

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>

Laure DIOP

Numéro d' Etudiant : 14014492

Année Universitaire : 2014-2015

DIPLOME UNIVERSITAIRE D' HYPNOTHERAPIE

HYPNOSE – DEPRESSION- VIEILLISSEMENT :

L'hypnose : La « Ré-Animation » du Sujet Dépressif Agé

UFR de Sciences Humaines et Sociales

Université de Bourgogne

Sous la Direction d' **Antoine Bioy**

Remerciements

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à :

- ✚ Antoine Bioy pour sa contribution active à la diffusion de l'hypnose. Merci de nous avoir ouvert les portes de l'hypnothérapie !
- ✚ Ma mère car une lionne ne donne pas de chat ! Je lui adresse toute ma reconnaissance pour son soutien, sa présence et son affection sans limite.
- ✚ Smanou, mon grand-frère pour tout ce qu'il m'apporte. Bégué !
- ✚ Mon petit renard du désert pour son amour, ses encouragements et sa détermination au quotidien qui me conforte dans l'idée que les étoiles sont accessibles.
- ✚ Mes amis qui m'ont soutenu dans mes premiers pas d'hypnotiste et que je retrouve avec plaisir. L'amitié est un trésor que nous avons réussi à préserver.
- ✚ Mes grands-parents qui se trouvent à mes côtés et ceux qui veillent sur moi à distance : je leur témoigne tout mon amour.
- ✚ Mes petits coeurs : Assane, Assa, Kissima, N'daye Fatou et maintenant Sohna pour leur amour inconditionnel.
- ✚ Les intervenants de ce DU pour nous avoir transmis leur expérience de l'hypnose à travers divers regards.
- ✚ Ma promotion pour ces belles rencontres : le partage de nos doutes ainsi que nos échanges vivifiants au cours de cette formation.
- ✚ Mon équipe pour leur dévouement et engagement auprès des patients.
- ✚ Héloïse, mon ange-gardien en informatique, pour son aide précieuse, son sourire et, bien sûr, sa douceur angélique.
- ✚ Mes patients dont Mme R. pour ce qu'ils m'apportent car l'échange est mutuel. Ce mémoire leur revient.

RESUME

Cette étude se propose de questionner l'apport de l'hypnose dans le traitement de la dépression chez le sujet âgé. La pathologie dépressive apparaît comme un problème de santé public. Cette problématique est également centrale dans notre pratique. Il nous paraît primordial de pouvoir y répondre et l'hypnose nous semble être un outil tout indiqué.

Nous présenterons donc, dans un premier temps, les remaniements psychiques inhérents à la dépression et au processus de vieillissement. En deuxième lieu, nous exposerons les données dont nous disposons concernant l'efficacité soit les modalités d'action de l'hypnose en corrélation avec la dépression. Le cas de Mme R. viendra illustrer notre questionnement : « En quoi l'hypnose peut permettre au sujet dépressif âgé de réintroduire une dynamique psychique ? ».

Nous émettons le postulat que l'hypnose permet au sujet âgé dépressif de remobiliser ses ressources internes, de diminuer les ruminations ainsi que le sentiment de passivité et d'accéder à un regain d'autonomie.

Mots- Clés : vieillissement- dépression- perte-rumination-hypnose- ressource.

PLAN

INTRODUCTION.....	6
I. Revue Théorique des travaux et Problématique	9
1. DEPRESSION DU SUJET AGE	9
1.1. Définition	9
1.2. Dépression du sujet âgé	9
1.2.1. Sous-Evaluation Diagnostique	9
1.2.2. Epidémiologie.....	10
1.2.3. Typologie de la dépression du sujet âgé.....	11
1.3. Remaniements Psychiques du vieillissement.....	13
1.4. Approches théoriques de la dépression	15
1.4.1. Approche dynamique de la dépression	15
1.4.2. Approche Cognitivo-Comportementale de la Dépression.....	17
1.4.3. Approches théoriques et hypnose	18
2. HYPNOSE ET DEPRESSION DU SUJET AGE.....	19
2.1. Définition de l'hypnose.....	19
2.2. Hypnose et Personnes âgées	19
2.3. Usage de l'hypnose dans le traitement de la dépression.....	20
2.4. Transe hypnotique et Dépression.....	21
2.4.1. Caractéristiques de la transe hypnotique	21
2.4.2. Similitudes entre symptômes dépressifs et Transe hypnotique	22

2.5. Passivité de la dépression et Hypnose	24
3. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	26
II. Etude Clinique	28
1. Méthodologie	28
1.1. Présentation du Cadre d'intervention.....	28
1.2. Présentation :.....	29
2. Données Cliniques.....	29
3. Discussion théorico-clinique	41
3.1. Choix des suggestions.....	41
3.2. Commentaires sur notre Pratique de la Technique Hypnotique :	43
3.3. Confrontation de la Problématique aux Données Cliniques :.....	44
3.4. Discussion éthique :	47
CONCLUSION	51

INTRODUCTION

Notre premier contact avec l'hypnose date de notre dernière année de formation universitaire. Une initiation aux techniques de relaxation et d'hypnose dispensée par Brigitte Motte, une hypnothérapeute, nous avait été proposée sous forme optionnelle et nous nous y étions inscrite. La transmission des différents principes de base était entrecoupée d'exercices pratiques et les méthodes que nous avons, dès lors, découvertes avaient suscités chez nous un vif intérêt. Nous nous trouvions, en parallèle, en stage auprès de patients drépanocytaires donc douloureux chroniques et l'intérêt de l'outil hypnotique prenait alors, à nos yeux, tout son sens. En effet, le vécu douloureux ; induisant un sentiment d'impuissance et une certaine passivité, de par les sensations nociceptives véhiculées par cette pathologie, implique des répercussions psychiques néfastes conséquentes chez ces patients. L'hypnose semble apporter une alternative à ce vécu par le biais de la mobilisation des ressources du sujet en lui restituant une position active.

Ancienne étudiante de l'université de Paris 8, nous avons été formées à la méthode intégrative. Ainsi, nous pensons la clinique de manière non-exhaustive c'est-à-dire que nous n'utilisons pas de manière indifférenciée le même référentiel théorique quel que soit le patient. Au contraire, nous tentons d'adapter notre prise en charge à la problématique de celui-ci. Nous partageons la pensée de Lieberman, Yalom et Miles selon laquelle l'application rigide d'une approche, c'est-à-dire de manière systématique, semble pouvoir provoquer des répercussions néfastes. En effet, la singularité de chaque patient sous-entend que la prise en charge soit pensée en termes d'orientations multiple.

Erickson se voulait a-théorique. Est-ce vraiment possible ? C'est une question bien complexe à laquelle nous serions bien aisée de répondre. Toutefois, il n'était pas rivé à une orientation unique : ce qui lui a sans doute permis de faire preuve d'autant de créativité. Quant à nous, nous nous nourrissons des théories en vigueur. Dans cette perspective, nous appréhendons les divers courants de la psychologie selon leurs apports mais également leurs limites et tentons d'en extraire ce qui nous semble répondre, de la manière la plus adéquate, aux besoins de la personne qui nous est adressée. Comme le soulignent Thierry Servillat et Pierre-Henri Garnier concernant l'utilisation de l'hypnose dans une approche intégrative : « L'intégration est un processus dialogal. Du côté du patient, la thérapie intégrative peut l'aider à travailler son « chaudron identitaire », à le rendre plus souple ou plus rigide, à apprendre à mieux digérer et

reconnaître les situations comestibles et les ressources utiles à sa vie. Du côté du thérapeute intégratif, le processus est analogue. Le thérapeute découvre ce qui est « comestible » et dont il peut par conséquent se servir »¹.

Selon, la situation clinique rencontrée, il nous arrive donc d'avoir recours à la clinique interculturelle ou encore à une approche psychodynamique, cognitivo-comportementale, développementale, psycho-corporelle... Ainsi, à l'heure actuelle, nous entrevoyons l'hypnose comme un adjuvant thérapeutique pouvant être utilisé dans une variété d'applications cliniques considérable : ce que nous a confirmé la formation très complète qui nous est dispensée à l'université de Bourgogne.

Il est vrai que c'est l'apport de l'hypnothérapie dans le champ de la douleur qui nous est apparu dans un premier temps car, d'une part, celui-ci n'est plus à démontrer et, d'autre part, le fait d'avoir été confrontée à la douleur chronique nous a conforté dans cette perspective. Cependant, nous sommes convaincues désormais que « l'outil hypnose » peut s'avérer thérapeutique pour bien d'autres problématiques psychiques. De ce fait, notre première intention, lors de cette formation, était de retourner dans le service où la perspective de l'intérêt de l'hypnose avait émergé en nous. Pour diverses raisons, cela n'a pu être effectif et, en parallèle, nous avons été embauchées pour un nouveau poste. Il nous a, dès lors, semblé plus cohérent de questionner l'apport de l'hypnose en fonction de notre lieu d'exercice actuel et des interrogations qu'il soulève. En effet, nous exerçons depuis quelques mois dans un SSIAD auprès de personnes âgées et l'application de l'hypnothérapie à cette tranche d'âge nous semble recouvrir des spécificités ainsi que certaines limites. La plupart des situations pour lesquelles nous intervenons concerne des tableaux dépressifs, anxieux ou encore des troubles mixtes soit anxio-dépressifs. Nous avons donc souhaité investiguer l'apport de l'hypnose dans le traitement de la dépression du sujet âgé.

¹ Hypnothérapie et Hypnose médicale en 57 notions, Ss la Dir. d'Antoine Bioy et Isabelle Célestin-Lhopiteau, éditions Dunod, Paris,2014.

Que sont-ils devenus, les chagrins de ma vie ?

Tout ce qui m'a fait vieux est bien loin maintenant ;

Et rien qu'en regardant cette vallée amie

Je redeviens enfant.

Ô puissance du temps ! ô légères années !

Vous emportez nos pleurs, nos cris et nos regrets ;

Mais la pitié vous prend, et sur nos fleurs fanées

Vous ne marchez jamais.

Tout mon cœur te bénit, bonté consolatrice !

Je n'aurais jamais cru que l'on pût tant souffrir

D'une telle blessure, et que sa cicatrice

Fût si douce à sentir.

Loin de moi les vains mots, les frivoles pensées,

Des vulgaires douleurs linceul accoutumé,

Que viennent étaler sur leurs amours passées

Ceux qui n'ont point aimé !

Dante, pourquoi dis-tu qu'il n'est pire misère

Qu'un souvenir heureux dans les jours de douleur ?

Quel chagrin t'a dicté cette parole amère,

Cette offense au malheur ?

En est-il moins vrai que la lumière existe,

Et faut-il l'oublier du moment qu'il fait nuit ?

Est-ce bien toi, grande âme immortellement triste,

Est-ce toi qui l'as dit ?

Non, par ce pur flambeau dont la splendeur m'éclaire,

Ce blasphème vanté ne vient pas de ton cœur.

Un souvenir heureux est peut-être sur terre

Plus vrai que le bonheur.

Extrait de Souvenir, Alfred de Musset

I. Revue Théorique des travaux et Problématique

1. DEPRESSION DU SUJET AGE

1.1. Définition

La dépression représente la psychopathologie la plus courante en France. Il nous semble toutefois important de préciser que d'une manière générale, la dépression serait surévaluée. Un pourcentage de 20 % de la population serait touché au cours de son existence. Toutes les classes d'âge sont concernées cependant on observe une prévalence importante chez le sujet âgé. En effet, on estime l'atteinte à une personne sur cinq pour la classe d'âge des 55 à 85 ans.

Le diagnostic de dépression est posé en référence aux classifications internationales de type CIM-10 ou DSM IV. On retrouve un ensemble de symptômes déterminant cette pathologie se répartissant sur 3 axes dont l'humeur dépressive à différents degrés (une modification de l'humeur s'exprimant par un sentiment de tristesse marquée, une perte ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités quotidiennes...), un ralentissement cognitif et moteur (fatigue, trouble de l'attention...) ainsi que des perturbations organiques (trouble du sommeil se manifestant par des réveils précoces, trouble de l'alimentation soit une diminution de l'appétit pouvant entraîner une perte de poids...). La dépression est principalement associée aux ruminations intérieures, idées morbides voir suicidaires, au sentiment de dévalorisation et dans ses formes extrêmes au sentiment de culpabilité et de ruine.

1.2. Dépression du sujet âgé

1.2.1. Sous-Evaluation Diagnostique

Bien qu'on évoque une surévaluation de la dépression de manière générale, il apparaît que cette pathologie demeure sous-évaluée chez le sujet âgé. Ce défaut de diagnostic peut être expliqué par différents facteurs dont la difficulté pour cette classe d'âge à exprimer une souffrance morale. Cependant, lorsqu'elles sont formulées, les plaintes de la personne âgée

sont parfois banalisées car associées au processus naturel de vieillissement. En effet, la verbalisation s'axe souvent autour de plaintes somatiques, de la fatigue ou bien de pertes fonctionnelles : ce qui peut prêter à confusion. Il semblerait également que la personne âgée aurait tendance à peu se plaindre au médecin de symptômes dépressifs que cela soit par résignation, pudeur ou encore imputables à des facteurs culturels. Ainsi, 30% des sujets de plus de 60 ans seraient traités par antidépresseur tout en sachant que le délai d'action ainsi que la sensibilité aux effets secondaires indésirables de ce type de traitement seraient plus importants chez les personnes âgées. Cependant, on évalue à 40% le nombre de personnes correspondant à cette tranche d'âge pour lequel la dépression ne serait pas diagnostiquée.² On remarque une prévalence de la chronicisation (persistance des symptômes de l'épisode dépressif majeur pendant une durée d'au moins deux années sans rémission) de la symptomatologie dépressive chez le sujet âgé résultant de la majoration du délai entre l'apparition des troubles et la mise en place d'une thérapeutique adéquate.

Un manque de formation sur les spécificités et les différentes formes d'expression du syndrome dépressif chez le sujet âgé influe également sur ce déficit diagnostique. De plus, le fait qu'il existe un continuum entre les symptômes normaux du vieillissement et ceux relevant de la psychopathologie dépressive contribue à la difficulté diagnostique tout en sachant que la dépression ne relève aucunement d'une évolution des problématiques physiologique du vieillissement mais d'une rupture sous forme de remaniements psychiques.

