c'est difficile, vous comprenez vous.*

[Je reviens sur un bilan de la prise en charge.]

-Mme S : *Vos séances m'ont fait du bien moralement. Vous m'avez fait du bien. C'est dans l'instinct. Vous avez une personnalité qui marque beaucoup, vous êtes très agréable et vous êtes franche. Et ça s'est vraiment important.*

-Psy : *Je vous remercie de me remercier à travers ces mots Madame. Je vous retourne le compliment et vous remercie d'avoir pris le temps et la disposition pour m'accueillir chaque semaine et vous remercie de m'avoir donné votre confiance. Est-ce qu'il y a des choses comme des petits exercices que nous avons fait ensemble que vous avez pu réutiliser toute seule durant les semaines écoulées ?*

-Mme S : *Ca se peut que oui mais je veux pas certifier les choses, ça serait pas bien.*

-Psy : *Ce n'est pas grave Madame, c'est une solution comme d'autres. Peut être avez-vous d'autres moyens, d'autres petites choses qui vous sont propres comme faire une activité qui vous fait plaisir, où encore penser à autre chose où prier où encore autrement ?*

-Mme S : *Oui je prie tous les jours, ça me fait du bien.*

-Psy : *Vous trouvez cette solution pour diminuer la charge et le poids qui est en trop ?*

-Mme S : *Oui. Mais en ce moment on ne me donne plus à boire. C'est long.*

-Psy : *Leur demandez-vous à boire ?*

-Mme S : *Oui de bien des façons.*

-Psy : *Si vous souhaitez je peux alors le signaler à l'équipe, votre envie de vous désaltérer. Peut être que l'équipe alors vous proposera de rester attentif avec vous pour voir si tout coule bien, afin que l'on puisse évaluer si il y a un risque pour vous où non.*

-Mme S : *Elle dira non.*

-Psy : *Pourquoi dira t elle non ?*

-Mme S : *Alors ça je ne sais pas.*

-Psy : *Le prenez vous comme une punition ?*

-Mme S : *Elle me dise tout le temps non. A la force on deviendrait méchant. Si vous voulez à la fin on a des idées de tout casser. Elle dise des choses pas très gentiment. Ne parlez pas de ça. C'est tellement méchant et stupide.*

-Psy : *Je vous comprends Madame, que vous ayez envie de tout casser. Parfois la colère est un moyen d'expression. Je peux également comprendre l'agressivité qu'il peut s'échapper de vous peut être parfois Madame. Et je respecte votre choix et ne dirait rien à l'équipe.*

*C'est aussi peut être normal de se sentir aussi parfois en douleur, parfois aussi dans la colère en*

réaction à des choses qui nous dépasse, tout n'est pas toujours rose. Qu'en pensez-vous ?

-Mme S : on ne peut pas toujours être le mouton.

-Psy : Est-ce que vous êtes d'accord Madame, pour que l'on puisse faire une dernière séance pour retrouver à l'intérieur de vous un petit espace à vous ?

-Mme S : Comment voulez vous que je sois pour le bien ? Y'a plus de bien y'en a pas.

-Psy : Car vous êtes plutôt pour ce qui n'est pas le bien en ce moment, car c'est difficile de l'être si je comprends bien ? Vous êtes dans un ressenti de colère j'ai l'impression Madame.

-Mme S : Oui voilà c'est ça.

