

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>



UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE

DIPLÔME UNIVERSITAIRE D'HYPNOTHÉRAPIE

AUTO-HYPNOSE ET PERSONNES AGÉES

Apport de l'auto-hypnose dans le processus du vieillissement

Directrice de mémoire : Mireille GUILLOU

Présenté par

Dominique FREYBURGER

Juin 2015

A Madame Do, à Monsieur Ré, à Madame Mi,
avec toute ma gratitude pour ces moments partagés
à l'origine de ce mémoire, composé à quatre voix...

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. POURQUOI CETTE FORMATION.....	1
2. ORIGINE DE MON QUESTIONNEMENT CLINIQUE	2
CADRE THÉORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLÉMATIQUE	4
1. LE VIEILLISSEMENT	4
A. Généralités.....	4
B. Atteintes Corporelles et Psychiques.....	4
C. Aménagements et Ressources.....	8
2. ACCOMPAGNER LE SUJET AGÉ EN INSTITUTION	11
A. Vieillir en Institution	11
B. De la Plainte à la Demande.....	12
3. L’HYPNOSE.....	13
A. Un Peu d’Histoire.....	13
B. Généralités.....	14
C. Hypnose et Sujets Agés	16
D. Auto-Hypnose	18
4. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES	19
MÉTHODOLOGIE DE L’ÉTUDE	21
1. CADRE EXPÉRIMENTAL	21
2. CADRE THÉRAPEUTIQUE.....	21
3. PRÉSENTATION DES RÉSIDENTS.....	22
A. Madame Do	22
B. Monsieur Ré	24
C. Madame Mi	25
RÉSULTATS ET DONNÉES CLINIQUES	28
1. MADAME DO.....	28
A. Déroulé des Entretiens.....	28
B. Synthèse	35

2.	MONSIEUR RÉ.....	36
A.	Déroulé des Entretiens.....	36
B.	Synthèse	39
3.	MADAME MI.....	40
A.	Déroulé des Entretiens.....	40
B.	Synthèse	44
DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE		45
1.	RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE	45
2.	ANALYSE DES DONNÉES	45
A.	Retour aux Hypothèses Fonctionnelles.....	45
B.	Hypothèse Théorique.....	47
3.	CONFRONTATION DES DONNÉES A LA PROBLÉMATIQUE	47
A.	De la Singularité des Ressources de Chacun	47
B.	Auto-Hypnose et Personnes Agées.....	52
4.	QUESTION ÉTHIQUE.....	57
5.	APPORT DE CETTE ÉTUDE	58
CONCLUSION		59
BIBLIOGRAPHIE		61
ANNEXES.....		63
1.	MADAME DO.....	63
2.	MONSIEUR RÉ.....	65
3.	MADAME MI.....	66
RESUMÉ.....		69

INTRODUCTION

1. POURQUOI CETTE FORMATION

Psychologue clinicienne, je travaille depuis dix ans dans un grand centre gérontologique accueillant 300 personnes. Actuellement, j'interviens dans cinq services différents au sein desquels vivent environ 150 personnes réparties selon leur degré de dépendance et de besoin de soins médicaux. Ces services sont répertoriés sous les appellations suivantes : EHPAD - Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes -, EHPAD sécurisé, USLD - Unité de Soins de Longue Durée - et Accueil de Jour. Je rencontre chaque personne à son entrée dans l'institution et l'accompagne si elle le souhaite. Ainsi mon approche de chacune d'entre elles dans sa singularité, son unicité, a permis souvent une rencontre ; rencontre dans le sens d'une création à deux d'un espace-temps au sein duquel la relation pouvait évoluer telle une co-construction dynamique, selon les besoins de la personne et ma capacité à l'accompagner.

Au fil des années, j'ai progressivement approché la réalité du vécu des personnes âgées : l'entrée en institution si perturbante qu'elle peut provoquer un effondrement des défenses et la réactivation d'évènements refoulés douloureux ; la confrontation à la mort du simple fait du contexte, qui renvoie chacun à sa propre finitude sur un mode souvent anxiogène ; la fin de vie en elle-même avec son lot de détresse ; la douleur ressentie dans les corps du fait de la sénescence ou de douleur morale psychologiquement insurmontable ; la spécificité des pathologies démentielles, leurs conséquences en termes de prise en soins, de communication et d'accompagnement. La dimension familiale également de tous ces vécus... Mais aussi la capacité d'adaptation de chacun à cette étape de vie, selon ses ressources propres parfois étonnantes et la richesse des histoires de vie confiées dans un discours criant d'authenticité. Durant dix années, je me suis donc formée régulièrement à la connaissance de ce public, aux problématiques liées à ce dit « grand âge », aux besoins de ces personnes ; j'ai notamment visé l'amélioration de ma pratique clinique par cette approche théorico-pratique multidimensionnelle du vieillissement.

Parallèlement, afin de rester au mieux disponible à l'autre, j'ai poursuivi mes temps de supervision, moment de passage en position méta, d'analyse des résonances, de quête de soi par des tentatives de compréhension notamment psychanalytique... En début de carrière, j'avais découvert la relaxation et la sophrologie grâce à un superviseur qui concluait nos

séances de travail par ces techniques. L'approche psychocorporelle avait alors été une véritable révélation pour moi : complémentaire à l'analyse où le « pourquoi » est au centre des réflexions, où tout est questionnement, cette autre dimension est devenue indispensable à ma recherche d'un mieux-être, autrement, simplement dans l'ici et maintenant, plus intuitive qu'intellectuelle. Par la suite, j'ai aussi découvert le Qi Gong et je pratique la méditation depuis plus de dix ans.

Là où j'en étais il y a quelques mois de mon évolution professionnelle, j'aspirais à autre chose qu'aux méthodes verbales sous-tendues par la théorie psychanalytique et l'analyse systémique à laquelle je suis formée depuis de nombreuses années. De plus, ayant grand besoin de me ressourcer, de me remotiver pour limiter le découragement qui me gagnait face à des personnes en grande souffrance, je souhaitais entreprendre une formation qui pourrait m'apporter un « plus » cette fois dans ma pratique clinique quotidienne, en accord avec mes propres inclinations. Découvrant le programme du Diplôme Universitaire d'hypnothérapie, j'ai supposé que cette formation me permettrait une évolution tant sur le plan personnel, dans la continuité des techniques psychocorporelles précédemment expérimentées, que professionnel. Je pourrais cette fois, faire bénéficier les personnes âgées que j'accompagne, de mes acquis en termes de savoir-faire; mais surtout de savoir-être nouveaux, en appréhendant autrement les possibilités du fonctionnement de l'humain. Vaste programme dans lequel je m'engageais, mettant en accord mon évolution personnelle et professionnelle.

2. ORIGINE DE MON QUESTIONNEMENT CLINIQUE

Dès le début de la formation, à mon retour sur mon lieu de travail, j'ai commencé à mettre en pratique rapidement ce que j'avais appris et expérimenté depuis peu, avec tout à la fois enthousiasme et appréhension mais également quelques maladresses et beaucoup de questionnements. Mes premiers pas dans la pratique de l'hypnose se sont réalisés dans le cadre d'accompagnements de fin de vie de deux personnes que je suivais de longue date et dont l'état de santé s'altérait rapidement. Mes interventions avec l'hypnose ont permis de limiter les accès anxieux qui par moment les submergeaient ; n'ayant plus accès à la parole, la souffrance était telle qu'elle paraissait enfermer ces personnes chacune en elle-même, les couper de toute relation à l'autre, tant l'anxiété avait envahi leur sphère perceptive. Je les connaissais bien, ayant noué avec chacune d'elle une relation du fait d'un accompagnement

dans un contexte de maladie neurodégénérative (Sclérose Latérale Amyotrophique) très évoluée déjà à leur entrée dans le service. L'alliance thérapeutique qui avait permis ce lien dans ce contexte de soins palliatifs ne semblait plus opérante tant il était impossible de communiquer avec elles, du fait de leur état de grande détresse, assimilée à une perte de contrôle multidimensionnelle de leur vie.

L'usage de l'hypnose a permis d'apaiser momentanément chacune d'entre elles, de restaurer un lien permettant une forme de communication non verbale à minima, notamment par le regard d'une profondeur et d'une intensité jamais vues, mais aussi par le sourire retrouvé, le visage détendu, le corps décrispé, la respiration apaisée. Cette expérience a eu un fort impact sur moi également du fait de l'impression d'un changement de positionnement vis-à-vis de ces personnes : mes ressentis n'étaient pas habituels, j'avais le sentiment de les percevoir différemment, de nous être « rencontrées » dans une autre dimension relationnelle.

Malgré ces aspects positifs, je garde une grande réserve quant à ces temps d'accompagnement : les personnes étaient si faibles, si altérées qu'il n'était pas question de leur parler d'auto-hypnose, alors que j'aurais aimé leur transmettre, dans un « a priori idéal », cette pratique comme outil vers l'autonomie dans la gestion de leur anxiété, au moment où elles en auraient eu le plus besoin.

Dès lors, je me suis trouvée sensibilisée à la question de la pratique de l'auto-hypnose comme complément des séances d'hypnose avec un thérapeute; l'idée d'anticiper un apprentissage pouvant être aidant à la personne selon ses besoins, quand la fin de vie se profile. Mais préalablement à cette question, de manière plus large, je me suis demandée si la personne âgée pouvait s'approprier cette pratique d'auto-hypnose, de quelle manière et dans quelle mesure.