1.2.2. Epidémiologie

15% des plus de 65 ans est concerné par des symptômes dépressifs dont 3% par l'épisode dépressif majeur tel qu'il est défini par les classifications diagnostics internationales.³ Les études ayant recours aux échelles d'évaluation spécifiques du sujet âgé estime un taux plus élevé allant de 11 à 16%.² On retrouve, de manière significative, une prévalence de l'épisode dépressif majeur chez la personne âgée en institution ou bien en hospitalisation soit un taux allant de 5% à 30% selon les études. D'après certaines d'entre

² Troubles dépressifs et personnes âgées, Henri Loo, Thierry Gallarda, éditions John Libbey Eurotext, Paris, 2000.

³ Vieillesse module 5, 2nde édition, Collège national des enseignants de gériatrie, éditions Masson, Paris, 2010.

elles, 10 à 15% des sujets seraient sujets à un épisode dépressif majeur la première année où ils intégreraient une institution.³

Les études sur le sujet très âgé (85 ans et plus) sont rares cependant il semblerait que les symptômes dépressifs soient plus fréquents avec l'avancée en âge. Selon Blanchard, on passerait d'une estimation de la dépression entre 5 à 8% (épisode dépressif majeur) dans la population générale à celle de 12 à 15% chez les plus de 85 ans.²

Sans distinction avec les autres classes d'âge, on observe une prévalence de la symptomatologie dépressive chez les femmes. Les facteurs de risque sont en concordance avec les événements de vie ou bien, pourrions nous dire, aux différentes pertes caractéristiques de l'avancée en âge au niveau de la sphère sociale (passage à la retraite, diminution des revenus, isolement), affective (veuvage, deuils multiples de l'entourage), physique (troubles cognitifs, maladies somatiques, perte fonctionnelle...). Sur une période de 3 ans, on estime à 35% le nombre de sujets âgés susceptibles d'être en rémission complète, à 22% le taux de récurrence, à 29% le taux de personnes âgées ne présentant aucune rémission et à 14% le taux de décès. Les facteurs de risque allant en faveur d'un mauvais pronostic seraient la présence de symptômes initiaux sévères, de déficit cognitif ou encore de maladie physique mal équilibrée.⁴

1.2.3. Typologie de la dépression du sujet âgé

La présence d'une dépression majeure le risque de perte d'autonomie et donc d'hospitalisation ou encore d'institutionnalisation. Par ailleurs, l'incidence du taux de suicide augmente avec l'âge. En effet, les sujets âgés verbalisent peu leurs idées suicidaires cependant le passage à l'acte est plus souvent réussi en comparaison à des sujets plus jeunes (un décès est constaté sur 2 cas de passage à l'acte contre un sur 10 dans les classes d'âge inférieures). La mortalité peut survenir sous des formes plus détournées tels des états apparentés au syndrome de « glissement » se manifestant par le biais de conduites d'opposition aux soins avec mutisme, prostration et refus alimentaire.

⁴ Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé, Ss la dir. de P. Giannopoulos et M. Gaillard, éditions Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, 2010.

De manière similaire à la population générale, il n'existe pas une dépression mais des dépressions c'est-à-dire que certains critères varient. Il est d'ailleurs important de pouvoir distinguer une dépression à début tardif dont l'apparition se situe après l'âge de 60- 65 ans d'une dépression « vieillie » correspondant à plusieurs épisodes dépressifs dont certains seraient survenus avant que le sujet soit âgé.

Bien que nous ayons évoqué les critères diagnostiques de la dépression, celle-ci peut s'exprimer sous des formes complexes chez le sujet âgé. Voici certaines d'entre elles pouvant donner lieu à des diagnostics différentiels venant telle une éclipse dissimulée la symptomatologie dépressive :

- la dépression masquée : Les plaintes somatiques sont au premier plan venant ainsi « masquer » les symptômes dépressifs qui sont pourtant présents.

Il apparaît essentiel de spécifier que l'on rencontre fréquemment une comorbidité entre dépression et affection somatique. Les symptômes dépressifs peuvent être réactionnels à la maladie somatique ou venir majorée cette dernière.

- la dépression hostile : On observe une anxiété entraînant des troubles du comportement soit une agitation ainsi que des comportements hétéro-agressifs le plus souvent à l'encontre de l'entourage. L'altération du comportement soit la notion de changement de l'individu peut relever de troubles dépressifs.
- la dépression délirante : Le délire laisse transparaître une tristesse et semble en adéquation avec l'humeur. Les thèmes retrouvés sont la ruine, la persécution, la négation d'organe (syndrome de Cottard)...
- la dépression avec plainte mnésique : Le sujet se plaint de sa mémoire. On peut voir un sentiment d'autodépréciation. Cette forme s'apparente à la dépression « masquée ». L'évaluation cognitive relève uniquement des troubles attentionnels (congruents à l'humeur) mais pas de déficit d'encodage.

On estime de 5 à 15% le nombre de patients dépressifs âgés dont le diagnostic de démence relèverait de ce leurre.²

1.3. Remaniements Psychiques du vieillissement

Nous assistons, à l'heure actuelle, à une augmentation de l'espérance de vie. Les personnes vivent de plus en plus longtemps « encore faut-il que ce temps soit source d'échanges heureux avec ses contemporains et avec soi-même » comme le souligne Le Gouès⁵.

Richard et Bovier qualifient la vieillesse d'être : « un âge de la vie défini, dans notre culture, avec le même arbitraire que celui de l'enfance, de l'adolescence et de la maturescence. C'est aussi celui dit de la sénescence. Il est généralement fixé, par convention, au début de la sixième décennie ». ⁶

Vieillesse et vieillissement sont à différencier car naître c'est déjà vieillir en quelque sorte. Par conséquent, le vieillissement est un processus dont la vieillesse est l'aboutissement. Pour les établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes âgées, il semblerait que le début de la vieillesse serait estimé à 60 ans étant donné qu'il s'agit de l'âge minimum requis d'admission de ce type de service. Sur le plan social, il s'agit également de l'âge d'entrée en retraite soit de la cessation d'activité professionnelle. Tous ces éléments nous conduisent au concept de la « sénescence » qui comprend le processus de vieillissement ainsi que le moment de la vieillesse.

Bien qu'on essaye de faire concorder un âge avec le commencement de la vieillesse, il semble que plus qu'une chronologie, celle-ci se caractérise par une série de crises induisant des réaménagements psychiques. Son début s'apparenterait au moment où le réel vient mettre en péril le fantasme d'éternité. L'inconscient ignore la mort et se considère immortel car il répond au principe de plaisir. Or, le processus de vieillissement de par les différentes atteintes narcissiques qu'il véhicule appartient au principe de réalité. Le réel vient donc mettre en péril le fantasmatique. En effet, les expériences de perte liées à l'âge au niveau physique (élasticité de la peau, dentition, cheveux...), cognitif (organisation de la pensée...) et autres renvoient un reflet peu satisfaisant au sujet et s'imposent à lui comme des évidences ne pouvant être niées bouleversant en ricochets l'image du corps ainsi que l'estime de soi de ce dernier. La

⁵ Psychopathologie du sujet âgé, Le Gouès, 6^{ème} éditions, Collection les âges de la vie, éditions Masson, Issy-les-Moulineaux, 2008.

⁶ L'aide-mémoire de psycho-gériatrie, P. Charazac, éditions Dunod, Paris, 2011.

confrontation au réel implique une prise de conscience du déclin par le moi faisant obligatoirement émerger des inquiétudes concernant l'avenir car il laisse entrevoir la perspective de la finitude. Les fantasmes intemporels sont confrontés à une réalité où l'avenir s'amenuise et leurs possibilités de réalisation également.

Le ça étant fédéré par le fantasme d'éternité : la vieillesse crée donc obligatoire un conflit topique entre moi et ça entraînant des réactions défensives afin de canaliser l'angoisse sous-jacente. « Un premier passage par la position dépressive est indispensable pour que plus tard le moi touché par l'âge redécouvre sa destructivité interne, qu'il puisse faire le deuil de son immortalité tout en conservant l'amour de soi, non d'un soi tout-puissant mais d'un soi marqué par la finitude. »⁷ L'équilibre psychique serait, par conséquent, fonction des possibilités du moi à surmonter la perte de la jeunesse et la crainte de la mort. Si le moi y parvient, l'énergie psychique sera alors disponible pour de nouveaux investissements étayés par les moyens restants prenant principalement appui sur le passé et le présent. Le plaisir, avec l'âge s'inscrit plus dans une réédition du déjà connu qu'il ne s'oriente vers la nouveauté. En parallèle, « le corps plaisir » est privilégié par rapport au « corps érogène » c'est-à-dire plus centré sur le « moi-peau » : l'enveloppe corporelle que la jouissance en profondeur.

« L'homme redevient ce qu'il n'a en réalité jamais cessé d'être : un sujet temporaire, invité à l'invention pour trouver dans l'immédiat le plaisir qu'il perd en performance durable ».⁸ Un vieillissement réussit serait en quelque sorte celui où le sujet parvient à investir voir à réinvestir « les petits plaisirs du quotidien » source de satisfactions spontanées et pouvant être réitérées de manière aisée. Selon Le Gouès (2000), la sublimation au cours du vieillissement reste « le meilleur moyen de lutter contre la castration » et de nourrir le narcissisme sain.

Une forme de renoncement apparaît indispensable, de la part du sujet âgé, afin de s'adapter à sa nouvelle situation. Cela équivaut à une réélaboration du complexe de castration tout en mobilisant les ressources libidinales en faveur de l'auto-conservation. L'aptitude à préserver une image de soi aimable permet de contrer le sentiment de déchéance et l'expérience de la perte. Cette capacité à maintenir une permanence de l'estime de soi est nommée par François Jacob : « la statue intérieure ». La sublimation permet de réorienter les pulsions sexuelles

⁷ Psychothérapie du patient âgé et de sa famille, Charazac, éditions Dunod, Paris, 2012.

⁸ Psychopathologie du sujet âgé, Le Gouès, 6^{ème} éditions, Collection les âges de la vie, éditions Masson, Issy-les-Moulineaux, 2008.

vers des activités artistiques ou intellectuelles. L'humour en fait partie et s'avère précieux car il se montre peu coûteux en terme d'énergie. La pulsion de vie se retrouve également dans le lien. Ainsi, la transmission, les échanges avec les autres sont autant de valeurs existentielles non-négligeables. A travers le mouvement sublimatoire, « il se peut ajoute Freud, que par cette introjection, qui représente une sorte de régression vers le mécanisme de la phase orale, le Moi rende plus facile ou possible le renoncement à l'objet ».

Le vieillissement psychique devient donc pathologique dès lors qu'il n'aboutit pas à un réaménagement libidinal. A l'inverse, au niveau pulsionnel, de la crise adolescente, une réévaluation du rapport au monde survient au niveau de la topique, de l'économie ou encore de la dynamique. Le moi est menacé et cherche à se préserver des différentes attaques qu'il perçoit : il se trouve déstabilisé par ses instincts pulsionnels en diminution.

La psychologie des sujets de plus de 85 ans reste encore assez méconnue cependant on distingue deux crises interférant avec le moi à cette période de vie : le deuil de soi et le travail de trépas. Le deuil de soi peut-être présent à tout âge mais est plus prégnant au grand âge de par l'accumulation des pertes. Il impacte le sentiment d'identité et l'image de soi car il correspond à l'identification à sa propre perte en portant atteinte à l'image introjectée du narcissisme. Comme Freud l'a souligné, le deuil a pour fonction de réinscrire le sujet dans la vie. Pour David, le deuil de soi s'apparente donc à : « un mode d'accès graduel à l'apaisement de l'angoisse fondamentale et une lente réconciliation de soi ».

Le travail de trépas, quant à lui, a été décrit par De M'Uzan (1977) et s'apparente à un signal interne de mort induisant une crise engendrant d'importantes modifications psychiques dont l'issue peut se solder par la recherche obstinée d'un objet-clé ou bien la mise en place de nouveaux investissements.

1.4. Approches théoriques de la dépression

1.4.1. Approche dynamique de la dépression

Jaques considère ce qu'il nomme « la crise du milieu de la vie » comme une reviviscence de la position dépressive de la petite enfance, telle qu'elle a été décrite par Mélanie Klein, et estime que sa résolution sera en miroir de la manière dont elle a été vécue

antérieurement. La position dépressive renvoie à la notion d'affect mais aussi à une étape de la construction de soi. Tout comme dans l'enfance, l'image maternelle introjectée va servir de support pour dépasser cette phase ou l'amplifier.

La notion de perte est centrale dans la problématique de la dépression. D'un point de vue dynamique, la perte constitue l'étiologie de la dépression. Sachant que chaque nouvelle perte expose aux affects dépressifs tout en réactualisant les pertes antérieures, le sujet âgé s'avère tout particulièrement exposé dès lors qu'il est confronté à un nombre important de pertes successives. Au cours du processus de vieillissement, un idéal du moi trop exigeant soumet le sujet au risque de dépression narcissique. La position dépressive met à distance des « investissements vivifiants ». De plus, la restriction de la sphère sociale au cours du vieillissement isole la personne âgée. On observe alors un repli de la libido sur soi ayant pour conséquence une hypertrophie du moi associée à une sensibilité « à fleur de peau », une diminution des sublimations qui, nous l'avons vu, ont pour fonction de restaurer le narcissisme sain ; ainsi qu'une régression anale se manifestant par une nécessité de contrôle, une rétention et la recherche de reconnaissance sociale.

L'accès à la phase dépressive est signe d'un travail de rééquilibration, de réassociation du principe de plaisir et de réalité dans une démarche de tentative de résolution du conflit. On passe d'une organisation focalisée sur la vie fantasmatique à une autre où la réalité extérieure prend plus de place. C'est à partir de cette dernière que va s'étayer le monde interne : il s'agit donc bien de remaniements psychiques dans une dynamique d'adaptation au changement.