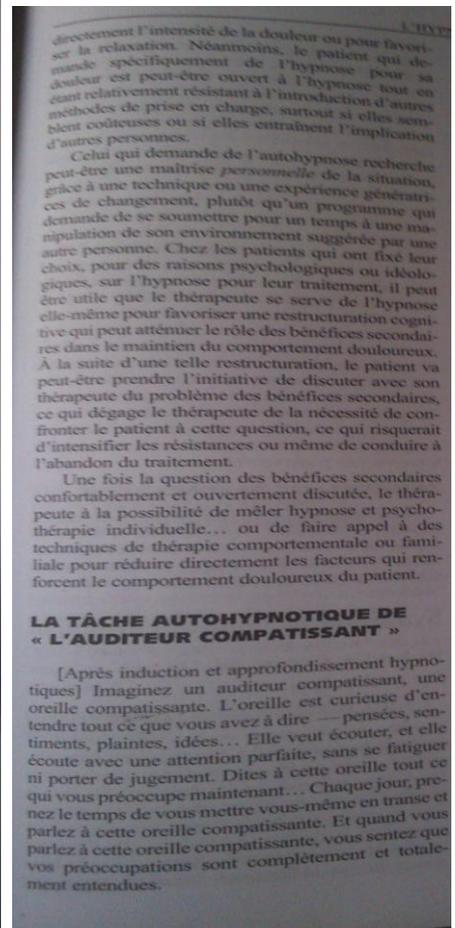
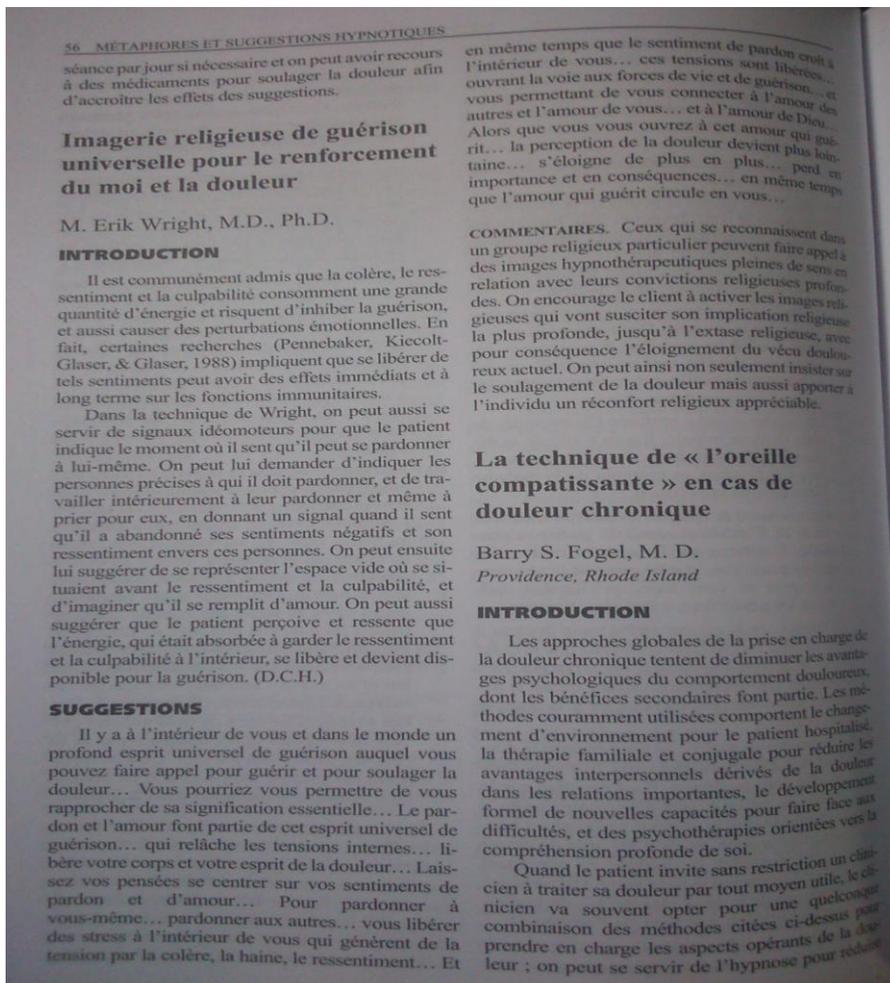
-Psy : La colère parfois est un vrai moteur pour générer l'agressivité. Parfois alors il est aussi difficile de se pardonner à soi de ressentir cette colère. Alors est ce qu'on pourrait s'imaginer, penser à ça ensemble : se pardonner à soi afin d'apaiser des tensions à l'intérieur... sous forme d'une petite prière, est-ce que ça vous parlerait davantage ?

-Mme S : Oui je ne suis pas contre pour ça.

-Psy : Dois je comprendre que quand vous n'êtes pas contre, vous êtes pour ?

-Mme S : [elle rigole] Oui c'est ça.

## **-Séance d'hypnose : FILM**



**-Echelle Visuelle Analogique :**