Pour explorer la thématique de « la pratique de l'auto-hypnose par la personne âgée vivant en institution », je développerai en premier lieu une revue théorique des travaux sur ce sujet. Elle permettra de préciser la problématique de recherche ainsi que la méthodologie de cette étude. En second lieu, les données cliniques seront présentées puis analysées, avant d'être discutées d'un point de vue théorico-clinique.

CADRE THÉORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLÉMATIQUE

1. LE VIEILLISSEMENT

A. GÉNÉRALITÉS

Pour J. Messy (1992), le vieillissement est « *un processus irréversible inscrit dans le temps, qui débute dès la naissance et s'achève avec la destruction de l'individu* ». Il est conçu comme une dégénérescence progressive, inéluctable et se distingue de la vieillesse qui est un état. Le vieillissement se définit en premier lieu par la sénescence, processus physiologique qui marque progressivement le corps. Mais ses conséquences se font sentir dans plusieurs domaines. Ainsi selon E. Feller¹ (2005), « *le vieillissement est d'abord une expérience intime, associant des phénomènes biologiques, affectifs, psychologiques, sociaux, remaniant la perception que chacun a de soi, de son existence, de son lien aux autres et au monde* ».

Le vieillissement est donc un processus psychologique propre à chaque personne, orienté par un ensemble de transformations qui se ressentent plus particulièrement dans la dernière période de la vie, lorsque la vieillesse impose des renoncements, des deuils et des incapacités difficiles à accepter.

B. ATTEINTES CORPORELLES ET PSYCHIQUES

Les modifications biologiques de l'âge se manifestent de diverses façons au niveau de l'apparence du corps et constituent de réelles blessures narcissiques. De fait, il existe une véritable articulation entre le corps et la vie psychique du sujet âgé.

a) Changements corporels liés au vieillissement

La vieillesse s'insinue en chacun par le corps. Elle introduit un changement de nature des liens qui unissent la personne à ce corps : le sujet prend conscience de son vieillissement par la perception de son corps, mais aussi par le regard de l'autre sur soi (F. Thénault, 1994). L'affaiblissement de l'acuité sensorielle s'accompagne d'une information de moins en moins

¹ Cité par G. Arbuz, 2003, p.202

précise concernant le monde extérieur (P. Charazac, 1998). Ces modifications ont un retentissement particulièrement douloureux car elles touchent justement le corps, véritable souche de l'identité ainsi que le sentiment d'estime de soi et le narcissisme (I. Simeone & G. Abraham, 1984).

L'âge, en venant restreindre le champ d'action de la personne, devient un obstacle à la toute-puissance protectrice et confronte l'âge à sa vulnérabilité. Son espace personnel tend à devenir plus rapproché et se fragilise avec la crainte de ne pas rester maître de son espace intime ; cette involution génère de l'angoisse et la peur de se perdre dans l'espace de l'autre, si la dépendance se concrétise. Notamment car ce corps âgé, souvent malade ou déficient, devient un corps vécu comme objet de soins.

b) Changements psychiques liés au vieillissement corporel

Le vieillissement psychique débute au moment où le fantasme d'éternité est confronté à une limite jusque-là ignorée par la libido. Il résulte selon P. Charazac (2007) « *d'une succession de modifications des rapports entre le moi psychique, le moi corporel et le monde extérieur* ». Pour C. Balier (1976), « *la limitation du temps, la présence de la mort fait que chaque transformation du corps, chaque déficit, chaque blessure imposée par l'environnement est vécue comme une atteinte de soi. Le sentiment d'irréparable est ressenti douloureusement et très profondément* ».

L'accumulation de ces modifications corporelles déclenche une angoisse profonde puisqu'elle atteint « *le lieu porteur de l'identité* » (M.C. Léonard, 1984). Un sentiment d'étrangeté peut naître du décalage entre l'image idéale du corps et le corps vécu comme réalité physique (F. Thénault, 1994). La personne âgée devra accepter les nouveaux rapports avec son corps, cette enveloppe charnelle qui l'emmènera jusqu'à l'ultime perte : la mort.

L'image du corps de la personne âgée se dégrade et se fragilise générant un sentiment de dévalorisation. L'âge doit s'adapter à ces modifications corporelles et aux pertes qui leur sont liées. Il doit accepter cette nouvelle image de lui-même et celle que les autres lui renvoient. Les petites pertes mises au compte du vieillir viennent réactiver l'image qui n'est plus celle d'un moi-idéal mais « *celle d'un moi-hideur, révélée par la chute de l'idéal* » (J. Messy, 1992). Selon D. Anzieu (1995), le problème de l'image de soi et de l'image du corps qui se dessinent au cours de l'avancée en âge renvoie à « *la défaillance narcissique du sujet* ». Le

moi corporel, qui sert de support au moi, évolue alors au gré du réaménagement de l'image du corps tout au long du processus du vieillissement.

Lors de la vieillesse, « *certaines traumatismes -le corps vieilli, les pertes et séparations, une hospitalisation, ou encore l'entrée en institution- sont de véritables symboles* » et font ressurgir des « *souvenirs refoulés* ». L'identité se déchire, le sujet accuse le coup d'une image altérée et d'un corps épuisé (C. Herfay, 2007). De par les bouleversements qu'elle induit, la vieillesse est perçue comme une véritable crise identitaire de l'individu. En 1982, J.Bergeret¹ définit la « *crise de sénescence* » comme une « *remise en cause de l'identité antérieure* ». Il écrit : ... « *C'est bien là que réside la souffrance pour l'agé qui « se voit vieillir » au risque de perdre son identité avant de perdre la vie* ». Les phases critiques de cette crise, comme autant de positions s'articulant les unes aux autres, s'expriment de manière singulière selon chaque individu.

La personne âgée est soumise à de nombreuses pertes, son vieillissement s'inscrit dans son corps qui devient alors le centre de la problématique identitaire. Ces pertes, qui augmentent avec l'âge, agressent l'image que la personne a d'elle-même et l'estime de soi se retrouve à son tour altérée.

c) Répercussions psychiques du vieillissement

Suite aux nombreuses modifications physiologiques et corporelles dues au vieillissement, le travail psychique est au cœur du processus de vieillissement du fait des risques de défaillances qui s'accumulent. La solidité du moi est fortement sollicitée et c'est d'elle que dépend l'organisation de la pente psychique du vieillissement. J. Messy (1992) propose la notion de « *temps du miroir brisé* » qu'il situe dès la cinquantaine ; elle explique pourquoi toute perte, surgissant à partir de cette époque, nécessite une élaboration plus importante afin d'éviter une précipitation dans les premiers signes d'une détérioration, ou d'une régression. En effet chaque fois qu'une épreuve décompense l'ensemble dynamique de l'appareil psychique, le processus du vieillissement consiste à relancer les investissements, de manière à soutenir le mouvement identitaire. Plus le socle narcissique de l'identité sera stable, plus elle pourra résister aux transformations liées à l'âge.

C. Balier (1976) définit le narcissisme comme étant « *l'investissement de soi, c'est-à-dire de sa propre personne, à l'origine du sentiment d'identité, de la confiance en soi et de l'estime*

¹ Cité par J. Bouisson, 2001, p.62

de soi ». Avec le vieillissement, les sources qui alimentent le narcissisme ont tendance à se réduire. L'âge perd le sentiment de sa propre valeur, il ne croit plus en ses qualités, sa séduction, il ne peut plus s'investir lui-même et par conséquent, les autres.

G. Le Gouès (2000) évoque le « *narcissisme sain* », qui renvoie à la qualité de la première relation maternelle. C'est selon lui « *cette expérience intériorisée qui fonde le narcissisme et préservera notre sujet vieillissant des pertes successives internes et/ou externes auxquelles il aura à faire face* ». Cette affirmation est nuancée par C. Balier (1976) qui par sa « *théorie narcissique du vieillissement* », propose de chercher dans les aléas du narcissisme l'explication des comportements pathologiques de la vieillesse. Il postule que ce n'est pas un facteur qualitatif et quantitatif de l'énergie libidinale qui en est la cause mais plus précisément la répartition de la libido entre le moi et l'objet : la personne âgée va être obligée d'opérer une modification de la répartition des investissements entre l'objet (c'est-à-dire son intérêt pour le monde externe) et soi-même, quelle que soit sa personnalité. Grâce à un tel réaménagement, une certaine harmonie peut s'établir entre investissement de l'environnement et estime de soi.

Pour J. Maisondieu (1997), le maintien de l'identité, au travers des vicissitudes du vieillissement, nécessite un bon investissement narcissique marqué par l'estime de soi. Sans cette estime de soi, l'individu ne peut accepter ce visage transformé par le temps.

L'estime de soi est basée sur une évaluation de la « *valeur de soi* » que la personne fait d'elle-même par rapport aux autres, notamment en termes d'efficacité et de compétence (R. L'écuyer, 1988).

L'estime de soi est de fait un des éléments de la communication avec soi et un des facteurs de la satisfaction des besoins fondamentaux ; elle se porte au mieux aussi longtemps que la personne âgée est en capacité de satisfaire elle-même à ses besoins. Face au déclin de cette capacité dû aux effets de la sénescence, elle peut vivre un sentiment d'inutilité, d'incompétence et se sentir ainsi dévalorisée. Ces conditions vont contribuer à diminuer l'estime de soi, le sentiment personnel de sa valeur qui est la base de la confiance en soi, de la connaissance de soi et de l'amour de soi, nécessaire pour s'accepter soi-même et pour s'intéresser aux autres.

J.L. Héту (1992) parle de « *l'impuissance apprise* » qu'il définit comme étant pour la personne vieillissante une perte de contrôle de son environnement amenant un sentiment d'impuissance. Les conséquences néfastes de cette perte de contrôle sont nombreuses et se traduisent notamment par une baisse de l'estime de soi.