L'avancée en âge impose des deuils de différentes sortes. Il est, toutefois, important de préciser que le niveau d'investissement de l'objet prédomine sur le nombre des objets investis. Or, comme le suggérait Freud au sujet du deuil : « La réalité prononce son verdict_l'objet n'existe plus_devant chacun des souvenirs et chacun des espoirs qui attachaient la libido à l'objet perdu, et, obligé pour ainsi dire de décider s'il veut partager le sort de celui-ci, le moi se laisse convaincre par l'ensemble des satisfactions narcissiques que lui donne le fait de rester en vie, et rompt son attachement à l'objet mort. Il nous est permis d'imaginer que la lenteur et la manière progressive avec laquelle cette rupture s'accomplit, permet à l'énergie que celle-ci a requise de se dissiper à mesure que le travail s'effectue. »

Le travail de deuil s'effectue à travers la confrontation au réel. L'absence de l'objet induit un désinvestissement progressif au niveau fantasmatique. En revanche, si l'organisation psychique ne peut atteindre cette résolution car l'angoisse véhiculée par le principe de plaisir

est trop massive, alors, des mécanismes schizo-paranoïdes peuvent apparaître de façon à protéger le Moi des perceptions extérieures ne pouvant être intégrées à l'appareil psychique. Il s'agit dès lors d'une tentative de résolution d'ordre psychotique. La phase dépressive appartient quant à elle au registre névrotique. La position dépressive s'axe autour de la réalité extérieure qui vient tempérer les angoisses fantasmatiques de la réalité interne. Afin que cela puisse être effectif, l'introjection d'objets assurant une certaine sécurité interne à travers leur aptitude à résister aux différentes attaques, d'objets « suffisamment bons » à aimer, est nécessaire. L'angoisse de l'attaque du bon objet peut être remaniée voir dissolue par la réparation que l'on retrouve dans le travail de deuil et la sublimation.

1.4.2. Approche Cognitivo-Comportementale de la Dépression

D'un point de vue cognitivo-comportemental, les comportements sont appris. Les apprentissages peuvent être volontaires, conscients ou encore non-contrôlés. Le comportement est observable ou bien interne. La symptomatologie dépressive résulterait donc de comportements non-adaptatifs soit serait le résultat d'un apprentissage inadapté. Dans cette approche, l'accent est porté sur la manière dont le trouble a été appris et les raisons pour lesquelles celui-ci a été maintenu. L'ici et maintenant est au cœur de la perspective cognitivo-comportementale : le regard est porté sur l'expression du trouble actuel et ce qui le fait perdurer.

Selon Beck, la dépression serait imputable à un traitement dysfonctionnel de l'information. On retrouve des interprétations, jugements de valeurs, anticipations, ruminations... s'exprimant sur un versant négatif. Les cognitions dysfonctionnelles porteraient sur le sujet lui-même, son environnement ainsi que sur l'avenir. Les distorsions cognitives comportent des inférences arbitraires (il ne m'a pas parlé car je suis inintéressant), des abstractions sélectives focalisées sur le négatif, des personnalisations, une maximalisation du négatif s'accompagnant à contrario d'une minimalisation du positif. L'information est traitée sous le prisme de la dépression. Ainsi, la réalité est en quelque sorte déformée par le regard pessimiste avec lequel elle est observée voir décryptée. Les schémas dysfonctionnels seraient issus des expériences précoces de l'enfance et réactivés par des événements de vie.

1.4.3. *Approches théoriques et hypnose*

Nous avons jugées opportun de présenter ces deux approches de la dépression car on retrouve ces principes théoriques dans la pratique de l'hypnose tout du moins dans notre application de celle-ci. De manière schématique, l'approche dynamique nous paraît permettre un travail de mise en sens, autrement dit d'introspection et l'approche cognitivo-comportementale nous semble décrire la manière dont la dépression impacte sur les perceptions et la grille de lecture du monde. La première approche répondrait à l'interrogation du pourquoi du trouble dépressif et la seconde à comment il se manifeste au quotidien. Nous n'utilisons pas l'hypnose de manière isolée mais l'inscrivons, lorsque nous le jugeons opportun, au sein d'une série d'entretiens. Or, sous certaines formes, comme le rêve éveillé ou encore le Rossi : l'hypnose permet un travail d'introspection et de sondage de l'inconscient. Or dans nombre de ses applications (métaphores, diverses suggestions...), le but visé s'apparente à une modification des perceptions et ressentis soit la manière dont l'information est traitée et perçue : ce qui nous semble se rapprocher des techniques usuelles cognitivo-comportementales. En quelque sorte, l'on accompagne le patient à percevoir le verre d'eau qu'il entrevoyait à moitié vide: à moitié plein. D'autre part, l'on retrouve la notion de *l'ici et maintenant*, très prégnante dans les thérapies comportementales, qui apparaît primordiale pour le changement bien que celui-ci reste opérant et se prolonge au-delà de la séance.

De plus, alors que l'approche dynamique place le thérapeute dans une forme de retrait et proclame une neutralité bienveillante, celui-ci est appelé à être très présent et bien plus interventionniste dans la pratique de l'hypnose : ce qui est plutôt commun aux approches comportementales. Pour finir, l'outil hypnotique ne requiert pas d'obtenir une anamnèse très approfondie du patient mais de connaître sa problématique, son vécu de celle-ci, son objectif ainsi que son niveau d'implication dans la prise en charge. En hypnose, on n'écoute pas le patient ... On agit ! Le vécu affectif prédomine sur l'intellect. D'ailleurs, l'induction hypnotique peut débiter dès le recueil d'informations. En résumé, bien que nous portions un regard dynamique sur la personne, celui-ci est enrichi par des séances d'hypnose qui rejoignent, selon nous, sous bien des points les théories cognitivo-comportementales. Ainsi, à la manière intégrative, nous mélangeons dans ce « chaudron » différents ingrédients que l'hypnose épice jusqu'à obtenir un alliage qui puisse renforcer nos objectifs thérapeutiques.

2. HYPNOSE ET DEPRESSION DU SUJET AGE

*Danser avec le patient est un art pratiqué au rythme de la respiration, avec pour musique la voix du thérapeute et selon un code social mais aussi culturel apporté par celui qui consulte*⁹.

2.1. Définition de l'hypnose

Selon Antoine Bioy, l'hypnose correspond à un « état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi »¹⁰.

L'hypnose est un état modifié de conscience différent de la veille mais aussi du sommeil s'apparentant à la dissociation psychique au sens d'une perception différente. L'état hypnotique est naturel et accessible à tous car il s'agit d'être ici et ailleurs à la fois. On retrouve ce phénomène d'hyper-absorption dans les actes de la vie quotidienne. Tel étudiant qui en écoutant son cours rêve ou encore tel automobiliste qui s'imagine son programme de la soirée tout en conduisant est en état modifié de conscience. La différence est qu'en hypnose cela est intentionnellement induit.

2.2. Hypnose et Personnes âgées

Comme nous l'avons mentionné, tout le monde est hypnotisable. Des aménagements sont toutefois indispensables selon la classe d'âge à laquelle on s'adresse. Il semblerait que le niveau de suggestibilité décroît avec l'âge. Les personnes âgées répondent, par conséquent, de manière peu favorable aux tests de suggestibilité.

Même s'ils restent hypnotisables, l'hypnotisabilité semble plus légère chez les personnes âgées. Ce phénomène peut être mis en corrélation avec les difficultés de concentration

⁹ Samak Fr. H., De la psychanalyse à l'hypnose ericksonienne, éditions Presses de Valmy, Charenton-le-pont, 2004.

¹⁰ Bioy A., Wood Ch., Célestin-Lhopiteau I., L'aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions, éditions Dunod, Paris, 2010.

induites par le vieillissement tout en sachant que la focalisation d'attention (par différents biais) correspond à la technique d'induction classique la plus courante en hypnose. L'induction classique en hypnose utilisant la focalisation de l'attention n'a d'ailleurs pas la même efficacité chez toutes les personnes âgées. Cela dépend de divers critères tels l'accès à la corporalité car il semblerait qu'une partie de cette classe d'âge aurait été peu centrée sur son corps au cours de son existence ou encore l'apparition d'éventuels troubles cognitifs relativement fréquents à cette période de la vie... Au cours de notre récente pratique, nous avons quelquefois été confrontées à des difficultés à appliquer l'hypnose auprès de certains patients âgés soit par souci pratique (par exemple : une surdité accrue) ou encore du fait de réticences à expérimenter une expérience nouvelle leur inspirant un sentiment d'étrangeté.

L'hypnose permet un phénomène de « bascule » (terme d'Antoine Bioy) entre réalité et imaginaire. L'accès à un monde imaginaire apparaît à son apogée pendant l'enfance et s'amointrit au fil du temps. Cependant, le sujet vieillissant possède, quant à lui, la faculté de « basculer » avec aisance dans le passé soit de se remémorer des souvenirs. Les souvenirs les plus accessibles sont d'ailleurs ceux appartenant à la jeunesse leur renvoyant, ainsi, une image narcissisante. Par conséquent, les personnes âgées sont très réceptives à l'hypnose conversationnelle.

2.3. Usage de l'hypnose dans le traitement de la dépression

Pendant longtemps, l'utilisation de l'hypnose, dans une visée curative de la dépression, a été proscrite car estimée comportant des risques néfastes pour le patient. En effet, les thérapeutes du 20^{ème} siècle prônaient le fait que l'outil hypnotique pouvait engendrer une dissolution du moi du sujet dépressif ou encore une dépendance massive à l'égard du thérapeute ainsi qu'une perte de contrôle le rendant vulnérable face à l'hypnotiseur. On mettait en garde contre le risque de passage à l'acte suicidaire provoqué par cette technique. Par la suite, des acteurs de l'hypnose américaine tels que Weizenhoffer, Hilgard...ont corroborés l'idée selon laquelle les patients dépressifs sont peu, voir pas hypnotisables ni suggestionnables.

Désormais, ces présupposés ont été réfutés à la lumière des connaissances acquises sur l'hypnose. En effet, l'hypnose étant un état naturel : chacun serait, par définition, hypnotisable. De plus, il a été démontré que l'efficacité thérapeutique de l'hypnose est

intimement liée à la relation thérapeutique instaurée et non à la suggestibilité ou la faculté à entrer en transe.

Les recherches sur l'efficacité thérapeutique de l'hypnose dans le traitement de la dépression restent cependant très limitées. A l'heure actuelle, il est toujours impossible d'affirmer, au regard des données dont nous disposons, que l'hypnose majore les résultats thérapeutiques dans la dépression. Toutefois, Yapko avance le fait que les données cliniques démontrent que l'association de l'hypnose à d'autres thérapies en vigueur permette de solutionner différents éléments invalidants présents dans la dépression.

2.4. Transe hypnotique et Dépression

2.4.1. *Caractéristiques de la transe hypnotique*

« Si l'hypnose n'est pas un sommeil durant lequel le patient subit des suggestions telles des formules magiques d'un praticien tout puissant, jusqu'à un réveil marqué par une amnésie, quels sont les marqueurs de la transe ? »¹¹. Antoine Bioy pose cette interrogation et y répond en repérant 5 marqueurs issus des recherches sur le sujet soit : une détente et une attention particulière qui se vérifie par l'activation des zones neuronales correspondantes, une diminution du jugement et de la censure ainsi qu'une modification de l'orientation temporo-spatiale.

Les processus intellectuels sont remplacés par des facteurs vécus affectivement : cela peut s'apparenter à la catharsis de la psychanalyse. Durant la transe hypnotique, le sujet ne fait pas qu'imaginer : c'est comme s'il vivait ce qu'il expérimente. Par exemple, si une personne se visualise en train de faire du vélo, les aires cérébrales correspondantes vont s'activer de la même façon que s'il réalisait cette activité dans le réel. Le recours à l'imaginaire influence la perception de la réalité du sujet et son vécu. « Ainsi, lorsque 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. »

¹¹ Bioy A., Célestin-Lhopiteau I., Aide-mémoire : Hypnothérapie et Hypnose médicale en 57 notions, éditions Dunod, Paris, 2000.

D'après Erickson, chacun est pourvu d'une « immense bibliothèque de solutions »⁸. Celles-ci sont accessibles et activables pendant la transe hypnotique. Dans cet état de conscience modifiée, le patient peut recourir à son inconscient sachant qu'Erickson le définit comme étant un réservoir de ressources non accessibles spontanément à la conscience. Ce célèbre hypnothérapeute affirmait qu'« il faut construire sa technique autour d'instructions qui permettent à la conscience des patients de se retirer de la tâche, et de laisser à l'inconscient le soin de l'effectuer ».¹²

2.4.2. Similitudes entre symptômes dépressifs et Transe hypnotique

Transe hypnotique et symptomatologie dépressive se recoupent sous bien des aspects. En effet, il est possible d'établir un parallèle entre leurs manifestations à plusieurs niveaux :

- La catalepsie, correspondant à l'inhibition des mouvements volontaires du sujet, est un phénomène caractéristique de la transe auquel s'apparente le ralentissement psychomoteur, la rigidité des postures ou encore les tensions inhérentes à la dépression.
- Les distorsions sensorielles, pouvant être induites sous hypnose, sont présentes dans le syndrome dépressif sous forme d'une diminution voir une annihilation de la sensation de plaisir ou bien l'altération des perceptions corporelles et l'amplification des sensations désagréables et d'inconfort telles que les sensations nociceptives présentes dans les cas de somatisation ou la souffrance morale.
- On note également des « automatismes psychomoteurs » faisant fonction d'indicateurs de l'état hypnotique prenant dans la symptomatologie dépressive la forme de gestuelles et mimiques figées.
- La dépression comporte une perturbation du rythme circadien se traduisant par une récurrence des troubles du sommeil et de la vigilance. Le sujet dépressif se trouve dans un état permanent de « veille paradoxal » soit une sorte d'état figé de transe qui s'avère pathologique.

¹² Erickson M.H., Rossi E.L, Rossi Sh. I., Traité pratique de l'hypnose : La suggestion indirecte en hypnose clinique, éditions Grancher, Escalquens.

- La dissociation, représentant un élément majeur de la transe, se manifeste sous une forme négative chez le dépressif dont les pensées automatiques s'avèrent congruentes à une humeur triste voir anxieuse source de douleur morale. Ces pensées ne prennent pas appui sur le présent, c'est-à-dire sur le contexte dans lequel le sujet évolue, mais restent focalisées sur un passé induisant une souffrance.

Le temps s'avère figé dans la dépression, ce qui vient générer un défaut d'anticipation. Comme le disait Tatossian : « Il n'est plus régi par le primat de l'avenir, dont le vécu est perdu ou tout au moins barré et perd son synchronisme avec le temps du monde ».