Le concept « *d'enveloppe psychique* » utilisé par A. Thomé & M. Peruchon (1991) s'approche de celui de D. Anzieu (1995), à savoir « *le Moi-peau* » : il répond aux besoins d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base.

Chez le sujet âgé, A. Thomé & M. Peruchon ont observé « *une détérioration de la structure contenante du psychisme* ». Les notions d'enveloppe psychique et de fonction contenante sont indissociables. Le système d'enveloppe subit des modifications avec l'avancée en âge, tout comme son étayage corporel. Le dysfonctionnement de ces enveloppes est entretenu par le fait que les nombreuses excitations (pertes et blessures narcissiques) sont plus difficiles à transformer en éléments maîtrisables par la pensée. Ceci est dû à la défaillance de la fonction conteneur des enveloppes psychiques. Cette difficulté provoque des fissures, aggravant la défaillance fonctionnelle de l'enveloppe. Pour la colmater, les sujets âgés ont notamment tendance à restreindre leur espace de vie, de manière à le réduire progressivement à un espace limité plus contenant.

Du fait de l'âge, le sentiment de fiabilité s'altère, une fragilité s'installe : « *le moi est en proie à l'angoisse et à la détresse* » (C. Herfay, 2007). Le moi débordé s'affaiblit et parvient difficilement à maîtriser l'angoisse générée par un surplus de tensions internes qui submerge le sujet âgé. Le degré de dépendance, face à l'impuissance corporelle, majore cette angoisse ; de par sa dépendance, la personne voit son sentiment de sécurité menacé et peut être amenée pour pallier l'angoisse à des aménagements régressifs.

C. AMÉNAGEMENTS ET RESSOURCES

Chacun, confronté au même processus du vieillissement, œuvre avec ses propres ressources et modalités défensives pour préserver son identité et pour trouver le moyen de restaurer son narcissisme défaillant. Dans le « *travail du vieillir* », H. Bianchi¹ (1987) fait référence au nécessaire travail de deuil portant sur le moi tout-puissant de la petite enfance, travail de détachement partiel qui va permettre de trouver de nouveaux investissements dans son monde interne et son environnement. Dans ce mouvement psychique, l'entourage du sujet âgé joue un rôle essentiel.

¹ Cité par M. Cariou (1995) p. 93

a) Ressources internes, les enveloppes de suppléance

Dans le grand âge, l'individu dispose « *d'enveloppes externes palliatives* » pour « *panser au dehors* » ce qui ne peut être traité avec efficacité par ses structures psychiques internes défaillantes (A.Thomé & M.Peruchon, 1991). Dans la lutte pour préserver un narcissisme suffisamment opérant permettant de soutenir l'identité fragilisée, il s'agit d'enrayer la fuite de l'énergie libidinale : à travers ses enveloppes psychiques devenues poreuses, le sujet âgé peut faire appel à différents moyens.

La personne âgée peut utiliser la satisfaction que lui apportent les réminiscences (dont l'origine est souvent l'émergence de traces sensorielles au contact d'objets) et les souvenirs car elle se montre capable de les revivre pleinement. C'est un acte naturel et universel qui joue un rôle important dans le bien-être de l'individu. Les souvenirs peuvent constituer un tissu enveloppant, apte à réparer les déchirures du contenant psychique.

Les rêveries, dans lesquelles la personne se love comme dans un cocon, font également partie de la vie à cet âge et jouent un rôle important pour le maintien du narcissisme car elle projette ses propres sentiments sur le milieu ambiant. L'environnement perd alors de ses qualités objectives et se trouve connoté par la nature de la vie intérieure de la personne.

Il en est de même pour les plaintes somatiques qui, telle une armure, enveloppent le corps de perceptions douloureuses palliant la défaillance de contenant psychique. En assurant de fait la permanence de la relation avec l'entourage, les plaintes fortifient un sentiment d'identité défaillant. Dans le vieillissement dit « normal », c'est la « *solution hypocondriaque* » appelée également « *solution somatique* » (M. Péruchon, 2009) qui peut permettre d'éviter l'effondrement du sujet.

Les aménagements régressifs donnent lieu à la création d'enveloppes de suppléance, telles la curiosité excessive, l'avarice, les revendications, la méticulosité, l'obstination, l'ironie, la colère. Il s'agit d'attitudes régressives prégénitales. A vertu de carapace protectrice, elles permettent de lutter contre l'effondrement psychique, bien que perturbant les relations de l'âge avec son entourage. Certaines de ces enveloppes ne font que colmater les plaies ouvertes, d'autres, plus opérantes, constituent un pansement souple et vivant permettant de relancer le désir.

Le repli sur soi et la régression ne sont pas de simples retours en arrière assimilables au « retomber en enfance » et à la dépendance. Chacune de ses postures offre en effet une possibilité de retrouver une relation enrichissante avec l'environnement et en quelque sorte de s'y fondre. La régression à une image antérieure permet de reprendre contact avec un sentiment de sécurité de base, dans une position de repli, de tranquillité afin de fonctionner à l'abri du monde dans le but de se protéger de la menace de la perspective de la mort.

b) Ressources externes, relationnelles

La personne âgée peut exprimer, témoigner de son désir encore vivant de restaurer ce qui peut l'être de ses défaillances psychiques dues à l'âge.

Le contact de peau à peau permet au sujet en détresse de se ressourcer en réactualisant le fantasme de peau commune (J.M. Talpin et coll., 2005). Cette notion évoque la surface du corps, de la peau, comme le premier unificateur de l'expérience corporelle, dès lors qu'elle peut être vécue comme une enveloppe grâce aux perceptions sensorielles favorisées par des soins maternels suffisamment réguliers, enveloppants et liants. On observe cette recherche de contact corporel lorsque la personne âgée a parfois du mal à lâcher la main du visiteur qui lui dit bonjour ou dans les manifestations d'agrippement; elle tend à pallier la défaillance de réassurance.

Selon J. Bowlby¹ (1969), l'attachement correspond à un besoin de protection qui dure toute la vie. Ce besoin d'attachement peut être entendu dans un premier temps comme une réponse adaptative du sujet pour trouver un sentiment de sécurité, sentiment suffisamment efficient pour qu'il lui permette d'expérimenter par la suite la séparation, sans risque et sans souffrance. Au cours du vieillissement, la personne âgée se fragilise tant que le besoin d'étayage sur autrui peut ressurgir de façon cruciale. Ce sont les soins qui lui sont apportés, la proximité du corps à corps, du fait de la dépendance, qui réactivent en quelque sorte le système d'attachement : en effet c'est ainsi qu'il s'est construit, à savoir dans les interactions autour des soins réels (J. Bowlby, 1969).

M. Bonnet (2012) émet l'hypothèse suivante : l'enfant s'est attaché pour se détacher ultérieurement, puisque ses relations précoces doivent lui permettre de conquérir son identité et d'accéder à la séparation dans un sentiment de continuité psychique. Dans une

¹ Cité par M. Bonnet (2012)

configuration parallèle mais différente du fait de l'expérience de vie, le sujet âgé réactive ce système d'attachement. Cette fois, dans un contexte de dépendance (subie parfois) pour répondre comme le petit enfant à un besoin de sécurité affective, physique, mais aussi identitaire, afin de se séparer non seulement de ceux qu'il aime, mais aussi de la vie... Ce dernier point peut en partie expliquer l'importance en fin de vie de se sentir « attaché » à ses proches, de pouvoir s'étayer sur leur présence et leur soutien pour accepter de s'en séparer le moment venu.

2. ACCOMPAGNER LE SUJET AGÉ EN INSTITUTION

A. VIEILLIR EN INSTITUTION

La personne âgée, confrontée à la maladie et à la perte de son autonomie, éloignée de son milieu de vie habituel, doit dans le même temps, faire face à l'expérience de la vie en institution et en collectivité. Elle est souvent source de désarroi, de désorientation, et engendre une prise de conscience douloureuse du déclin de soi, bien que l'institution gériatrique ait pour mission d'accueillir, de prendre en soins le sujet âgé et de lui offrir un contexte de vie sécurisant. Mais au-delà de ces objectifs, la personne âgée est tenue d'en attendre également une attention individualisée quant à son processus de vieillissement en termes de restauration narcissique, de soutien de l'estime de soi et de contenance de son angoisse notamment.

Or selon L. Ploton (2001), les personnes âgées en institution se trouveraient « *en perte de repère et en perte d'étayage externe de leur identité, en proie à un vécu d'abandon* ». La multiplicité des intervenants, leur turn-over, le rythme de travail et la perception du temps défaillante, génèrent chez l'âgé un sentiment d'insécurité. « *L'institution, sans le savoir, ni le vouloir, peut se révéler incapable d'exercer un effet de contention de l'angoisse* » (L. Ploton, 2001). A leur grand regret, les soignants trop peu nombreux, ont le sentiment d'un « travail à la chaîne » axé sur le corps, où les personnes âgées ont tendance à devenir des « *objets de soins stéréotypés* » (M. Personne, 1991). La dimension relationnelle, censée sous-tendre chaque temps de soins, devrait rester essentielle car « *elle permet au sujet sénescant de sentir son existence unique au monde jusqu'à la fin* » (F. Genoud & al., 1994).

Le besoin relationnel reste une constante du temps de la vieillesse jusqu'à la fin de vie et « *dans ce mouvement psychique, l'entourage du sujet âgé joue un rôle essentiel* » (M. Bonnet,

2012). Bien que la réponse à ce besoin reste bien imparfaite dans les établissements du fait de leur mode de fonctionnement actuel, certains sujets parviennent à remobiliser du désir en retrouvant au sein de l'institution une figure d'attachement qui lui permet de « *se sentir attaché et investi* » (M. Bonnet, 2012).

L'institution a également un rôle important de contenant au niveau de l'organisation psychique du sujet sénescent. D'après D. Anzieu (2004), l'habitat intérieur, lieu de vie, représente « *une peau psychique qui signifie pour le sujet une enveloppe rassurante qui tient le corps bien empaqueté* ». L'investissement au sein de l'institution que la personne âgée peut réaliser, tant concernant les lieux que les personnes, favorise le maintien de son équilibre psychique.

B. DE LA PLAINTÉ À LA DEMANDE

La personne âgée en institution n'est pas en demande de « travail sur soi », encore moins de psychothérapie.

Cependant, l'entrée en institution est un moment de rupture si violent dans le continuum d'une vie qu'il déstabilise souvent la personne au point de fragiliser ses défenses ; défenses déjà bien mises à mal du fait du processus du vieillissement lui-même. P. Charazac (2011) parle de « *l'effet désorganisateur du placement* ». Ce changement de lieu de vie amène souvent un retour du refoulé, que la personne subit avec son lot de souffrances, en lien avec des événements anciens non élaborés. Les premières visites du psychologue, qui a conscience de la fragilisation inéluctable sur le plan psychique dans un tel contexte, restent des moments d'une rare intensité ; l'écoute bienveillante et empathique permet très souvent d'accueillir des bribes de ce refoulé qui submerge le nouveau résident. Il se trouve de fait, déjà dans une relation psychothérapeutique et peut alors s'en saisir... ou pas. La rencontre a eu lieu qui a permis de créer un espace psychique identifié implicitement comme tel, par la personne âgée. Elle peut y revenir plus tard interpellant par le biais de plaintes ou de sollicitations diverses, sans pour autant formuler de demande explicite.

« *L'alliance thérapeutique* », qui selon A. Bioy (2010) « *peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés* » prend tout son sens ici, mais de manière singulière ; en effet, il s'agit sans cesse de réaménager le cadre, de redonner sens à l'accompagnement malgré une demande souvent non élaborée dans un premier temps. La parole ayant fonction de lien,

l'objectif est d'abord celui de la relance de la vie psychique de manière à apaiser l'angoisse, à restaurer le narcissisme et à soutenir l'identité.

3. L'HYPNOSE

A. UN PEU D'HISTOIRE

Une des plus anciennes traces de la pratique de l'hypnose remonte à l'Antiquité. La retranscription d'une séance d'hypnose sur une stèle du règne de Ramsès II qui date de 3000 ans a notamment été mise à jour au siècle dernier. Mais les trances induites par les chamanes relèvent de ce même phénomène et remontent à des temps bien plus anciens encore.

Ce n'est qu'au 18^{ème} siècle qu'*Anton Mesmer* (1734-1816), médecin allemand démontre le pouvoir de l'imagination sur l'état psychique et physiologique du sujet. Il est considéré comme le précurseur de l'hypnose thérapeutique. Son élève, *Armand de Puységur* (1751-1825) décrit le sommeil hypnotique, ou somnambulisme et inverse le rapport thérapeutique en affirmant que c'est le patient qui sait se guérir. Puis l'*Abbé Faria* (1755-1819), scientifique portugais, décrit les méthodes de l'hypnose, notamment celle de la suggestion hypnotique et post-hypnotique, ainsi que celles de l'anesthésie hypnotique chirurgicale.

Le terme « hypnose » n'apparaît pourtant qu'en 1843, sous l'influence des travaux scientifiques de *James Braid* (1795-1860), chirurgien anglais, qui conceptualise cette approche. Par la suite *Ambroise Liebaud* (1823-1904), médecin de campagne français évoque le premier la notion de trauma infantile comme étant à l'origine des maladies ; il guérit par l'hypnose *Hippolyte Bernheim* (1840-1919) médecin neurologue français qui, poursuivant ses travaux met en évidence l'importance des suggestions et fait entrer l'hypnose dans le champ des psychothérapies. *Sigmund Freud* (1856-1939) lui-même, à ses débuts, utilise l'hypnose dans sa pratique pour y renoncer ensuite en créant la psychanalyse.

L'hypnose doit sa renaissance à *Milton Erickson* (1901-1980), psychiatre américain, qui a considérablement diversifié et enrichi ses outils. Actuellement *François Roustang*, philosophe, psychanalyste, est également une figure importante de cette approche, par sa pratique d'hypnothérapeute mais également par ses travaux de théorisation de l'hypnose. Un

courant contemporain, représenté par des psychologues et hypnothérapeutes, notamment par *Didier Michaux* et *Antoine Bioy*, contribue grandement à développer le concept d'hypnose.

Depuis peu, l'état hypnotique a été identifié et caractérisé en imagerie cérébrale (IRM fonctionnelle et PET-Scan), attestant ainsi de son existence réelle. Scientifiquement, on peut maintenant affirmer que l'état hypnotique est une réalité.

B. GENERALITÉS

L'état hypnotique est à la base un état naturel dans lequel nous pouvons nous retrouver spontanément, en regardant un film par exemple, qui va retenir et polariser toute notre attention. Il est un état de conscience modifiée nommé « transe » qui prend la forme, pour le sujet, d'une expérience de modification perceptive induite par le maintien d'une attention focalisée.

L'hypnose, qui résulte de la sollicitation de cet état de conscience modifiée, est une approche maintenant utilisée dans le soin, tant dans le champ somatique que psychique et psychopathologique.

Mais l'état hypnotique ne suffit pas en soi pour être thérapeutique, comme le précise A. Bioy (2010) qui définit l'hypnose comme un « *état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi* ». Selon ce même auteur, « *cette définition implique que la pratique de l'hypnose recouvre deux dimensions : à la fois un état de conscience modifiée que l'on nomme état hypnotique mais aussi une relation singulière* ».

Deux hypnothérapeutes qui ont particulièrement marqué cette discipline, tant par leur pratique très personnelle que par leur conceptualisation de l'hypnose, ont ainsi défini cette approche :

- Pour M. Erickson (1980), l'hypnose est « *un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages* ». Cet auteur met l'accent sur la suggestion en tant que processus consistant à « *évoquer et utiliser les potentiels et les expériences de vie déjà présentes dans le sujet, mais peut-être hors de la portée habituelle de son contrôle* ». L'inconscient n'existe pour lui qu'en termes de réservoir de ressources auquel chaque patient peut faire appel, notamment accompagné par l'hypnothérapeute, de manière à résoudre ses propres problèmes.

- De son côté, F. Roustang (1994) définit l'hypnose comme étant « *un état de veille intense, à l'instar du sommeil profond à partir duquel nous rêvons* ». Selon lui, « *tous les moyens qu'elle utilise tendent à faire surgir dans le présent des potentialités jusqu'alors insoupçonnées* ». L'hypnose permet au patient d'induire un changement en retrouvant de la souplesse dans sa manière de se positionner par rapport à son environnement, de reconfigurer son rapport au monde. F. Roustang (1994) évoque également « *le pouvoir d'imaginer* » comme un des fondements de l'hypnose.

Dans la relation établie avec le thérapeute, l'hypnose, en termes de processus, est composée de plusieurs étapes décrites par I. Célestin-Lhopiteau (2014), inspirée du modèle théorisé par F. Roustang (1994).

Une **première phase d'induction**, initiée par des techniques telles que la focalisation, qui est la fixation de l'attention sur un élément en lien avec le sujet ou son environnement, permet de réduire un temps l'espace de conscience et de faciliter l'entrée dans la **deuxième phase**, à savoir la **dissociation psychique**. Selon F. Roustang (1994), « *la dissociation est donc l'acte par lequel l'individu se sépare de quelque chose de tangible : le contact avec l'environnement qui lui est nécessaire dans l'état de veille pour agir opportunément* ».

La dissociation favorise l'accès à une **troisième phase**, celle du développement des perceptions, du **changement de sensorialité**. Elle permet au patient d'être réceptif aux suggestions thérapeutiques émises par le thérapeute, voie vers le changement par un réaménagement des perceptions. Avant le **retour à un état de veille, dernière phase** qui vient clore la séance.

L'hypnose conversationnelle, quant à elle, consiste à se servir de principes de communication couramment utilisés en hypnose (suggestions indirectes, images métaphoriques, confusion de langage...) mais sans qu'il y ait eu au préalable de phase formelle où l'état hypnotique aura été induit. Cette forme d'hypnose peut prendre place dans tout entretien avec un patient. L'utilisation de ces principes va faire progressivement entrer le patient dans une « transe légère », c'est-à-dire qu'il va commencer à percevoir autrement le monde. Si l'état hypnotique n'est pas induit formellement, il est donc dans ce cas, suscité au cours de la conversation par l'utilisation des procédés communicationnels.

Il arrive parfois, dans les problématiques douloureuses ou anxieuses, qu'une personne s'enferme dans un état de dissociation négative, ou « transe négative » selon F. Garden-

Brèche (2014), portant toute l'attention sur son symptôme, renforçant celui-ci dans un cercle vicieux. Elle s'enferme dans un champ perceptif négatif, empreint d'inconfort et d'insécurité, qu'il faudra accompagner dans un mouvement conduisant à son inversion. Donc vers une dissociation positive et opérante.