D'après Sutter (1991), « L'anticipation est le mouvement par lequel l'homme se porte de tout son être au-delà du présent dans un avenir proche ou lointain, une greffe d'avenir sur le présent ». Les distorsions temporelles et mnésiques s'alimentent l'une l'autre engendrant des répercussions néfastes pour le sujet dépressif. En effet, on relève une hypermnésie du passé s'imposant de manière récurrente au détriment de l'expérience présente et de la projection dans le futur qui ne peut, dès lors, être envisagée autrement qu'en une réédition ou encore une répétition de ce passé. La personne dépressive se trouve dans l'incapacité d'anticiper l'avenir de manière positive et active. Ses repères temporels sont altérés. L'omnipotence du passé annule, en quelque sorte, le présent et réduit à néant l'avenir. La rétroaction avec l'environnement permettant d'intégrer le réel est inopérante car fustigée par l'expérience passée. La personne soumise à la dépression est donc figée sur une temporalité révolue dans la réalité, mais toujours présente à son esprit, sur laquelle elle s'appuie pour évoluer dans son quotidien. Autant dire que cette position est inadaptée et inopérante. C'est un peu comme si quelqu'un essayait de se mouvoir dans Paris avec en tête des souvenirs d'un autre temps telle une carte postale en noir et blanc. L'environnement est dynamique, les différents éléments qui le composent sont en éternels mouvements et nul ne peut s'y mouvoir en ayant pour seule référence le passé.

L'hypnose facilite la distorsion temporelle que celle-ci soit antérieure par le biais de la régression en âge ou encore projective par le biais de la progression en âge. La régression en âge n'est pas utilisée en vue de réaliser une introspection du passé mais plutôt comme une recherche d'expériences tels les apprentissages et autres permettant de mobiliser des ressources non-accessibles à la conscience immédiate du sujet.

Les différents éléments cités mettent en avant le fait que les personnes dépressives pratiquent de manière naturelle l'auto-hypnose mais, celle-ci, loin d'être constructive est négative et

dévalorisante. Le dépressif se centre sur son intériorité : en témoigne la tendance à la rumination. La transe hypnotique propose un nouvel agencement du vécu. En effet, l'un des objectifs de l'hypnose dans le traitement de la dépression est de moduler cette transe pathologique en une transe dynamique et adaptative au bénéfice du patient. Il ne s'agit pas de lui faire explorer son vécu délétère mais de lui faire entrevoir d'autres possibles et la diversité des expériences qu'il peut ressentir en lieu et place de la réactualisation d'une souffrance latente.

2.5. Passivité de la dépression et Hypnose

D'une manière générale, l'objectif de l'hypnothérapie est l'accompagnement du processus de changement. Celui-ci porte sur le comportement, les affects, les processus physiologiques (douleur...), les perceptions, les cognitions et le dialogue interne des patients. Dans la dépression, les croyances négatives sur soi, les autres et l'avenir engendrent une inaction et un sentiment de désespoir face aux difficultés. Le sujet a l'impression de ne rien pouvoir modifier à ce qu'il vit et ressent : il se sent impuissant et passif face à son mal-être. Ainsi, les affects dépressifs impactent sur l'humeur et par ricochets sur l'estime de soi, la grille de lecture de l'environnement ainsi que la projection dans le futur.

L'imaginaire est impactée par la pathologie dépressive. « L'évocation du passé rend l'expérience du présent insupportable et les perspectives d'avenir inimaginables ».¹³ La souffrance morale est donc imputable à un fonctionnement en boucle d'idées pessimistes que le sujet a l'impression de subir. On observe un immobilisme de la pensée et du corps dans la symptomatologie dépressive. Selon Seligman, la perception subjective de la contrôlabilité joue un rôle prépondérant dans l'apparition, le déroulement ainsi que le dénouement de la dépression. Beck (1987) avançait le fait qu'« aussi longtemps qu'un *client* se sent victime des symptômes, il a très peu de chance de guérir de la dépression ».

L'hypnose apparaît donc comme une indication à privilégier dans le traitement de la dépression de par sa nature active contrairement aux anti-dépresseurs qui entérinent la passivité inhérente à la dépression lorsqu'ils tiennent lieu de thérapeutique unique. L'hypnose peut d'ailleurs être employée en complément des anti-dépresseurs. Certains hypnothérapeutes

¹³ L'hypnose médicale, Ss la dir. du Dr J-M Benhaiem, 2nde édition, édition Med-line, Paris, 2012.

tel Claude Virot préconise toutefois un arrêt ou le cas échéant, si cela n'est pas envisageable de par la sévérité des troubles, une diminution de ce type de traitement afin que le patient puisse prendre conscience des répercussions bénéfiques de l'hypnothérapie et du travail qu'il a lui-même effectué sans l'attribuer de manière systématique aux anti-dépresseurs. Pour Yapko, prescrire uniquement des traitements médicamenteux pour soigner la dépression revient à signifier au patient qu'il s'agit uniquement d'un dérèglement biochimique sur lequel il n'a pas d'emprise or humeur dépressive et physiologie s'influencent l'un l'autre.

Le recours à l'hypnose permet d'apprendre au patient à tenter d'orienter ses pensées en fonction du contexte soit d'être dans une dynamique au lieu d'y réagir par l'inaction. Le procédé hypnotique donne donc accès à une majoration du contrôle interne. L'hypnose laisse entrevoir « la plasticité de l'expérience subjective » car elle donne la possibilité de moduler les diverses perceptions du sujet dans un but thérapeutique. Ainsi, en transe hypnotique, il est possible d'intensifier les expériences subjectives positives mais aussi de diminuer celles qui se veulent négatives. Les potentialités jusque là méconnues et inutilisées par le patient sont mises en lumière, par différents phénomènes suscités par le praticien, afin qu'il puisse s'en saisir. Par ailleurs, le patient crée de nouvelles associations qui lui permettent d'aborder ses difficultés avec plus d'aisance et de dépasser les limitations qu'il s'est imposé à lui-même.

Sous le prisme de la dépression, l'espoir de changement est quasi nul. Pour cette raison, nombre de patients dépressifs n'initie pas de psychothérapie. Lorsqu'ils consultent, la demande s'axe, en général, autour d'un soulagement immédiat. Si la thérapie ne répond pas à cette attente explicite ou implicite, elle est d'emblée associée à un échec venant ainsi valider ses prédictions négatives sur l'avenir et la possibilité d'une issue divergente de son vécu actuel.

L'auto-hypnose permet de restituer pleinement son autonomie au patient dépressif. Cependant, son apprentissage reste difficilement réalisable dans les premiers temps de l'hypnothérapie car l'humeur dépressive avec ses pronostics pessimistes invalident aux yeux du patient sa capacité à se soustraire de ses affects. Même si la possibilité d'accéder à d'autres perceptions a pu être mise en lumière par l'expérimentation de séances d'hypnothérapie réussie : la reproduction seul, c'est-à-dire sans l'étayage direct de l'hypnothérapeute reste, dans un premier temps, difficile car le sentiment d'impuissance reste prégnant. L'encouragement à l'action et la mise en valeur du fait que la réalisation de l'auto-hypnose contribue au mieux-être, permettant de passer outre le sentiment de désespoir, lorsque le

besoin s'en fait sentir dans le quotidien, semble primordial. Effectivement, la personne dépressive aura tendance à avancer le fait qu'elle se sente trop mal pour se mobiliser or sa vision apparaît distordue. Au final, « le serpent se mord la queue ». Il est donc préférable, afin de ne pas exposer le sujet à un sentiment d'échec, qu'un mouvement psychique soit réinsufflé au préalable pour voir apparaître, dans un second temps, un accès à l'autonomie par l'intermédiaire de l'auto-hypnose.

3. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Problématique

En quoi l'hypnose peut permettre au sujet dépressif âgé de réintroduire une dynamique psychique ?

Hypothèses théoriques :

- L'hypnose devrait donner accès au sujet à ses ressources internes et favoriser leur mobilisation. Ainsi, le patient pourra plus aisément faire face aux idées pessimistes ainsi qu'aux pensées négatives. Cela participera à la diminution des ruminations.
- L'hypnose permettra à la personne âgée dépressive de réinvestir son présent et contribuera à sa projection dans l'avenir.
- L'hypnose devrait engendrer une remobilisation psycho-corporelle c'est-à-dire une diminution de la passivité sous sa forme psychique mais également physique. Le sentiment de contrôlabilité devrait être majoré ainsi que le processus d'autonomie du patient.

Hypothèses opérationnelles :

- L'alliance thérapeutique devrait favoriser l'introjection du thérapeute et permettre ainsi à la personne dépressive d'acquérir plus d'autonomie.

- L'hypnose devrait permettre à la personne dépressive d'expérimenter des sensations de confort et plaisir au cours des séances et ainsi mettre à jour ses potentialités. Celles-ci engendreront une dynamique de changement au niveau des perceptions et viendront modifier son rapport au monde environnant en réintroduisant une rétroaction entre le monde extérieur et le monde interne. L'environnement sera probablement réinvestit. Les réminiscences du passé devraient, par conséquent, être moins prégnantes : laissant ainsi plus de place au vécu du présent et aux perspectives d'avenir.
- Le travail autour du renforcement du moi et de délimitation de l'enveloppe psychique susciteront une renarcissisation et une défense contre les attaques du Moi. Cela devrait renforcer le sentiment identitaire soit contribuer à la restauration de l'estime de soi et de l'image du corps mais aussi réanimer le processus d'autonomie.

II. Etude Clinique

1. Méthodologie

1.1. Présentation du Cadre d'intervention

En France, l'on dénombre environ un million de personnes âgées de 85 ans ou plus¹⁴. De manière consécutive à l'avancée médicale, l'espérance de vie augmente. Le maintien à domicile est de plus en plus tardif et fait intervenir tout un réseau de professionnels permettant de pallier à la perte d'autonomie du sujet vieillissant. Nous faisons partie de l'une des structures de ce réseau soit un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) Il s'agit d'un service médico-social assurant, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène générale. La file active est de 120 patients de plus de 60 ans présentant une maladie invalidante ou une perte d'autonomie dans la vie quotidienne dont 10 places sont dédiées aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou une maladie chronique.

Notre équipe pluridisciplinaire se compose d'infirmières, d'aides-soignantes, d'une assistante de soins en gériatrie, d'une psychomotricienne, d'une ergothérapeute, du personnel encadrant soit une directrice et deux infirmières coordinatrices, d'un comptable, d'une secrétaire et de nous-même. Le poste que nous occupons correspond à un volume horaire de 50%. Il s'agissait, avant notre prise de poste, d'un temps plein cependant les budgets n'ont pas été renouvelés par l'Agence Régional de Santé : la charge de travail est pourtant inchangée. Nos interventions tout comme celles de nos collègues ont lieu essentiellement sur le lieu de vie des patients c'est-à-dire à domicile ou bien dans les établissements d'hébergement. Nos principales missions sont d'assurer un soutien psychologique auprès du patient et des aidants, le travail de guidance technique aux équipes ainsi que la participation à la vie institutionnelle. Nous effectuons également un travail de coordination avec les différents intervenants extérieurs soit dans le cadre d'accessibilité à la vie sociale et culturelle (bénévolat, associations culturelles et artistiques) ou encore dans le cadre de liaison (médecin traitant, psychiatre, hôpital de jour...).

¹⁴ Psychiatrie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant, Ivan Gasman, éditions Vernazobres-Grego, Paris, 2008.

1.2. Présentation :

Nous avons choisi le cas de Mme R. car il nous semble représentatif de la dépression réactionnelle aux différentes pertes du processus de vieillissement.

Mme R. est âgée de 84 ans. Elle est veuve et vit seule équipée d'une téléalarme. Mme R. a trois filles vivant dans la région.

Elle a fait elle-même appel à notre service de soins suite à une sténose lombaire invalidante induisant des douleurs non-soulagées. La prise en charge a débuté au mois de mars comprenant un passage des aides-soignantes pour une aide à la toilette 3 fois par semaine, un passage infirmier tous les 15 jours pour surveiller les constantes, l'intervention de l'ergothérapeute et nous-même à la demande de Mme R.

2. Données Cliniques

Première rencontre (sans hypnose):

A notre arrivée, Mme R. est en communication internet avec l'une de ses petites-filles vivant à l'étranger. Celle-ci lui fait remarquer que si elle ne répond pas, c'est qu'elle n'est pas disponible et qu'il est donc inutile de l'appeler « dix fois » de suite. Mme R. adopte une attitude enjouée avec cette dernière, lui formulant des mots doux à foison tout en lui demandant de ne rien dire à sa mère car elle risquerait de lui faire des remontrances. Après un laps de temps conséquent, Mme R. parvient à éteindre la connexion et se tourne vers nous en s'excusant.

Elle nous propose de nous imprimer le récapitulatif de sa situation.... Il y est précisé la date de son divorce et le fait qu'elle ait élevé seule ses 3 filles. Elle y relate également ses expériences professionnelles en attribuant la survenue de migraines, il y a 50 ans, à un travail trop intensif. Elle fait état d'un accident de voiture ayant engendré une fracture du bras ayant toujours des répercussions nociceptives à l'heure actuelle ainsi que des problèmes cardiaques datant d'une dizaine d'années. Concernant sa problématique actuelle, elle décrit des douleurs non-soulagées, une difficulté à la marche, des chutes à répétition ainsi que la nécessité

d'utiliser un « fauteuil roulant entraînant un état dépressif sérieux, jamais ressenti au préalable, nécessitant la cessation de toutes activités professionnelles ».

En effet, Mme R. travaillait encore quelques mois auparavant. Ancienne gérante de restaurant, elle continuait à pratiquer cette activité dans le cadre de son entourage. Sa vie professionnelle est, d'ailleurs, mise en lumière dans son écrit et ses propos : cette sphère semble avoir été beaucoup investie et source de satisfaction narcissique conséquente. Mme R. se plaint également de « manque d'énergie, fatigue et somnolence, bon sommeil mais réveil pénible (pensées les plus sombres) ». Après que nous ayons pris connaissance de tous ces éléments, Mme R. nous expose les faits de vive voix. Son discours s'axe principalement autour de la perte (fonctionnel, statut social, revenus moindres).

Elle verbalise le fait qu'elle ait cru, à l'époque, ne pas survivre à ses problèmes cardiaques. Suite à cela, elle s'était installée en province avec son compagnon où elle s'est rétablit. Cependant un an après ce déménagement : celui-ci est décédé. Cela fait six ans. Mme R. est donc rentrée sur Paris. Concernant la sphère familiale, ses filles lui apparaissent distantes : ce à quoi elle associe une rivalité à l'égard de ses petites-filles. Elle émet l'hypothèse que ses filles soient jalouses de la relation qu'elle entretient avec celles-ci et ne supporte pas le fait de dépendre d'elle désormais pour se rendre chez ses petits-enfants

Elle décrit des ruminations matinales portant sur des facteurs externes notamment sur son entourage (Le cancer de sa fille va-t-il récidiver ? Elle ne pourra pas payer les vacances de sa petite-fille...). Chaque jour, Mme R. se réveille au même horaire que lorsqu'elle travaillait soit 6 heures du matin. Elle nous dit manger peu. Nous observons une labilité de l'humeur : Mme R. se veut souriante puis des expressions de tristesse apparaissent sur son visage (mimiques et regard larmoyant) à plusieurs reprises. Nous ne constatons pas d'aboulie, ni d'anhédonie et non plus d'apathie lors de ce premier entretien. Mme R. semble préserver ses centres d'intérêt (joue au bridge sur l'ordinateur...).