La dissociation psychique est bien au cœur du processus hypnotique : c'est elle qui permet à l'esprit de s'évader, en utilisant son potentiel créatif de manière à construire des récits imaginaires, tels des projections dans un temps futur. Tout du moins pour l'enfant comme pour l'adulte car, le regard tourné vers l'avenir rend jusque-là immense le champ des possibles. Il n'en est plus de même au cours du vieillissement.

C. HYPNOSE ET SUJETS AGÉS

Dans le domaine de la recherche clinique, des échelles existent qui mesurent la possibilité et les effets de l'état hypnotique selon les personnes, celles de Weitzenhoffer et Hilgard (1950) étant les plus connues. Au regard des études effectuées à l'aide de ces échelles, la seule variable reconnue est l'âge. « *Le niveau de suggestibilité n'est pas le même à tous les âges [...]. Ceci engage des pratiques cliniques différentes selon les périodes de la vie* » précise A. Bioy (2014).

Cette spécificité étant entendue, l'hypnose prend actuellement peu à peu sa place dans le champ de la gériatrie. A. Burlaud (2013) notamment préconise cette approche au sein d'une prise en soin pluridisciplinaire, tant dans le contexte des soins palliatifs que de celui des démences et des troubles du comportement. Approche pour autant encore peu étudiée.

M. Guillou (2015) pour sa part en précise les modalités très spécifiques d'approche. Plus la personne avance en âge, plus elle présente de mauvaises réponses aux tests de suggestibilité. Cette hypnothérapeute développe la théorie suivante quant à la capacité du travail en hypnose avec les sujets âgés : elle explique que ce résultat est dû au fait que l'imagination se trouve conditionnée à un futur possible qui se rétrécit avec l'âge. La personne âgée peut de moins en moins se projeter dans l'avenir car elle le sait incertain en termes de durée comme de contenu et le perçoit surtout avec angoisse, la perspective de sa propre finitude se profilant au fil des événements de sa vie (deuil, dépendance, entrée en institution, ...). Par contre plus elle avance en âge, plus elle se montre facilement dissociable. L'état de dissociation psychique est alors à

susciter par une « projection vers hier », dans son passé, tel un réservoir de souvenirs plus ou moins positifs selon le parcours de vie de la personne où les remémorations les plus chaleureuses et sécurisantes seront sollicitées.

Véritable plongée dans sa biographie, l'état de conscience modifiée obtenu en l'accompagnant à se reconnecter à de tels souvenirs, génère alors plaisir et jouissance narcissique. Elle permet une sorte de rencontre avec elle-même dans un mouvement dynamique, où l'élan vital se trouve stimulé. Le thérapeute peut solliciter le souvenir de moments vécus, ou même de savoir-faire anciens, particulièrement valorisants, soutenant une estime de soi souvent défaillante et validant les capacités d'apprentissages passés tel un potentiel de ressources actuel.

Plusieurs mémoires sont intéressantes dans la pratique de l'hypnose avec les personnes âgées, notamment celles décrites par E. Tulving¹ à savoir la mémoire biographique et ses composantes sémantique et épisodique. Selon sa définition, la mémoire sémantique « regroupe des connaissances générales du passé » auxquelles il ajoute « les connaissances de soi (les traits de caractère, les préférences, les choix) ». Elle est en quelque sorte une mémoire compressée qui enregistre certains événements de la vie personnelle souvent répétés sous leur forme générique quel qu'en soit la date : « les vacances à la ferme de mes grands-parents » ou « mes années de travail à l'usine ». Toujours d'après E. Tulving², « la mémoire épisodique est un système d'enregistrement et de stockage d'évènements personnellement vécus situés dans leur contexte spatiotemporel d'acquisition », qui permet à chacun de se souvenir de ce qu'il faisait à des moments précis tels par exemple, pour les personnes âgées, dans le contexte de la dernière guerre, « le jour de l'armistice » ou de « la libération ».

Pratiquer l'hypnose avec la personne âgée revient à solliciter ces deux niveaux de leur mémoire autobiographique. Le « relief du souvenir », terme évoqué par M. Guillou (2015) est également à favoriser : il émerge de la mémoire sensorielle sollicitée au cours de la réminiscence de moments passés et de la mémoire émotionnelle apportant des éléments en termes de vécu et de ressentis. Il permet à la personne âgée de ne pas rester à un niveau descriptif mais d'être amenée à revivre pleinement ses souvenirs, que le thérapeute accueille dans une grande disponibilité. C'est l'éprouvé de son évocation qui est important parce que c'est dans le corps que le changement initié par l'état hypnotique prendra forme.

¹ Cité par M. Guillou (2015)

² Cité par M. Guillou (2015)

D. AUTO-HYPNOSE

Cette notion est issue des travaux de E. Coué¹, pharmacien français auteur d'une méthode de guérison et de développement personnel, « *la méthode Coué* », fondée sur l'auto-suggestion. Il évoque le fait que « *la volonté sans représentation est sans effet* » ; d'où l'importance de l'imagination en tant que visualisation créatrice. Il prône l'idée suivante : imaginer ce que l'on souhaite qui arrive en se faisant à soi-même des auto-suggestions. Selon lui, « *toute suggestion est une auto-suggestion* ».

L'état hypnotique n'est pas thérapeutique en soi; « *la relation singulière* » au thérapeute telle que la définit A. Bioy (2010), associée à cet état de conscience modifiée, est nécessaire pour accéder au niveau thérapeutique du processus hypnotique. Cependant le thérapeute n'est que facilitateur ; il ne s'agit pas de lui attribuer les effets thérapeutiques : c'est le patient qui fait le changement s'il se saisit des suggestions. C'est pourquoi, une fois vécue l'expérience de la transe hypnotique dans la relation thérapeutique, le patient peut pratiquer l'auto-hypnose dans la continuité de cette présence initiale à l'autre auprès de qui il a appris « *à ressentir ses propres capacités de changement, mais aussi à savoir induire lui-même la transe* » (A. Bioy, 2010).

F. Roustang (1994) se questionne également à ce sujet : « *mais comment l'auto-hypnose est-elle possible, puisque l'induction hypnotique [...] nécessite l'anticipation de l'hypnotiseur qui est lui-même dans cet état ?* ». Selon lui, de manière empirique, évoquant le lien indispensable du patient à « *l'hypnotiseur* », l'hypnose est un « *phénomène relationnel* ». Mais « *si l'on considère sa nature, son essence, son mode de constitution, elle est relationnelle en un autre sens, parce qu'elle nous met en rapport avec nos semblables, l'environnement, le monde. En ce second sens, l'hétéro-hypnose et l'auto-hypnose sont identiques...* »

A. Minguet (2015) postule que même « *ne rien faire* », induit un état hypnotique, qui n'est pas sans rappeler l'induction préférée de G. Brosseau (2012). Dans les débuts de l'apprentissage de l'auto-hypnose, il peut de fait être proposé à la personne de prendre le temps de s'asseoir cinq minutes par jour et de ne rien faire, de manière à favoriser déjà un certain laisser-aller et de fait un premier niveau de changement.

¹ Cité par A. Minguet (2015)

A. Minguet (2015) précise également que, de manière générale, la séance d'auto-hypnose est plus courte qu'une séance avec un thérapeute puisqu'elle contient moins de suggestions ; si suggestion il y a, elle peut être écrite sur un papier telle une ordonnance, afin d'éviter de solliciter la dimension cognitive du sujet qui fragiliserait la transe. Le patient peut soit reproduire le canevas d'une séance vécu avec le thérapeute soit en construire une en y introduisant un temps d'auto-suggestion.

Concernant l'adaptation au symptôme, E. Mairlot (2012) écrit, qu'« *elle nous oblige aussi à pratiquer des séances simples sur le plan technique, faciles à mémoriser et à répéter en travail auto-hypnotique* ». De plus, il précise que « *l'apprentissage du processus hypnotique avec le thérapeute serait une sorte de familiarisation avec la modification de l'état de conscience qui permettrait au patient d'appriivoiser les phénomènes auto-hypnotiques positifs pour ensuite gérer son autohypnose négative et donc ses symptômes* ».

Mais au cours de cet apprentissage, A. Minguet (2015) préconise également de transmettre au patient l'importance de la prise de conscience de son environnement par la perception des éléments présents, jusqu'à ressentir un sentiment de sureté, primordial au bon déroulement de la séance.

Pour sa part, J. Becchio (2007), dans son contexte d'intervention en soins palliatifs, recommande d'accompagner les patients à pratiquer l'auto-hypnose en leur suggérant au cours d'une séance d'hypnose de « *...retrouver un souvenir d'une expérience d'apprentissage agréable...* ». Il précise que « *l'auto-hypnose est systématiquement associée à l'hétéro-hypnose* » et de plus, forme les soignants de son service à accompagner les séances d'auto-hypnose des patients en cas de soins.

4. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Après avoir précisé quelques aspects du processus de vieillissement, notamment les liens entre les mouvements corporels et psychiques chez le sujet âgé, nous avons également évoqué la particularité de ce vécu au sein d'un lieu de vie institutionnel. Cette présentation atteste que la vieillesse est un moment difficile voire douloureux de manière intrinsèque. Il oblige le sujet à rester dans une certaine dynamique de manière à préserver au mieux son identité fragilisée, à restaurer son narcissisme défaillant et de fait à se maintenir psychiquement en vie.

Chaque personne âgée, dans sa singularité, possède des ressources qui lui sont propres pour vivre au mieux ce processus de vieillissement. Elle peut en mobiliser certaines spontanément. Parallèlement l'entourage jouera parfois un rôle d'étayage, de manière complémentaire ou en cas de défaillance.