La patiente a un traitement anti-dépresseur prescrit par son médecin traitant. Elle prend une gélule d'effexor bien que celui-ci lui ai préconisé d'augmenter le dosage à deux gélules. Elle nous dit n'avoir jamais eu de suivi psychologique mais a rencontré récemment une psychologue à l'hôpital. Elle en retire une expérience positive qui a suscité son désir d'être accompagnée sur le plan psychologique. Nous lui expliquons donc notre fonction, le cadre de

notre intervention et le fait que notre pratique s'axe autour d'entretiens de soutien en ajoutant que nous pratiquons l'hypnose. Nous échangeons rapidement à ce sujet : Mme R. nous informe qu'elle n'est pas familière à ce type de pratique mais est ouverte à tout ce qui peut lui venir en aide. Nous convenons de nous voir tous les 15 jours.

Deuxième Rencontre: (sans hypnose) :

Mme R. nous dit avoir noté le rendez-vous au lendemain. Elle se montre « catastrophée » de rater notre entrevue mais elle s'est engagée auprès de sa belle-sœur afin de l'accompagner à un rendez-vous médical. Elle tient à assurer un rôle de réassurance auprès d'elle car cette dernière l'a soutenu également au cours de ses divers examens. Craignant que cette mise en acte soit interprétée comme un désinvestissement, elle nous proclame avoir « besoin » de nous car ressent des affects dépressifs en ce moment. Elle demande à nous revoir au plus vite. Nous maintenons notre prochaine rencontre prévue dans 15 jours car nous percevons la notion de dépendance dans le rapport à l'autre qu'entretient Mme R. et les différentes attaques du cadre pouvant en découler.

Troisième Rencontre (avec hypnose) :

Mme R. s'excuse à nouveau pour l'annulation du rendez-vous précédent. L'infiltration de sa belle-sœur a été opérante contrairement aux siennes qui ne lui ont apporté aucun soulagement.

Elle se plaint d'apathie. Par exemple, elle remet le traitement de l'administratif à plus tard et culpabilise. Au lieu de s'en occuper, elle joue au bridge sur internet puis le temps passe.

La patiente nous dit être affectée par le fait de ne pas avoir pu voir ses petits-enfants qui habitent loin. Sa fille aînée, par ailleurs, lui paraît froide et insensible à sa situation. Mme R. l'a appelé en lui exprimant son souhait de la voir mais celle-ci lui a donné rendez-vous 15 jours plus tard. Elle lui a fait savoir qu'elle hésite à donner son corps à la science afin de la décharger, ainsi que ses sœurs, des frais de son enterrement. Celle-ci lui aurait répondu que ce

choix la regarde. Mme R. a été blessée par cette réaction. Elle se trouve inutile pour sa famille car n'a plus de revenu.

Elle se demande ce qu'elle « a raté » pour se retrouver dans ce petit appartement, elle, qui avait l'habitude d'un train de vie plus mondain. Concernant son entourage, elle indique recevoir des invitations de ses amis mais ne veut pas qu'on la voit « comme ça ». Elle désiste les invitations qui se font, par conséquent, de plus en plus rares. Mme R. nous dit vouloir le passage de bénévoles afin de pouvoir avoir des échanges dépourvus de jugement. Elle revient sur ses propos précédents et qualifie ses amis de connaissance en indiquant qu'elle ne trouve du réconfort qu'auprès de ses petits-enfants. Elle s'est tout de même rendue à un dîner récemment avec ses anciens employés et admet que cela s'est bien passé. Elle a réalisé qu'ils l'appréciaient réellement.

Mme R. nous annonce vouloir faire du bénévolat ou bien de la garde d'enfants puis émet plusieurs idées pour se rendre active. Nous soulignons l'importance qu'elle puisse se sentir mieux et effectuer des réaménagements concernant sa nouvelle situation avant cela tout en renforçant positivement et encourageant ses projections dans l'avenir. Devant tous les éléments spécifiant le mal-être de Mme R., nous lui proposons une séance d'hypnose qu'elle accepte volontiers.

Nous lui demandons d'adopter la position qui lui semble la plus confortable possible, d'observer les différents éléments qui l'entourent et d'y choisir un point à fixer. Elle répond qu'elle sait ce qu'elle va choisir et pose son regard sur un tableau, qui se trouve derrière nous, représentant une petite fille posant la tête sur les genoux de sa grand-mère. Nous l'invitons à prendre connaissance des différents points d'appui de son corps en commençant par les pieds puis effectuons un body scan, c'est-à-dire une énumération des différentes parties de son corps, afin qu'elle puisse se centrer sur sa corporalité. L'induction que nous réalisons comprend également l'orientation de son attention sur les sons qui nous entourent allant du plus éloigné : « peut-être à l'extérieur », jusqu'au plus proche : « il est possible que vous puissiez percevoir le son de votre respiration ». A plusieurs reprises, Mme R. détourne les yeux du tableau pour nous jeter un regard, nous lui signifions qu'elle n'a pas besoin de nous regarder puisqu'elle nous entend mais juste de continuer à fixer ce point. Nous énumérons les distorsions perceptuelles possibles : « le point peut devenir plus flou au fil du temps, ses

paupières peuvent ressentir une lourdeur et lorsque ce sera le cas, elle pourra tout simplement les fermer afin d'être plus confortable ».

Lors de cette première séance, nous souhaitons faire expérimenter la transe hypnotique à Mme R. sans risquer de la mettre en échec. Nous optons pour un travail sur le corps et le recentrage sur soi et non pour « la safe place » car nous ne sommes pas certaine qu'elle soit d'emblée en mesure de trouver un lieu sûr. De plus, l'entretien a pris un temps conséquent sur la séance...

Nous nous appuyons donc sur sa respiration en lui disant qu'il lui est possible de ressentir le trajet de l'air en décrivant celui-ci au moment de l'inspire ainsi qu'au moment de l'expire et en nommant les parties du corps qu'il met en mouvement. Nous lui proposons de s'emplier de ce dont elle a besoin lors de l'inspire et de projeter à l'extérieur ce qui lui pèse lors de l'expire : Mme R. accentue sa respiration, les traits de son visage semblent indiquer qu'elle focalise une grande partie de son énergie à effectuer ce travail. Nous accentuons notre discours sur le fait qu'elle permette à ses cellules de s'oxygéner et de se régénérer ainsi que l'importance d'être présente à soi-même. Nous lui proposons ensuite de reprendre contact avec les différents éléments de la pièce : les bruits alentour, la chaleur de l'endroit où nous nous trouvons, le son de notre voix, le rythme de sa respiration... lorsqu'elle estimera qu'elle a terminé de faire ce qu'elle est en train de faire et qu'elle s'est suffisamment ressourcé. Nous émettons, alors, la suggestion post-hypnotique qu'il lui sera possible de retrouver cet espace, qui lui est personnel, en reproduisant des conditions similaires concernant sa position, la fermeture de ses yeux et le rythme de sa respiration.

Mme R. rouvre les yeux. Elle nous dit avoir choisi de fixer cette toile car elle lui rappelle sa petite-fille qui, en la voyant, lui avait dit : « Regarde, c'est nous deux Mamou ! ». Elle affirme : « C'est extraordinaire ! » et qu'elle ne pensait pas qu'elle pouvait vivre et voir autant de choses. Elle nous indique qu'elle se voyait aux côtés de sa petite-fille et ressentait tout l'amour que celle-ci lui porte.

Echange téléphonique :

Un peu plus d'une semaine après, nous appelons Mme R. afin de décaler notre rendez-vous de deux jours car nous sommes convoquées à une visite médicale. Mme R. acquiesce

d'une voix enjouée. Nous lui faisons part du sentiment de bien-être qui émane de sa voix. Elle nous répond qu'effectivement : elle se sent bien et a moins de douleur. Elle vient de passer plusieurs jours avec sa petite-fille et a eu un regain d'énergie. Elle s'est même étonnée à pouvoir faire des choses qu'elle n'arrivait plus à accomplir. Cela l'amène à s'interroger sur le fait que son humeur dépressive pourrait majorer sa douleur et affirme que, par conséquent, elle tentera de garder cela à l'esprit et de faire perdurer cet état de mieux-être. Elle nous précise qu'elle a essayé de refaire l'exercice mais n'y est pas parvenu sans notre « voix mélodieuse ».

Quatrième Rencontre :

Nous avons en tête de proposer une séance autour du lieu sûr : « safe place » ce jour or nous retrouvons Mme R. avec le visage contrit de douleur. Son fauteuil vient d'être changé et elle s'interroge à savoir si cela ne serait pas à l'origine de la majoration de ses douleurs. Mme R. se plaint du manque d'empathie de ses filles. Elle se sent incomprise car réclame une attention qu'elle n'obtient pas.

La plainte douloureuse étant prégnante, nous proposons à Mme R. de nous décrire celle-ci. Elle en localise deux : l'une allant du milieu de la cuisse au genou et l'autre se situant au milieu du bras. Nous lui demandons de l'associer à une image. Elle peine à nous répondre mais indique qu'elle a comme « une tuile sur le dos », des picotements s'apparentant à des coups de couteau au membre inférieur et un élancement profond qui paraît « couler » au membre supérieur. Nous lui demandons de coter entre 0 et 10 sa douleur sachant que 0 correspond à une absence de douleur et 10 à un ressenti douloureux insupportable. Mme R. associe une note de 7-8 à sa douleur. A combien voudrait-elle qu'elle soit ? Selon Mme R. : « 3-4-5 » serait plus supportable. Nous lui proposons de choisir une couleur symbolisant sa douleur : « rouge » Et si vous vous sentiriez mieux, soulagée : ça serait quelle couleur ? Surtout pas le « noir ou vert » car elle « déteste ses couleurs » : elle opte donc pour le rose et le blanc.

Nous essayons cette fois l'induction utilisant l'ouverture des yeux au moment de l'inspire et la fermeture des yeux au moment de l'expire jusqu'à fermeture complète des yeux en maintenant le regard dirigé vers un point de son choix. Elle s'oriente à nouveau vers le tableau. Nous lui proposons un body scan et de porter attention aux bruits environnants du

plus lointain au plus proche. Mme R. ferme les yeux plus vite que la séance précédente. Nous lui suggérons de laisser apparaître un 8 en décrivant ses contours, sa forme et lui demandons de nous signifier lorsque celui-ci est présent par un signaling idéo-moteur (mouvement de l'index). La patiente acquiesce. Nous introduisons la couleur rouge en lui proposant de la faire évoluer en même temps que le chiffre dont « la courbe se déforme pour s'étirer vers le bas... » jusqu'à laisser apparaître un 7. Le signaling nous permet de suivre les modifications qu'opère Mme R. Nous continuons donc notre compte-à-rebours en ponctuant les suggestions de transformations du chiffre et de la couleur en vue d'obtenir une tonalité plus douce, plus en concordance avec le rose ou le blanc. Lorsque nous arrivons au chiffre 5, nous questionnons Mme R. sur son souhait de continuer : elle acquiesce cependant son visage commence à se crispier. Elle réitère son signaling au numéro 4. Ainsi, nous atteignons le chiffre 3 avec succès semble-t-il mais ses sourcils sont froncés et nous ignorons ce qui se joue pour elle à cet instant. Nous effectuons un retour à l'état ordinaire de conscience.

Mme R. semble en détresse au point de vue émotionnel. Elle nous dit avoir été dans le vert et le noir : ces couleurs qu'elle déteste. La patiente nous sollicite afin de l'aider à se défaire de ces couleurs qui semblent l'avoir accompagnées de la fin de la transe au moment présent : « C'est horrible ! Je ne veux pas rester dans le noir. » Nous la rassurons et lui indiquons que nous ne la laisserons pas dans ces couleurs cependant avant cela nous souhaitons savoir ce qu'il en est de sa douleur. Elle nous répond ne plus avoir de douleur. Nous lui demandons de la chiffrer : elle la quantifie à une intensité de 3 sur 10. Cela semble l'étonner et elle propose de se lever pour s'en assurer tout en sachant que ses douleurs sont accentuées lorsqu'elle est en position debout. Nous lui faisons remarquer que lorsqu'elle les a évaluées auparavant, elle se trouvait assise dans le même fauteuil roulant et n'était pas en station debout : ce qui semble confirmer que la nociception a été soulagée.

Nous lui proposons de « repartir ». L'induction est plus courte car Mme R. « replonge » rapidement dans une transe hypnotique qui semble plus profonde. Afin d'aider Mme R. à dissocier ce qu'elle vit dans la transe hypnotique du réel, de bien distinguer les espaces tout en apportant de la sécurité et de la réassurance ; nous introduisons la proposition confusionnante suivante : « L'on peut rêver que l'on dort, dormir en rêvant, rêver que l'on rêve et tout ceci n'a pas d'importance ».

Nous débutons notre suggestion en lui disant qu'il arrive que des pensées parasites s'imposent à notre esprit et envahissent ainsi notre corps. Puis, nous énumérons plusieurs d'entre elles en

s'appuyant sur les propos antérieurs de Mme R. concernant ses inquiétudes sur le fait qu'elle ne peut plus gâter autant ses petites-filles, son sentiment d'inutilité... Nous observons des larmes couler sur ses joues à l'évocation des pensées parasites. Son visage reste néanmoins figé, les larmes coulent sans bruit, sans mimique associée : ce qui n'est pas le cas dans son état ordinaire de conscience. Nous continuons notre suggestion évoquant l'idée qu'elle peut laisser partir ses pensées : « Coucou, aurevoir les pensées ! ». Notre discours s'axe autour de la notion d'apprentissage. « Peut-être qu'il y a d'autres pensées qui vous viennent mais maintenant vous savez faire comme votre corps sait respirer sans que vous en ayez conscience et je ne sais pas à quel point vous ne savez pas que vous savez ».