Mais certaines ressources peuvent aussi être suscitées, proposées, co-construites avec la personne afin qu'elle en bénéficie au mieux de manière autonome. L'hypnose en tant que modalité de soin, proposée dans le lieu de vie institutionnel, peut participer à cet étayage. Mais qu'en est-il de l'auto-hypnose ?

Problématique

La pratique de l'auto-hypnose par la personne âgée vivant en institution peut-elle être une ressource au cours du vieillissement, au regard des mouvements identitaires en jeu dans ce processus ?

Hypothèse théorique

Le sujet âgé est en capacité de pratiquer l'auto-hypnose de manière totalement singulière. En se l'appropriant selon ses besoins, la pratique de l'auto-hypnose lui permet de remobiliser certaines de ses ressources propres face au processus de vieillissement particulièrement déstabilisant.

Hypothèses fonctionnelles

- Le fait de pratiquer l'auto-hypnose de manière autonome renforce l'estime de soi, valorisant la capacité d'apprentissage et de réussite (confiance en soi). Se sentir auteur et acteur participe également à la restauration de sa posture de sujet (valeur de soi).
- Le moment choisi pour la séance d'auto-hypnose a son importance. Il est totalement opportun et adapté à une difficulté ou un manque de l'instant, répondant ainsi à un besoin de contenance que permettra la reprise de contact avec sa vie intérieure.
- Même si en auto-hypnose la profondeur de la transe reste légère, la remémoration de souvenirs choisis amène la personne à un état de dissociation bénéfique. Sa sensorialité ainsi sollicitée génère une satisfaction toute narcissique, véritable étayage du sentiment d'identité.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

1. CADRE EXPÉRIMENTAL

Je travaille dans un centre gérontologique, c'est-à-dire un « lieu de vie médicalisé » pour personnes âgées. J'interviens dans cinq services accueillant 150 résidents âgés de 57 ans à 104 ans. Je connais chacun d'entre eux pour les avoir rencontrés au moment de leur arrivée dans cet établissement et pour en avoir accompagné certains, sur des durées très variables, selon leurs besoins. La majorité des temps d'entretien se déroule dans la chambre de la personne.

Je consacre une journée par semaine à chacun des services et côtoie régulièrement de manière informelle les résidents dans les lieux de vie partagés ; ceux dont les capacités cognitives le permettent sont au fait de ma fonction de psychologue. Pour les autres, à défaut de m'identifier d'emblée, ils me reconnaissent comme professionnel familier du service, bien qu'étant la seule à travailler en tenue vestimentaire civile. Du fait de cette proximité, il existe une certaine facilité à me solliciter. Collaborant au sein d'une équipe pluridisciplinaire, j'ai également connaissance de l'évolution de chaque personne par les temps d'échanges institutionnels à leur sujet, qui me permettent parfois de faire moi-même la démarche de proposer un entretien.

2. CADRE THÉRAPEUTIQUE

Les trois personnes, dont j'ai choisi de parler ici, Mmes Do et Mi ainsi que M. Ré, vivent dans des services différents. Concernant les dames, il s'agit de services dit « Unité de Soins de Longue Durée », du fait pour la première de sa pathologie lourde et pour la seconde de son importante dépendance. Quant à M. Ré, il est accueilli dans un service du secteur « Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes » avec un encadrement un peu plus léger, les résidents ayant encore une relative autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

Le choix de la présentation de ces trois accompagnements cliniques tient à la dynamique des entretiens qui a permis une proposition d'auto-hypnose. L'origine de la demande et le contexte de rencontre ont été différents pour chacune de Ces personnes, représentatifs du

panel de mes interventions quotidiennes : origine et nature de la demande, durée de l'accompagnement notamment. Aucun des résidents ne savait que je me formais à l'hypnose. J'ai dû faire à chacun la proposition de l'utilisation de cette approche nouvelle et la suggestion de la possibilité de son prolongement par le biais de l'auto-hypnose.

J'imaginai que la proposition « d'apprentissage » de l'auto-hypnose se déroulerait très différemment selon les objectifs et le cadre singulier de chaque accompagnement. Je tenais à en appréhender au mieux les modalités. J'espérais que les personnes se l'approprient dans le but premier de pouvoir reprendre le contrôle sur leur inconfort ou leur anxiété, au moment où elles en auraient le plus besoin. Mais au-delà de ce premier effet escompté, mon intérêt portait sur l'analyse d'autres bénéfices potentiels notamment en termes d'étayage de leur identité fragilisée par le vieillissement.

Analyse qui se baserait d'une part sur mes observations cliniques, pendant et suite aux entretiens mais également sur ce que chaque résident pourrait en dire à posteriori.

Les personnes sont présentées ici dans l'ordre chronologique de mes débuts d'intervention auprès d'eux. Interventions qui ont eu lieu pour les premières, dès le début de ma formation en hypnose. Le choix des noms répond à la proposition d'une résidente, suite à ma demande de participation à cette étude.

3. PRÉSENTATION DES RÉSIDENTS

A. MADAME DO

a) Éléments de compréhension

Mme Do est âgée de 65 ans. Elle est veuve, mère d'un fils de santé fragile qu'elle voit peu puisqu'il est non autonome dans ses déplacements. Son petit-fils lui rend plus souvent visite car il est plus mobile. Une de ses sœurs l'emmène quelquefois dans l'année rendre visite à leur maman âgée de 95 ans, qui vit à domicile. Mme Do est isolée du reste de sa famille, personne ne lui rendant visite.

Entrée dans cette institution fin 2009, l'état de santé de Mme Do n'a cessé de se dégrader jusqu'à devenir particulièrement précaire. Elle souffre d'une sarcoïdose pulmonaire au stade

d'insuffisance respiratoire sévère nécessitant une oxygénothérapie permanente. En 2012, elle a également subi l'ablation d'un sein suite à un cancer.

Mme Do a souffert de carences affectives précoces importantes générant dans son mode de vie actuel une recherche perpétuelle de liens privilégiés avec chacun, une hypersensibilité au rejet et une intolérance à la frustration. De fait, sa souffrance s'exprime souvent par une colère d'emblée paroxystique. Ses accès verbaux violents l'épuisent tant par leur intensité que par leur durée et ont des répercussions fréquentes sur sa santé : dyspnée majorée, angor, attaque de panique. L'angoisse de mort est très présente du fait de l'altération de sa santé dont elle est pleinement consciente.

Mme Do garde un profil puéril par certains côtés notamment quant à une sorte de pensée magique qui perdure, alliée également à une pratique religieuse intensive. Par ailleurs, elle présente une intelligence vive, un sens de l'observation exacerbé, une rigueur dans sa conduite quasi rigide (hygiène corporelle et de vie, organisation, rangement, anticipation, relations sociales, conduite personnelle,...).

Sa dépendance à l'oxygène limite ses déplacements tant dans l'institution qu'à l'extérieur ; elle a d'autant plus besoin d'être accompagnée qu'elle ne se déplace plus qu'en fauteuil roulant. Elle reste autonome pour tout ce qui concerne les modalités de sa vie, qu'elle gère avec sa curatrice : décisions de tout ordre, achats,... Au quotidien, elle ne fait appel aux soignants qu'en cas d'extrême fatigue, mettant un point d'honneur à faire le plus possible seule (toilette, habillage, lit,...). Elle occupe ses journées à préparer cadeaux et courriers pour chacun, apprécie les contacts sociaux qu'elle recherche : de nombreuses familles de résidents du service lui rendent visite même après le décès de leur parent.

b) Demande initiale

Mme Do a demandé quelques mois après son arrivée à ce que je lui rende visite (2010). Elle vivait très mal un conflit avec une soignante qui a nécessité quelques séances avant de s'apaiser. Je l'ai rencontrée par la suite de manière régulière, au fur et à mesure de l'évolution de sa maladie qui l'amenait à des accès d'anxiété se manifestant par une humeur élevée et des moments de colère paroxystiques qui fragilisaient ses relations avec les soignants : elle me demandait de l'aide pour mieux contenir ses accès de colère. L'alliance thérapeutique a évolué favorablement, donnant peu à peu à nos entretiens une réelle dimension psychothérapeutique ; en effet, Mme Do a ressenti le besoin d'évoquer son histoire de vie,

avec parcimonie au début tant la souffrance s'y trouvait omniprésente, puis peu à peu, plus en confiance. Elle s'est montrée capable d'élaborer ses ressentis, ce qui a permis un certain apaisement. Je l'ai accompagnée ensuite lors de l'annonce et des soins d'un cancer du sein récent.

Alors que sa maladie pulmonaire continuait à évoluer la rendant de plus en plus dépendante et anxieuse, je lui ai parlé d'hypnose pour la première fois, à intégrer si elle le souhaitait à nos séances hebdomadaires. A la manière un peu artificielle d'une étudiante en hypnose qui s'approprie une nouvelle approche, j'imaginai pouvoir lui proposer une séance sur le lieu sécurisé, une autre sur la régression en âge pour travailler l'auto-reparentage, ainsi qu'un conte métaphorique... j'avais d'autres idées encore, bien trop préconçues sans doute. De plus, j'espérais qu'elle puisse après quelques temps s'approprier le déroulé de séances d'auto-hypnose, afin de mieux contrôler ses accès anxieux toujours présents.

B. MONSIEUR RÉ

a) **Éléments de compréhension**

M. Ré est âgé de 63 ans. Il est divorcé, père de deux enfants qui vivent loin et avec lesquels les relations sont complexes. Il a également un petit-fils. Ils ne se voient pas et les contacts se limitent aux appels téléphoniques de M. Ré quand ses enfants veulent bien lui répondre.

M. Ré est entré dans cette institution début 2012, après une période critique en famille d'accueil chez qui il séjournait depuis plusieurs années, une fois quitté le milieu de travail protégé qui avait été le sien jusqu'à la retraite. Il bénéficie d'une mesure de curatelle, afin d'être secondé dans la gestion de ses affaires.

Il est très dépendant du tabac. Il présente des problèmes de santé d'ordre cardiaque et urinaire. L'humeur de M. Ré est parfois instable et les phases difficiles, qui se manifestaient encore il y a quelques mois par des troubles du comportement avec accès de colère et grande violence, se limitent maintenant à de l'agitation, des attitudes d'opposition et des accès verbaux. A d'autres moments, M. Ré se montre attentionné vis-à-vis de certains résidents, plaisante avec d'autres tout comme avec les soignants. Son imprévisibilité le caractérise, passant d'une facette de sa personnalité à une autre sans que rien ne le laisse présager.

M. Ré est autonome dans le lieu de vie. Tantôt seul dans sa chambre ; il présente un petit côté solitaire, aime écouter de la musique, regarde la télévision ou fume sur son balcon. Tantôt

avec les autres, selon son humeur et ses envies ; il aime aussi se rendre utile et participe à sa demande à quelques tâches du quotidien du service. De même à l'extérieur, il prend le bus pour se rendre en ville seul. Il reçoit rarement de la visite mais a noué des contacts avec les familles d'autres résidents qui ont sympathisé avec lui.

b) Demande initiale

M. Ré est suivi régulièrement par l'équipe mobile de psychiatrie ; si bien que pour ma part, je ne le rencontre que ponctuellement et toujours à sa demande, demande qu'il sait formuler notamment lorsqu'il se trouve envahi par des émotions douloureuses. Il semble les « ruminer » un temps puis éprouve le besoin intempestif d'en parler, de les élaborer. Ses demandes font toujours l'objet d'un entretien unique.

Au cours du mois de janvier de cette année, M. Ré m'interpelle à plusieurs reprises dans le couloir en me disant qu'il ne va pas bien. Sa plainte reste évasive, toujours émise en présence d'autres résidents. Malgré mon écoute lors de ces temps informels, il faut attendre plusieurs échanges avant qu'il ne sollicite un entretien.

Lors de cette rencontre, sa requête est alors précise : M. Ré me demande de l'aider parce qu'il a peur d'une anesthésie nécessaire à un geste chirurgical prévu dans les semaines à venir. En me rendant auprès de lui, je n'envisage pas du tout l'hypnose. Le contexte de l'entretien en a décidé autrement...

C. MADAME MI

a) Eléments de compréhension

Mme Mi, âgée de 77 ans est veuve, mère d'une fille unique. Mme Mi est l'aînée de trois sœurs très présentes, sans compter sur ses petites-filles et nombreux neveux et nièces. Sa famille vient en visite ou accompagne régulièrement la résidente à l'extérieur de l'établissement. Bien que vivant en institution, Mme Mi reste l'élément central de sa famille même élargie.

Mme Mi présente une hémiplégie infantile gauche. En 2007, elle a subi l'amputation de sa jambe gauche suite à un accident de la voie publique, qui l'a amenée à entrer en octobre de la

même année dans cet établissement, rejoignant ainsi son mari, déjà résident en ce lieu, mais décédé depuis. Bien qu'elle marche encore à l'aide d'une canne, ayant été appareillée par une prothèse de jambe, Mme Mi se déplace surtout en fauteuil roulant électrique qu'elle manie fort bien. Il lui permet d'aller et venir dans tout l'établissement et de se « nourrir » de tout ce qu'elle entend, voit ou comprend. Elle collecte ainsi de nombreuses informations sur la vie de l'institution, les résidents et leurs familles, informations qu'elle s'empresse de transmettre au plus grand nombre, à la vitesse de son fauteuil. Elle connaît un nombre impressionnant de personnes, soit directement, soit par le biais de sa famille ou d'amis. Elle ne s'intéresse aux autres que pour mieux leur parler des « siens » ou de ce qu'elle vient d'apprendre, pour se mettre en scène quant à un sujet d'anxiété, toujours différent d'un jour à l'autre. Mais finalement, sans jamais parler d'elle. Elle participe à l'atelier théâtre, qui lui convient parfaitement... mais supporte mal les rares temps passés par obligation dans sa chambre où elle se trouve face à elle-même : inactive et seule.

Personnalité narcissique, peu empathique, elle a besoin d'être entourée, admirée, écoutée et de se sentir le centre de l'attention de tous. D'humeur plutôt joyeuse, elle se montre toujours accueillante et cordiale. Elle témoigne d'une volonté forte quant à son handicap. Face aux soignants, elle a tendance à exiger plutôt qu'à demander ; ce qui est fait pour elle est un dû qui doit prendre place dans l'organisation de sa journée à la manière dont elle le revendique.

b) Demande initiale

Je croise Mme Mi presque quotidiennement dans l'établissement. Jusque-là, elle ne m'interpellait que pour me transmettre, comme à tous, « les informations » du jour... Au début du mois de février de cette année, j'ai fait la démarche d'aller à sa rencontre. Je souhaitais prendre de ses nouvelles parce qu'elle avait été témoin du décès d'une résidente survenue de manière particulièrement brutale à ses côtés au cours d'un repas.

Chaque matin, Mme Mi est levée à heure fixe, très tôt, afin d'éviter ses récriminations. Sauf le jeudi où, « jour de douche » oblige elle reste alitée jusqu'en milieu de matinée. A son grand désarroi ! C'est ainsi que je la trouve ce jeudi matin, pestant contre cette attente pourtant bien formalisée. Nous parlons un moment du décès de sa voisine de table, sujet qui bien qu'il l'ait affectée, se trouve peu à peu relégué au second plan ; Mme Mi, de manière attendue, met en avant sa propre souffrance. Mais elle parle d'elle en termes jamais entendus, à savoir de sa difficulté à vivre son handicap, de sa dépendance devenant insupportable, de son sentiment

d'inutilité et de son manque de confiance en elle ; quelque chose est à entendre ce jour moins du besoin de se faire plaindre, habituellement massif, que d'une fragilisation de son narcissisme qui rendait le vécu jusque-là tolérable. Puis, elle évoque la douleur ressentie au niveau de son membre fantôme et ses troubles du sommeil de plus en plus fréquents.

Suite à ce surprenant déferlement de plaintes, je lui demande ce qui la dérange le plus ; sans hésiter, elle me cite son membre fantôme et me demande si je peux faire quelque chose pour l'aider. Je lui propose que nous commençons ce travail la semaine suivante. L'hypnose me paraît une bonne approche pour répondre à la demande de cette dame, demande qui m'aurait laissée bien impuissante avant cette formation. Je pense aussi à l'auto-hypnose au fil du temps pour elle, qui pourrait peut-être l'aider à gérer l'inconfort ressenti dans sa jambe amputée, au moment où elle en aurait le plus besoin.

RÉSULTATS ET DONNÉES CLINIQUES

1. MADAME DO

A. DÉROULÉ DES ENTRETIENS

SÉANCE 1. Proposition d'hypnose (15 janvier)

A la fin d'une de nos rencontres hebdomadaires, au cours de laquelle Mme Do s'est montrée particulièrement anxieuse, je lui explique que je pourrais la prochaine fois lui proposer un temps de travail pour l'aider à mieux contenir son anxiété, en séance avec moi, puis peut-être seule selon ses besoins. Je lui dis qu'il s'agit d'hypnose. Là, elle s'écrie :

 (Mme Do) « Ah, non, je ne veux pas dormir ! ».

Elle m'explique ce qu'elle a vu à la télévision de l'hypnose spectacle... Je lui dis que je comprends ses réticences mais qu'elle ne dormira pas, qu'elle m'entendra tout le temps et qu'elle pourra choisir ou non de faire ce que je lui propose. Je lui précise que la première séance ne serait qu'un « voyage à l'aide de son imagination ». Je lui propose d'y réfléchir et d'en reparler ensemble la semaine suivante.

SEANCE 2. Lieu sûr / agitation anxieuse (22 janvier)

Mme Do présente toujours une importante agitation anxieuse. Le début de séance se déroule comme habituellement. La verbalisation de son vécu et de ses ressentis l'apaise relativement. A un moment, je lui rappelle ses propos de la séance précédente en termes de « peur de dormir » et lui demande si elle souhaite m'en parler davantage. Mme Do me dit combien le moment d'endormissement du soir est angoissant pour elle :

 « Dormir, c'est comme mourir un peu... »

Elle, qui souvent reste très retenue dans ses propos, mettant l'accent de manière défensive sur les difficultés de son vécu quotidien, de ses relations tant avec les résidents que les soignants, ce jour peut mettre en mots son vécu anxieux.

 « Faut pas croire, j'ai pas peur de la mort, mais laisser mon fils et mon petit-fils, ça c'est dur. »

Comme à son habitude, elle clôt brutalement le sujet. Puis après un temps de silence :

 « Alors, on le fait cet exercice ? », me dit-elle.

J'accueille sa demande comme le fruit de la confiance issue de l'alliance thérapeutique, élaborée peu à peu au fil des mois. Mme Do est installée dans son fauteuil, avec ses lunettes à oxygène qui ne la quittent pas, très droite, du fait de sa difficulté à respirer. Ses mains sont toujours crispées sur les accoudoirs du fauteuil, sur lesquels elle prend appui, à chacune de ses inspirs. Je lui dis qu'aujourd'hui, je vais lui proposer de créer un lieu imaginaire dans lequel elle se sentira bien, afin d'y passer un petit moment, tout cela guidé par ma voix.