Nous renforçons le fait de laisser partir les pensées par la notion d'oubli « tout comme la chaise peut vous sembler dure lorsque le spectacle ou le programme que vous regardez vous paraît sans intérêt, vous l'oubliez lorsque votre attention est captivée par ce que vous observez : vous avez la capacité d'oublier ». Nous lui proposons de se rendre dans un endroit dans lequel elle se sent en sécurité, un endroit qu'elle apprécie. Nous suggérons qu'elle peut voir se dessiner les contours, les couleurs, les différentes formes ainsi que les espaces entre les divers éléments qui le composent. Il est probable qu'elle sente les effluves, les odeurs de ce lieu si particulier, d'entendre des sonorités ou encore les saveurs qui le caractérisent ou tout autre chose : ça n'a pas d'importance. Ce qui est important, c'est de s'autoriser à prendre plaisir... Puis, nous proposons de reprendre contact avec l'environnement dans lequel elle se trouve lorsque cela lui conviendra.

Mme R. a le visage détendu. Elle nous dit que cela lui a fait « un bien fou ». Elle nous explique que des pensées lui venaient et puis celles-ci ont laissé place à un moment de bien-être : elles se sont effacées... Mme R. précise qu'elle se sent sereine : elle ne reviendra pas sur les pleurs que nous avons perçus. Nous ne saurons donc pas si elle s'en souvient...

Cinquième rencontre :

« Je vous attendais comme le messie ! » proclame Mme R. en nous accueillant, ce qui nous laisse présager que son humeur est dépressiogène. Son faciès apparaît très marqué ce jour. Il laisse entrevoir un sentiment de tristesse mêlé de fatigue. Mme R. pleure à plusieurs reprises en début d'entretien.

Son fauteuil a à nouveau été changé avant notre arrivée et elle ressent d'emblée une amélioration. Elle est donc enfin soulagée après deux semaines de douleur intense. Elle revient tout de même longuement sur ce vécu douloureux (appréhension liée à l'anticipation de la douleur, attitude de repli, réduction des sorties et contacts sociaux...). Mme R. a même sollicité son médecin pendant cette période afin d'obtenir un rendez-vous à la consultation douleur : « Il m'a dit qu'on ne peut rien pour moi ». Nous rassurons Mme R. sur le fait que ses douleurs semblaient être associées à la position étant donné qu'elles ont cessé suite au changement de fauteuil.

Mme R. précise qu'elle est épuisée psychologiquement. Nous l'interrogeons sur l'observance du traitement anti-dépresseur : ce à quoi elle répond avoir augmenté la dose durant deux semaines puis ne voyant pas d'amélioration, elle reprend un seul comprimé. Nous évoquons le délai d'action et questionnons l'éventuelle utilisation de la séance d'hypnose précédente. Elle nous répond avoir oublié la dernière séance et revient sur le vécu de ces deux dernières semaines. Elle affirme, cependant, se sentir mieux physiquement depuis le passage du technicien dans la matinée mais « très mal » psychologiquement sans comprendre pourquoi. Elle parviendra ensuite à associer cela au fait que le technicien lui aurait suggéré d'envisager d'acquiescer dans quelques années un fauteuil plus confortable. En nous énonçant cela, Mme R. s'effondre. Cette remarque lui fait envisager la dégradation de son état. Sa vision du futur semble obscurcie par cette « anticipation ». Elle évoque alors son projet d'aller en maison de retraite mais semble ambivalente. En effet, elle indique que cela dépendra de l'éventuel rapprochement géographique de sa petite-fille en instance de divorce car celle-ci précise -t-elle aura probablement besoin d'aide pour s'occuper de ses enfants « mal-élevés ». Concernant le projet de maison de retraite, Mme R. parvient à verbaliser que ce souhait est motivé à la fois par des soucis pratiques mais aussi par sa solitude et son sentiment d'inutilité. Elle revient sur les relations distancées qu'elle entretient avec ses filles toujours en comparaison avec ses petites-filles. Elle décrit son dévouement auprès de ses dernières, le fait qu'elle ait élevé seule ses filles, sa séparation suite à la découverte d'un adultère ayant abouti à la naissance d'un enfant, sa persévérance afin de se constituer une situation lui permettant d'accéder à une autonomie financière ainsi que sa carrière professionnelle et les honneurs qui lui ont été octroyés.

Elle associe ce récit à des épisodes de vie douloureux (alcoolisme de l'une de ses filles, tentative de suicide d'une autre et mariage de la troisième avec son homme de confiance

âgé) : les différentes difficultés rencontrées par ses filles semblant toutes être apparues à l'accession à l'âge adulte. Mme R. nous fait part de son quotidien et le fait qu'elle n'aime pas préparer ses repas car a l'habitude de se faire servir. Pourtant, elle parvient le soir à se restaurer car elle partage ce moment avec sa belle-sœur. S'en suit une description de cette dernière qu'elle qualifie de « tranchante » et qui ne la « comprend pas ». Elle nous fait part d'un drame familial soit de la mort brutal par défenestration du petit-fils de sa belle-sœur, son neveu. Lors du passage à l'acte, sa grand-mère était en vacances et Mme R. évoque son sentiment de culpabilité de ne pas avoir été plus présente pour lui.

Mme R. conclut en disant qu'elle avait envie de parler ce jour et précise qu'il semble que nous l'ayons comprise. Elle nous parle de l'écrit qu'elle a réalisé : la première version du récit de sa vie. Mme R. l'a destiné à ses petites-filles en guise de transmission. Elle l'a montré à l'une d'entre elle et dit avoir été déçue de son peu de réaction. Elle pense dorénavant le leur faire parvenir après sa mort indiquant que cela aura peut-être plus d'impact. Mme R. ajoute qu'elle réalise aujourd'hui l'égoïsme de son conjoint car il ne s'est jamais excusé pour l'accident de voiture ayant entraîné ses fractures au bras. Elle attribue à son attitude le fait que ses filles ne l'aient jamais investi. Celles-ci lui auraient dit à l'époque : « Il ne nous a pas marié » : ce qui est lourd de signification pour elle. Mme R. Nous remet son écrit en nous proposant de le lire.

Écrit :

Nous ne relaterons que les éléments significatifs soit :

- une rivalité fraternelle infantile à l'égard d'un petit frère malade mobilisant l'attention.
- peu de manifestations d'affection de la part de ses parents : « On ne parle pas de ses sentiments, on doit rester digne ».
- mariage à 20 ans : mécontente, nombreuses absences de son époux.
- Dépression diagnostiquée 4 ans plus tard suite à une consultation pour évanouissements et vertiges inexplicables avec pour préconisation du repos et une séparation d'avec les enfants car « trop proche » d'eux.
- divorce après 15 ans de mariage.

-concubinage avec son conjoint pendant 40 ans.

Sixième Rencontre :

Nous retrouvons Mme R. apprêtée. Elle a les cheveux coiffés avec soin et s'est maquillée. D'emblée, elle nous dit être préoccupée car le bébé de sa petite-fille s'est brûlé et est hospitalisé. Pour autant, le discours s'oriente vers elle. Elle insiste sur le fait qu'elle n'a, du coup, vu que très peu sa petite-fille qui était de passage car réside à l'étranger or elle ignore si elle la reverra étant donné qu'elle n'est « pas éternelle »...Mme R. souhaitait se rendre dans la ville où est retenu sa petite-fille du fait de l'hospitalisation mais y a renoncé et pense que son désistement a soulagé cette dernière car elle aurait constitué une charge supplémentaire.

Par la suite, Mme R. nous fait à nouveau part de sa passivité. Elle a la sensation d'avoir l'esprit ailleurs en permanence, ce qui engendre des attitudes inadaptées ainsi que des oublis (a oublié une invitation à déjeuner la veille, a dépensé trop en achetant des courses inutiles...). Elle s'interroge, par conséquent, sur une éventuelle perte de ses capacités. Nous lui faisons entrevoir le fait que lorsqu'elle va mieux, elle ne semble pas rencontrer ce type de problèmes soit cela semble congruent à l'humeur.

Mme R. évoque également des douleurs lorsqu'elle dort et se lève. Nous lui suggérons d'échanger à ce sujet avec notre ergothérapeute pour tenter d'y remédier. Par ailleurs, elle a rencontré un « spécialiste du dos » qui après avoir lu son dossier : lui a annoncé qu'il ne pouvait rien faire de plus. Elle était outragée par l'attitude de ce dernier qu'elle a perçu comme froid et inhumain.

Elle nous spécifie, ensuite, avoir pris conscience de son handicap. Sa petite-fille, en instance de divorce, lui a demandé de l'aide en urgence. Mme R. s'y est rendu cependant elle a réalisé qu'il lui était difficile de se mouvoir dans le désordre avec son fauteuil, qu'elle était limitée dans ses jeux avec les enfants... Elle y a passé la nuit et s'est trouvé également confronté à des soucis pratiques (toilettes à l'étage, marches pour se rendre au jardin...). Mme R nous dit s'être repliée sur elle-même à son retour.

La patiente avance le fait d'être à la recherche d'un but. Nous lui faisons part d'un projet de mettre en place un groupe autour du bridge au sein de notre service : elle est très enthousiaste à cette idée et souhaite être associée à ce projet. Puis, Mme R. évoque à nouveau son ambivalence concernant l'avenir en disant qu'elle hésite à se rendre dans une maison de retraite en bord de mer pour « se couper » de sa famille car elle passe son temps à attendre un appel, une nouvelle de ses proches mais attend tout de même de savoir si sa petite-fille s'installera près d'elle. Elle interprète sur un versant négatif le fait qu'elle n'ait pas plus de nouvelles de sa petite-fille concernant le bébé : leur renvoie-t-elle un discours marqué d'angoisse etc. Nous pensons au fil de l'entretien à ce que nous avait indiqué une intervenant du DU soit qu'à trop écouter, le discours s'entretient et envisageons de lui proposer une séance d'hypnose quand elle nous dit qu'elle a lu sur la relaxation mais qu'elle n'a pas tout saisi et n'est peut-être pas faite pour ça. Nous la questionnons sur sa vision de l'hypnose. Pense-t-elle que cela lui est bénéfique ? Elle ne parvient pas à répondre à cette question. Nous lui indiquons que selon nous, l'hypnose permet d'envisager d'autres possibles car elle offre l'occasion d'entrevoir plusieurs chemins au lieu d'une voie unique. Nous lui proposons de refaire une séance afin qu'elle puisse entrevoir si cette pratique lui apporte. Elle accepte et nous décidons d'enregistrer la séance sur son téléphone portable afin qu'elle puisse la réécouter par la suite.

Nous invitons Mme R. à trouver la position la plus confortable possible. Elle se souvient de l'induction et fixe son tableau. Elle ferme les yeux après un laps de temps réduit. Nous procédons par la fixation d'un point, la prise en considération des sonorités de l'environnement, le body scan et finissons par la respiration qui trouve son rythme. Nous mobilisons son attention sur le mouvement et l'amplitude de sa respiration jusqu'à introduire la notion de douce chaleur telle celle du printemps où la vie éclot et les feuilles poussent...jusqu'à venir à l'automne, période de maturation où les feuilles tombent et nourrissent ainsi le sol pour arriver en hiver où l'arbre nu sous lequel les personnes cherchaient de l'ombre pour des pique-niques ou autre au printemps a peut-être une autre fonction comme celle de retrouvailles où tout autre chose. Nous terminons par l'été avec la vie que cela induit et la chaleur en suggérant la notion de cycle. Nous proposons à Mme R. de se nourrir de cette chaleur et d'y puiser son énergie.

Nous réintroduisons le retour en lui indiquant que celui-ci aura lieu lorsqu'elle estimera avoir suffisamment profiter de ces sensations. Le visage de Mme R. est resté impassible tout au

long de la transe. Elle a cependant prit un temps plus long que d'accoutumée à rouvrir les yeux. Elle nous regarde puis nous dit : « C'est bien ! Ca m'a fait du bien. » Je lui demande si elle a vu des choses. « Oui, plein ! » Elle précise qu'il y avait des pensées négatives qui étaient là mais ne l'atteignaient pas. Il lui est difficile de décrire : « J'étais comme hors de moi ! ». Mme R. indique que ses ruminations lui paraissent désormais sans intérêt. Puis, son discours bascule en explications de ce qu'elle a pu comprendre au regard de ses interprétations négatives concernant ses rapports actuels avec ses petites-filles. Le versant positif s'oriente à nouveau vers le négatif. Elle s'en aperçoit d'elle-même. Nous lui conseillons alors de s'appuyer sur des faits objectifs afin d'éviter les déductions pessimistes. Mme R. effectue alors des attributions plus neutres et remarque sa position d'attente. Nous lui demandons ce qu'elle pourrait faire au lieu d'être dans une attente perpétuelle. Elle conclut en disant qu'elle compte les laisser un peu plus faire leur vie, leur attribuer plus de champ libre. Mme R. nous indique qu'allier l'hypnose aux entretiens lui paraît bénéfique.

3. Discussion théorico-clinique

3.1. Choix des suggestions

1. Transe de confort : Rhétorique Corps/Sujet

Nous avons souhaité débuté par une expérimentation de la transe hypnotique permettant de produire un soulagement rapide du symptôme au regard de la faible tolérance à la frustration constatée chez les personnes dépressives et ainsi donner un élan positif au traitement. Nous avons donc utilisé des suggestions permettant à la patiente de se centrer sur son corps et de prendre conscience du contrôle qu'elle peut exercer sur ses perceptions et affects.

2. Réification du Symptôme

Nous avons tenu compte du vécu, dans l'*ici et maintenant*, de la patiente. Une transe de confort nous a, dès lors, semblé inutile face à la présence centrale de la nociception dans son

discours. Nous avons proposé la réification du symptôme afin qu'elle puisse diminuer la perception douloureuse et l'affect négatif lié à celle-ci.

3. « Coucou, Aurevoir les pensées ! »

Nous avons utilisé cette méthode enseignée par Sophie Cohen, au cours de notre formation à l'hypnothérapie, car nous avons constaté la prégnance de l'affect dépressif au travers de la réaction négative de la patiente à la modulation de la couleur de l'exercice précédent. Notre objectif était donc de laisser entrevoir à la patiente la possibilité de se distancier des ruminations internes. En ne cherchant pas à les annuler, nous ne nions pas leur existence mais lui enseignons une façon de s'en détacher afin de ne pas être impacté négativement par celles-ci et, par conséquent, de gérer son humeur et par ricochets sa vie étant donné leur corrélation. Ce type de suggestion donne également la possibilité au patient de prendre conscience de l'auto-hypnose négative qu'il s'inflige. Le recadrage met en avant les capacités et ressources internes ainsi que la manière de les activer. Il permet aussi de vérifier la labilité de la perception des phénomènes existentiels et d'assouplir la rigidité cognitive qu'implique la pathologie dépressive. La clôture avec la transe de sécurité permet de pérenniser le recadrage et d'y associer un sentiment positif.

4. « Les quatre saisons »

Nous nous sommes inspirées d'une séance dispensée par Erickson auprès d'une jeune femme suicidaire. En nous apercevant que la parole, à ce moment du suivi, ne permettait pas à Mme R. de s'orienter vers une résolution du conflit interne mais semblait l'entretenir, nous avons souhaité utiliser l'hypnose. En effet, Mme R. semblant se sentir impuissante à opérer un changement de perspective, nous avons souhaité privilégier les perceptions et sensations corporelles, par le biais de l'hypnose, afin de faciliter le travail thérapeutique ainsi que les effets des suggestions. L'objectif d'utiliser les saisons étaient d'introduire la notion de cycle et de perspective d'avenir. La modulation des fonctions attribuées à l'arbre avaient pour rôle d'introduire l'idée de réaménagement, de transformation. Nous n'avons pas respecté le cycle réel des saisons car nous souhaitions débiter par le printemps qui symbolise l'éclosion, la naissance et nous ne souhaitions pas finir par l'hiver qui aurait symbolisé la mort étant donné que notre visée est de réanimer la pulsion de vie chez Mme R. Nous étions nous-même en

transe hypnotique à plusieurs reprises lors de notre travail discursif et probablement pas totalement dans la maîtrise du cycle des saisons : ce qui explique que notre description ne soit pas en adéquation exacte avec le réel.

3.2. Commentaires sur notre Pratique de la Technique Hypnotique :

Nous tenons à préciser que nous n'avons enregistré que la dernière séance et cela sur le portable de la patiente. Notre téléphone n'a pas cette option... Par ailleurs, étant donné qu'il nous arrive de basculer nous aussi en transe hypnotique, nous n'avons pas pu retranscrire en détails le contenu de nos séances.

L'entretien préalable nous renseigne sur les axes thérapeutiques à mettre en place et permet ainsi d'avoir recours à des suggestions en adéquation avec la réalité du patient. Au cours de cette prise en charge, nous avons pu réaliser que chaque séance d'hypnose est une « aventure unique et imprévisible »¹⁵ qui prend forme dans l'*ici et maintenant*. Ainsi, toute anticipation soit tout préparatif de suggestions ou métaphore en amont de la séance apparaît vain et sans intérêt car c'est de l'interaction avec le patient que les pistes thérapeutiques tirent leur essence. Pour que la thérapeutique puisse être efficace, il est primordial qu'elle prenne appui sur le vécu présent du patient au moment où nous lui proposons. Nous avons constaté cela, par exemple, avec « la safe place ». En effet, nous avons cet exercice à l'esprit qui nous a, dès lors que nous étions auprès de la patiente et dans l'empathie de ce qu'elle ressentait, paru être en décalage avec ce qui nous était exprimé.

Concernant les réajustements dans l'*ici et maintenant*, nous avons conscience qu'il aurait été préférable d'interroger Mme R. sur ses ressentis lorsque nous avons perçu un affect négatif sans savoir ce qui se jouait réellement lors de la séance sur la réification du symptôme. Depuis, nous avons proposé à plusieurs patients d'avoir recours au langage en transe hypnotique dans des situations où nous avons besoin d'un éclairage. Cependant, au moment où cela s'est produit avec Mme R., nous n'étions pas suffisamment expérimentées pour nous autoriser à laisser émerger la parole. Nous pensons que le fait d'avoir été confrontée à cette

¹⁵ L'Hypnose médicale, Ss la dir. Du Dr J-M. Benhaiem, seconde éditions, éditions Med-line, Paris, 2012.

situation nous a permis de nous autoriser, à le faire par la suite sans craindre une sortie de transe.

Nous avons employé, à chaque séance, des formulations permissives afin de favoriser le fait que Mme R. se sente actrice du travail hypnotérique. Nous lui avons proposé un cadre prenant en considération son contexte de vie ainsi que le traitement médicamenteux en cours.

3.3. Confrontation de la Problématique aux Données Cliniques :

La prise en charge de Mme R. est toujours en cours. Au regard de la problématique :

« En quoi l'hypnose peut permettre au sujet dépressif âgé de réintroduire une dynamique psychique ? », nous pouvons tout de même avancer que :

La première séance sur le renforcement du moi et sa stabilisation a permis d'emblée à la patiente de se recentrer sur son intériorité et d'accéder à ses ressources même si celles-ci s'avèrent externes. En effet, Mme R. choisit de fixer le tableau qui lui rappelle la qualité du lien entretenu avec ses petites-filles. Lors de la transe hypnotique, elle ressent l'amour qu'on lui porte. A la suite de cette séance, on constate une amélioration de l'humeur semblant être portée par cette ressource externe. La patiente a passé plusieurs jours en compagnie de l'une de ses petites-filles et constate une diminution de ses douleurs ainsi qu'un sentiment de bien-être. Elle parvient à associer le fait que son humeur impacte sur son corps. Cependant, le fait que cette ressource soit d'origine externe engendre une discontinuité au niveau de la thymie. Concernant, le réinvestissement de la sphère corporelle, on constate la réémergence d'une attention portée à son apparence lors de la dernière séance. En effet, nous retrouvons pour la première fois Mme R. maquillée et les cheveux soignés.

Les différentes séances ont eu pour objectif de réintroduire du mouvement en ouvrant le champ des perceptions internes mais également celui de la grille de lecture du monde environnant. Le but visé était de permettre à Mme R. de se soustraire à ses obsessions et ainsi réorienter son regard sans qu'il soit parasité par les affects dépressifs en vue de réanimer une interprétation plus neutre voir plus positive. L'objectif nous paraît avoir été atteint au sein même des séances et avoir impulsé une dynamique de changement au-delà du cadre thérapeutique soit de manière existentielle pour la patiente.

Mme R a expérimenté au cours des séances des sensations de plaisir et de détente ainsi qu'un apaisement de la souffrance interne. L'affect dépressif est tout de même apparu sous la forme de l'altération de la couleur lors de la séance sur la réification du symptôme que nous avons proposé afin de pallier à son vécu douloureux. Celle-ci s'est apparentée à une couleur qu'elle a en horreur et lui a permis d'exprimer ses émotions.

Cela fait partie des éléments qui nous mène à nous questionner sur le fait que le patient ne prenne que ce qu'il veut de nos suggestions : d'où la prégnance de la liberté du patient sous transe hypnotique que nous traiterons dans la partie éthique. Il est rassurant de constater que le patient est partie prenante de ce qui se joue pour lui et qu'il est loin de subir passivement des suggestions autant que cela peut être déconcertant car cela réduit la prévisibilité de la séance. On peut rencontrer des réactions massives sous hypnose qu'il est important de pouvoir orienter de manière thérapeutique. Ainsi, nous avons replongé Mme R. en transe hypnotique en induisant des éléments majorant le fait qu'elle puisse sortir de la transe avec des affects agréables. Nous n'affirmons pas qu'il est prohibé de terminer sur un ressenti désagréable car dans certains cas cela peut venir informer le patient de la nécessité d'approfondir tel ou tel élément... Selon nous, il n'y a pas de prescription unique à envisager mais uniquement une adaptation perpétuelle au patient tout en gardant à l'esprit l'objectif thérapeutique.

Mme R. a pu mettre à distance cet affect négatif par le biais de l'exercice sur le contrôle des pensées. Elle s'en est saisie et a ressenti un sentiment de bien-être en sortant de la transe malgré le fait que ses larmes aient coulé lors de l'évocation des pensées. Celles-ci correspondaient, d'après nous, à une reviviscence de l'expérience soit une abréaction des sentiments qui est la première phase de ce type d'exercice succédé par le recadrage et la transe de confort. Les deux dernières étapes permettent de dépasser le conflit intérieur afin d'aboutir à l'apprentissage d'une méthode de résolution de problème.

On observe des réaménagements psychiques à travers la plainte de plus en plus prégnante dans le discours de Mme R. au sujet de sa passivité. Celle-ci recherche un but qui lui permette d'appréhender son quotidien plus sereinement ainsi que son avenir. On remarque également une ambivalence concernant la projection dans le futur. Mme R. oscille entre la possibilité de « s'exclure » de sa famille en intégrant une maison de retraite et de s'inscrire dans une dynamique de transmission en cherchant à s'occuper des enfants de sa petite-fille. Elle les qualifie de « mal-élevés » en envisageant de leur prodiguer une éducation convenable. Cela

semble aller en faveur de remaniements psychiques concernant l'inscription dans le présent ainsi que la perspective d'avenir. Nous avons, au cours du suivi, accompagné Mme R. en encadrant et stimulant la construction d'objectifs et d'attentes réalistes dans le contexte immédiat de la relation et dans une perspective existentielle. Ce travail suit son cours.

Mme R. semble, par ailleurs, prendre conscience successivement de ses pertes car la confrontation au réel lui renvoie ses limites fonctionnelles actuelles : ce qui réactive l'affect dépressif. La douleur paroxystique imputable à son fauteuil roulant a également contribué à entretenir le versant dépressif. Malgré l'âge avancé de Mme R., il semble que cette femme ait mené sa vie sans tenir compte de la finitude. Ainsi, l'arrêt de sa vie professionnelle, sphère tout particulièrement investie par cette dernière, associée à ses problèmes de santé la confronte brutalement à celle-ci. Par l'association de l'hypnose aux entretiens, Mme R. semble revisiter le lien avec ce qui a été perdu et modifie la manière dont elle se positionne par rapport à cet événement douloureux. On remarque une entrée dans la sublimation, par l'intermédiaire du lien, à travers le fait de vouloir venir en aide aux autres qu'il s'agisse de bénévolat, baby-sitting, d'aider sa petite-fille dans l'éducation de ses enfants. Celle-ci n'est pas encore opérante car le réel semble encore clivé. En effet, Mme R. sollicite l'intervention de bénévoles puis exprime le souhait d'être elle-même bénévole : ce qui n'est pas en adéquation totale avec la réalité de son état physique et moral. Elle oscille entre une vision pessimiste de son état qu'elle semble attribuer à une grabatisation en évoquant la maison de retraite et une place de personne ressource ne prenant pas en considération, de manière systématique, ses limites. Toutefois, la rétroaction avec le réel semble reprendre son cours car, au fil des entretiens, des propos apparaissent dans son discours tenant compte de ses pertes.

La sublimation semble également prendre effet par la réactualisation de son écrit sur le récit de sa vie. Il s'agit de la sublimation à son objet, présent dans la vieillesse, décrit par Péruchon (2004) soit une sublimation anaclitique interne. Cette mise en acte correspond à un retour aux objets objectaux ayant existé. « Repris et retravaillés par et dans l'activité psychique restante, ces objets qui maintiennent, dans une certaine mesure le processus sublimatoire, se voient investis d'une nouvelle énergie ».

Le fait qu'elle nous invite à en prendre connaissance vient signer l'alliance thérapeutique. D'autres éléments dans ses propos à notre égard tendent également en cette direction. Nous avons enregistré la séance afin de pouvoir donner, à la patiente, la possibilité de réitérer la

transe hypnotique en notre absence, d'avoir accès à une pratique pluri-quotidienne afin d'activer une dynamique de changement et lutter contre la rumination et ainsi favoriser l'autonomie en vue de la pratique de l'auto-hypnose. Par cette démarche, nous recherchons à ce que la patiente puisse s'approprier et intégrer progressivement l'ensemble de ses nouvelles expériences.

Nous n'avons pas encore le recul nécessaire pour savoir si Mme R. a atteint ce stade. Cependant, nous émettons l'hypothèse que ses propos sur le fait de laisser un peu plus de champ libre à son entourage concernant les marques d'attention qu'elle attend soient en faveur d'un gain d'autonomie. Mme R. nous semble prendre conscience de sa dépendance aux autres et du fait que, bien que cela puisse constituer une ressource, cette attitude a, à outrance, des conséquences néfastes.

3.4. Discussion éthique :

Yapko affirme qu' : « il n'y a pas de magie dans l'hypnose, simplement une utilisation judicieuse de messages qui influencent l'expérience du client de manière respectueuse. »¹⁶

Dans l'introduction du célèbre livre Suggestion et Métaphores hypnotiques, Corydon Hammond définit l'hypnose comme étant : « l'art d'obtenir l'attention du patient et ensuite de communiquer efficacement des idées qui augmentent sa motivation et changent sa façon de percevoir les choses ». Pouvons-nous donc parler de processus d'influence ou comme le dirait Tobie Nathan d' « influence qui guérit » ?

L'influence semble être au cœur de toute interaction humaine car peut-on simplement communiquer sans influencer sur notre interlocuteur ?

Cette question de l'influence est, selon nous, présente de manière générale dans la psychologie dès lors que l'on prétend apporter un changement mélioratif de l'état psychique d'un individu que ce soit avec l'intention d'influer sur sa nature ou sur sa symptomatologie. La crainte implicite de certains qu'on les « analyse », que l'on « rentre dans leur tête », que l'on y perçoive ce qu'il ignore d'eux-mêmes ou ce qu'ils tentent de dissimuler de manière consciente ou inconsciente est prégnante en psychologie. Cependant, elle apparaît majorée dans l'hypnose car elle est associée à l'appréhension d'être manipulée par le thérapeute.

¹⁶ L'hypnose et le traitement de la dépression, M D. Yapko, éditions le Germe, Bruxelles, 2006.

L'hypnose de spectacle vient nourrir cette fantasmagie magique de prise de contrôle sur l'autre. L'hypnose peut s'apparenter à la manipulation si on vulgarise ce qui s'y joue.

Comme le souligne François Roustang : « Il n'y a qu'une sorte d'hypnose, celle qui met les facultés proprement humaines en suspens, et en éveil l'animalité de l'homme. Mais elle peut-être utilisée de deux façons diamétralement opposées, soit par le tyran qui, de ces facultés, sépare l'animalité et l'étouffe pour réduire les liens sociaux et culturels à l'état de mécanismes, de machine et d'automate, soit par le politique échangeur qui lui permet de déployer sa particularité, sa vivacité, son inventivité et de s'ouvrir ainsi à l'humanité, la multiplication des liens. »¹⁷

Nous préférons donc le terme d'influence qui ouvre la voie à la relation thérapeutique soit à l'importance de l'interaction entre le thérapeute et son patient qui apparaît primordial voir centrale dans cette pratique. En effet, l'empathie, les techniques de communication ainsi que l'alliance thérapeutique sont des notions essentielles. L'empathie du thérapeute va être amplifiée en état de conscience modifiée et lui donner accès à des perceptions de l'autre qui s'avèrent inaccessibles en état de conscience ordinaire. Il s'agit d'une forme de connexion de « percept » à « percept ».

Dans cette visée, Antoine Bioy affirme que « Dès que l'on est à l'écoute, on n'est plus dans l'empathie mais dans la compréhension ». Il n'y a donc plus d'écoute à proprement parler en termes d'analyse, de réflexion mais une interaction entre productions psychiques. Dans la pratique de l'hypnose, l'on ne s'intéresse pas au passé pour guérir le symptôme mais à la manière de modifier celui-ci à partir de la réalité présente. Le passé devient « ce qui doit être recomposé grâce à l'élargissement et au renforcement des possibilités encore enfouies et révélées dans la relation au thérapeute. Autrement dit, le passé n'est pas à déchiffrer mais à refondre sous la pression du futur. »¹⁶

Antoine Bioy définit l'alliance thérapeutique de la manière suivante : « Collaboration mutuelle, partenariat voir négociation, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés au cours d'une rencontre temporaire ». La notion de transfert de Freud semble d'ailleurs issue de sa pratique de l'hypnose. Celui-ci attribuait les effets de l'hypnose à la relation avec le thérapeute, au lien affectif (semblable aux interactions précoces mère bébé) comme il l'indique dans l'un de ses écrits : « La relation affective personnelle était plus

¹⁷ L'Influence, F. Roustang, les éditions de minuit, Paris, 2011.

puissante que tout travail cathartique et justement ce travail se soustrayait à notre maîtrise ¹⁸». Il a donc prit des distances avec la pratique de l'hypnose mais a intégré plusieurs de ses dimensions à la théorie psychanalytique.

Tobie Nathan, lorsqu'il décrit les particularités du dispositif ethnopsychiatrique avance le fait qu'« une véritable induction thérapeutique engage immédiatement le patient dans un jeu transférentiel complexe et aux mouvements extraordinairement rapide »¹⁹. On retrouve cela dans l'hypnose soit « la prégnance du vu sur le dit, du percept sur le concept ».

On observe différentes procédures de modification de l'autre en hypnose. Selon Anna Hamlat : « L'hypnose est une tentative d'éveiller chez le patient un état et des conditions favorables à sa guérison. C'est un état particulier qui permet d'augmenter la suggestibilité du sujet, c'est-à-dire sa capacité à répondre favorablement à une suggestion. Car c'est par la suggestion que nous pouvons amorcer un travail thérapeutique vers un soulagement ou une guérison ».²⁰

La suggestion est indissociable de la pratique de l'hypnose. Elle en est la clé en quelque sorte même si l'hypnose ne se limite pas à cette dernière. La suggestion correspond à ce qui va être énoncé au patient en vue de modifier sa perception. Elle peut être directe ou bien indirecte, orientées vers l'insight ou encore prendre l'allure de métaphores.

Dans un cadre thérapeutique, suggérer équivaut à mettre en mouvement le patient c'est-à-dire le rendre acteur de ce qu'il expérimente en état de transe hypnotique tout en lui laissant la possibilité de s'approprier la suggestion, de l'accepter ou bien de la refuser. Les éléments de sens sont inscrits dans le symptôme même et constitue une sorte d'appel codé à une thérapeutique déterminée. En effet, il n'y a d'autres suggestions valables que celles du patient soit celles en concordance avec son monde interne.

« C'est l'habileté du clinicien à évaluer et utiliser les caractéristiques uniques de ces patients en conjonction avec les exigences de leur situation de la vie réelle constamment changeante, qui a le plus souvent abouti aux résultats hypnotiques et thérapeutiques les plus

¹⁸ Bioy A., Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe, Perspectives Psy, Volume 47, numéro 2, avril-juin 2008, p. 171-184.

¹⁹ Nathan T., L'Influence qui guérit, édition Odile Jacob, Paris, 1994.

²⁰ L'Aide-mémoire en 57 notions : Hypnothérapie et hypnose médicale, Ss la dir. d'A. Bioy et I. Célestin-Lhopiteau, éditions Dunod, Paris, 2014.

spectaculaires. Les approches « utilisation » parviennent à des résultats précisément parce qu'elles activent et développent ce qui existe déjà à l'intérieur de chaque patient, plutôt qu'elles n'essayent d'imposer quelque chose d'extérieur qui pourrait se révéler non-indiqué étant donné la personnalité du patient ». ²¹ Pour cette raison, il est primordial d'être attentif à ce qu'apporte le patient, les mots qu'il emploie pour se définir etc. car, par ce biais, il apporte la réponse thérapeutique à ses maux. La coconstruction du sens induit un effet thérapeutique. Ainsi, une suggestion qui ne convient pas au patient sera refusée. Il ne la jugera pas étant donné que le jugement est altéré dans cet état mais l'ignorera, n'en fera rien. Or, une fois qu'une suggestion est acceptée, elle engage le patient dans une série de changement et de mouvements thérapeutiques.

Pour cette raison, le fait de suivre la progression du patient, son adhésion ou non aux suggestions et ainsi l'efficacité du travail interne dans la visée thérapeutique sous-jacente est important. Cela est rendu possible par l'utilisation de « signaling » soit des signaux idéomoteurs (lever un doigt, hochement de tête...) ou encore par la verbalisation de son vécu.

Selon Yapko, le fait de manipuler ou d'influencer les autres, à différents niveaux, est un élément incontournable dans toute psychothérapie mais également dans toute transaction humaine. En effet, chaque commentaire que l'on formule ou chaque interrogation que l'on soumet à un interlocuteur oriente son attention vers un aspect particulier de l'expérience, de manière positive ou négative. Or, dans la pratique de l'hypnose, l'hypnothérapeute focalise le sujet sur ce qui est susceptible de lui être bénéfique. De plus, comme le rappelle Brigitte Lutz : « C'est sous l'influence du patient que le thérapeute accepte de l'influencer ». ²²

²¹ Traité pratique de l'hypnose : la suggestion indirecte en hypnose clinique, M. Erickson, E L. Rossi, SH. I. Rossi, éditions Grancher, Escalquens, 2006.

²² L'aide-mémoire en 57 notions : Hypnothérapie et hypnose clinique, Ss la dir. d'A. Bioy et I. Célestin-Lhopiteau, éditions Dunod, Paris, 2014.

CONCLUSION

Selon nous, l'hypnose permet de faire, dans un premier temps, redécouvrir les sensations de bien-être au patient dépressif. Le fait d'expérimenter une sensation de confort psychique au cours des premières séances instaure un sentiment de confiance en la thérapie et consolide l'alliance thérapeutique. Une telle expérience insuffle de l'espoir, de la conviction et des attentes positives.

La réparation ou, autrement dit, la porte de sortie de la phase dépressive peut passer par ce sentiment de bien-être et l'expérimentation d'une palette de possibles. Redécouvrir cette sensation permet de remobiliser les ressources car lorsque la souffrance morale occupe tout l'espace, l'on n'oublie en quelque sorte que le mieux-être est possible. Celui-ci semble inaccessible. Lorsqu'une lueur perce la pénombre, l'on reprend l'envie de redécouvrir ce qui nous entoure alors que lorsque tout est plongé dans le noir, il n'y a de la place que pour les fantasmes les plus effrayants. Tel un enfant qui armé de sa veilleuse est rassuré sur le fait qu'un monstre ne se cache pas sous son lit, la personne dépressive en redécouvrant une sensation de bien-être ainsi qu'une diversité d'expériences, lors de la transe hypnotique, se trouve munie d'un activateur de possibles positifs. Un nouvel univers s'ouvre à elle sachant que bien qu'accompagnée dans un premier temps par les suggestions du thérapeute, elle prend conscience de sa participation active à ses remaniements internes.

L'emploi de l'hypnose pour les affects dépressifs permet, par conséquent, de remobiliser une énergie interne qui paraît inerte ou atténuée, de manière subjective, pour le patient. Cet outil élargit le prisme de la vision du monde environnant qui se trouve rétréci dans la symptomatologie dépressive. L'hypnose réactive la rétroaction avec l'extérieur permettant au sujet de vivre plus aisément son présent ainsi que sa projection dans l'avenir. Elle initie du mouvement. En rendant acteur le sujet déprimé, l'on inhibe sa passivité face au monde externe mais aussi interne. L'hypnose permet au sujet dépressif de passer du statut de passager à celui de conducteur : lui redonnant, ainsi, le volant de sa propre vie.

Le bien-être ainsi que les remaniements psychiques induit par l'hypnose peuvent être immédiat en état de transe. Toutefois, le processus se poursuit et ne se limite pas à la séance

par le biais des suggestions post-hypnotiques mais aussi par l'apprentissage de l'auto-hypnose permettant au patient d'accéder à un regain d'autonomie.

Au sortie de cette formation, nous entrevoyons la pratique de l'hypnose comme une ouverture d'esprit vers la créativité. L'hypnose nous semble recouvrir des visages multiples tout autant que nos patients. Nous comptons donc tenter d'appriivoiser cette technique en gardant à l'esprit qu'il existe des canevas, servant de base à la multitude des situations que nous allons rencontrer, qu'il sera nécessaire d'adapter voir de transformer. Nous comptons prendre le temps de nous approprier l'outil tout en sachant qu'il sera en concordance avec notre approche plurielle et intégrative.

A nos yeux, l'hypnose reste à rattacher à une théorie sous-jacente, à une perspective thérapeutique car, sans cela, les hypnotiseurs de spectacle seraient eux-mêmes thérapeutes. Comme nous l'avons mentionné : loin d'être magique, elle sollicite une compréhension du patient, de sa problématique, de son rapport au monde et à lui-même. Son utilisation ainsi que son efficacité n'est pas égale à toute problématique et à tout patient. Ainsi, l'hypnose fera partie de l'une de nos modalités d'intervention parmi d'autres outils cliniques.

La relation thérapeutique est au cœur de cette pratique et nous permet de redécouvrir plus en profondeur les principes de base de notre pratique telle l'empathie. Nous avons découvert que l'hypnose ne se joue pas uniquement dans la transe hypnotique classique. Elle peut nous être utile pour appréhender plus aisément l'éprouvé du patient ou encore surgir sous la forme conversationnelle...

En conclusion, nous sortons enrichies de cette formation et pourtant avec la sensation d'être au seuil soit simplement d'entrevoir, à l'heure actuelle, la multitude de possibles que nous offre l'hypnose. Nous nous trouvons à l'orée du chemin prête à poursuivre cette aventure humaine.

Bibliographie

Ouvrages :

Ss la dir. de Bioy A., Wood C., Célestin-Lhopiteau I., *L'aide-mémoire d'hypnose en 50 notions*, Paris : Dunod, 2010.

Ss la dir. de Bioy A., Wood C., Célestin-Lhopiteau I., *L'aide-mémoire en 57 notions*, Paris : Dunod, 2014.

Dr Benhaïem J.-M., *L'hypnose qui soigne*, Paris : J. Lyon, 2010.

Ss la dir. du Dr. Benhaïem J.-M., *L'hypnose médicale*, Paris : Med-line, 2012.

Ss la dir. du Dr. Benhaïem J.-M., *L'hypnose aujourd'hui*, 2^{de} éditions, Paris : In-press, 2012.

Dr Benhaïem J.-M., *L'hypnose qui soigne*, Paris : Med-line, 2010.

Charazac P., *L'Aide-mémoire de psycho-gériatrie*, Paris Dunod, 2011.

Charazac P., *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*, 2^{ème} éditions, Paris Dunod, 2012.

Collège national des enseignants de gériatrie, *module 5*, Paris : Masson, 2010.

De Musset A. , *Premières poésies poésies nouvelles*, Saint-Amand : Galimard, 1976.

Erickson M.H. , Rossi L., Rossi S I., *Traité pratique de l'hypnose : la suggestion indirecte en hypnose clinique*, Escalquens : Grancher, 2006.

Ferrey G., Le Gouès G., *Psychopathologie du sujet âgé*, 6^{ème} éditions, Issy-les-Moulineaux : Masson, 2008.

Gasman I., *Psychothérapie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant*, Paris : Vernazobres-Greco, 2008.

Ss la dir. de Giannahopolos P., Gaillard M., *Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé*, Chêne-Bourg : Médecine et Hygiène, 2010.

Guelfi J.-D., American psychiatric association, *Mini DSM IV-TR- Critères diagnostiques*, Paris : Masson, 2004.

Ss la dir. de Corydon Hammond D., *Métaphores et Suggestions hypnotiques*, Bruxelles : Satas, 2004.

Loo H., Gallarda T., *Troubles dépressifs et personnes âgées*, Paris: John Libbez Eurotext, 2000.

Nathan T., *L'influence qui guérit*, Paris : Odile Jacob, 1998.

Roustant F., *L'influence*, Paris : Les éditions de minuit, 2011.

Samak F.-H., *De la psychanalyse à l'hypnose éricksonienne*, Charenton-le-pont : Presses de Valmy, 2004.

Ss la dir. de Varma D., *Hypnose et Dépression : Actes du 6ème congrès de l'Association européenne des praticiens d'hypnose*, Paris : Lharmattan, 2014.

Yapko M., *L'hypnose et le traitement de la dépression*, Bruxelles : Le Germe, 2006.

Article :

Bioy A., *Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe*, Perspective psy. Volume 47, numéro 2, avril-juin 2008.

Mémoire :

Martinet A.-M., Mémoire de Diplôme Universitaire hypnothérapie : *L'essence (ou les sens) de la douleur-Expérience de l'hypnose en SSR chez une dame âgée souffrant de douleurs chroniques*, université Bourgogne, 2014.

Sites Internet :

www.psychanalyse.lu

Position dépressive, réparation et défense maniaque, T. Simonelli.

www.femmeactuelle.fr

Hypnose et dépression, A. Bioy, 2003 ;

www.psycho-prat.fr

Initiation aux thérapies comportementales et cognitives, D. Fouques, psychologie clinique, EPP, 5ème année, 2010-2011.

www.hypnose-medicale.com

www.hypnose.com

Hypnose et troubles dépressifs, C. Viot, 2006.