🌸 « D'accord », dit-elle simplement.

✚ (Thérapeute) « Je vous propose de vous installer le plus confortablement possible dans votre fauteuil... De prendre le temps de trouver une position qui soit la meilleure possible... Très bien... ».

D'emblée, Mme Do appuie sa tête sur le repose-tête, ce qu'elle ne fait habituellement jamais.

✚ « Je vous propose maintenant de fixer un point devant vous... ».

🌸 « La prise de télévision, ça va ? »

✚ « Oui, très bien... vos yeux qui fixent ce point vont peut-être vous picoter... ou pas... vos paupières peuvent vous paraître lourdes, si lourdes qu'elles se ferment par moment... ».

Mme Do cligne des yeux.

✚ « C'est ça... Très bien... Ne faites rien... Ressentez seulement la détente s'installer doucement en vous... Tranquillement... Vous pouvez laisser vos yeux se fermer s'ils en ressentent le besoin... »

Mme Do a les yeux fermés. Les traits de son visage sont comme aplatis, lissés, sa respiration est calme, non dyspnéique, ses bras dans une attitude relâchée sur les accoudoirs.

✚ « Voilà, très bien... Vous continuez à visualiser ce point, ce point que vos yeux fixaient, et vous allez maintenant en imaginaire, le transformer en l'étirant peu à peu.... Jusqu'à lui donner la forme d'un chemin... Voilà, comme ça, très bien ... Ce chemin, vous pouvez maintenant l'emprunter pour une promenade... Jusqu' à un lieu agréable... Quelquefois vous vous sentez agressée... Vous êtes en colère... Ou alors inquiète, vous avez peur... Il est important de savoir que vous pouvez vous réfugier dans un lieu calme, tranquille, en toute sécurité, loin des tracas quotidiens... C'est le lieu dans lequel vous êtes maintenant arrivée... Lieu où vous ressourcer... Où vous sentir en sécurité... Je vous invite à visiter en détail cet endroit... Agréable... Endroit connu de vous... Ou pas... »....

J'accompagne Mme Do dans la découverte de ce lieu, à l'aide de ses sens ; puis l'invite à installer une barrière de protection pour pouvoir se sentir vraiment en sécurité dans ce lieu, protégée des agressions extérieures.

...

✚ « *Maintenant quand vous vivrez un moment d'angoisse, de tension, de colère, vous saurez retrouver cet état de détente, de calme et de sécurité... Tout à l'heure vous pourrez déjà garder cette sensation d'apaisement, de bien-être généralisé ...* »

...

« *Je vous propose de passer encore un petit moment dans ce lieu, tranquillement... Puis lorsque vous le souhaiterez, vous reprendrez peu à peu contact avec les sensations de votre corps dans le fauteuil... Avec les bruits autour de vous... Et vous ouvrirez les yeux... Quand vous voulez...* »

Mme Do ouvre les yeux et reste immobile et tranquille, sans bouger, sa tête toujours en appui. Elle tourne son regard vers moi. Le ton de sa voix est particulièrement calme :

🌸 « *C'était bien... J'étais dans mon chalet avec mon mari... On avait fait un feu dans la cheminée et il faisait bon chaud. Qu'est-ce que j'étais bien...* ».

Elle sourit mais ne bouge toujours pas.

🌸 « *Et j'ai bien mis la barrière, en bois, tout autour !* », en riant cette fois... « *J'étais avec mon mari... Oh la la, je vous expliquerai ...* ».

Ces propos s'accompagnent d'une mimique que je reçois comme une évocation de malaise...

✚ « *Entendu Mme Do, quand vous voudrez ... Si vous le souhaitez, vous pourrez apprendre à refaire cette séance, seule... Quand vous pensez en avoir besoin... Vous pensez que ce sera possible d'essayer ?* »

🌸 « *Oui, j'irai dans mon chalet, chaque fois qu'ils m'embêteront !* »

✚ « *Avez-vous remarqué votre respiration ?* ».

🌸 « *Oui, je suis mieux... J'ai pas l'habitude...* »

Fin de séance du fait d'une entrée intempestive d'un soignant dans la chambre.

SEANCE 3. Autohypnose, premiers pas, et hypnose autrement... (29 janvier)

La semaine suivante, j'ai l'agréable surprise d'entendre Mme Do me dire dès mon arrivée qu'elle s'est isolée dans son chalet comme elle l'avait fait avec moi, quand elle a passé une mauvaise journée. Elle m'explique cela en riant, avec une pointe de fierté dans le regard. Je suis étonnée qu'elle se soit si vite appropriée cette approche... mais contente également.

🌸 « *Ca me calme... Je suis bien dans mon chalet* ».

Je l'invite à me relater la manière dont elle s'y prend. Elle m'explique qu'elle « part » le soir quand elle est couchée, qu'elle ferme les yeux et suit un chemin « dans sa tête » jusqu'à son « chalet » pour retrouver son mari. Elle mime la scène en parlant, agitant les mains en les montant vers le ciel telles des papillons. Je demande à Mme Do si elle prend le temps de

regarder autour d'elle, d'écouter, comme elle l'a fait dans la séance où je l'ai guidée ; elle dit vaguement « oui » puis reparle de la chaleur du feu dans la cheminée et de la présence de son mari puisque seul, ce sujet l'intéresse ce jour.

En effet, durant tout l'entretien, Mme Do va me parler de son mari. Elle l'avait déjà fait jusque-là à plusieurs reprises à l'aide de photos de famille qu'elle aime me montrer. Mais elle s'arrêtait toujours au bout d'un moment, parfois les larmes aux yeux. Cette fois, elle me parle du sentiment de culpabilité qui parfois l'envahit à l'idée de ne pas avoir été toujours « très gentille » avec lui et de sa crainte d'être responsable du cancer qui l'a emporté. Elle parle beaucoup, de lui, de leur couple, de leur fils, de leur histoire, sans qu'aucune intervention de ma part ne soit nécessaire. Je suis là, face à elle dans une écoute que je ressens cette fois plus empathique encore qu'avant. Elle termine son long monologue, tel un état de transe – ce que j'analyserai ainsi un peu plus tard au cours de notre formation – en m'expliquant, que d'avoir ainsi retrouvé son mari dans son chalet, sous hypnose, lui a permis de se réconcilier avec lui. Elle apprécie aussi la liberté qu'elle a de le retrouver lorsqu'elle est en auto-hypnose, présence indispensable pour elle dans ce lieu sûr.

La première séance d'hypnose me semble lui avoir permis de se réconcilier tant avec elle-même qu'avec son mari, telle une restauration narcissique. L'atténuation du sentiment de culpabilité a libéré sa parole et à son tour cette parole a achevé de la libérer de ce sentiment douloureux. Ce double mouvement ayant pris naissance durant cette première séance d'hypnose. Sans doute l'évolution de notre relation thérapeutique, du fait d'une nouvelle expérience empathique de ma part, a favorisé également cette étape de l'accompagnement de Mme Do ; notamment ce jour.

SEANCE 4. Lieu sûr pour favoriser la pratique de l'autohypnose / notion d'ancrage (5 février).

La semaine suivante, Mme Do me fait part des quelques séances d'auto-hypnose qu'elle a réalisées, toujours le soir. Elle a les larmes aux yeux en parlant des souvenirs qu'elle reconstruit avec son mari, dans ce lieu qui lui est si cher. Dans un souffle, elle me dit combien son fils lui manque aussi et combien elle se sent abandonnée. Elle pense que, malheureusement, sa famille ne se préoccupera d'elle, qu'une fois morte. Ce présent vient réactiver des souvenirs d'enfance au cours de laquelle elle avait déjà été exclue de sa famille, rejetée même, sujet déjà évoqué au cours de nos entretiens passés. Puis soudain, elle fait le geste de chasser ses idées parce qu'elle est profondément marquée par ses croyances interdisant de dire du mal de qui que ce soit sous peine d'être punie en retour... De plus, elle garde l'espoir qu'un jour sa mère lui témoignera son amour et, de fait, ne veut laisser sa

rancœur prendre le dessus quant à ses sentiments. D'où une ambivalence permanente qui l'a met parfois à mal. Elle conclut en répétant que la rencontre avec son mari, lorsqu'elle en a besoin lui fait du bien : elle en parle comme d'une permanence de l'objet qu'elle réactualise à la demande grâce à l'auto-hypnose.

Après notre échange au sujet de sa souffrance ravivée, je propose une séance d'hypnose à Mme Do dans le but de l'aider à s'approprier toujours mieux cette approche en auto-hypnose.

La séance est en partie semblable à la précédente.

Induction visuelle très courte puisque la transe est rapide. Puis déplacement dans le lieu sûr, que je l'invite à explorer. Au vu de nos échanges, j'insiste sur la notion de confort à partir de la chaleur du feu dans la cheminée. De même sur la présence d'une personne avec laquelle elle se sent bien, auprès de laquelle elle se sent en paix puisqu'elles ont su se réconcilier. Je demande à Mme Do de choisir un geste qu'elle pourra refaire chaque fois qu'elle sera en difficulté, lui permettant de retrouver rapidement le chemin vers son lieu sûr : après un temps que je trouve long, elle fait un geste avec ses doigts. Je termine par des suggestions post-hypnotiques que j'ai retravaillées, orientées vers l'anticipation des états de perte de contrôle.

✚ « *Maintenant... Quand vous sentirez l'angoisse monter en vous... Ou une tension s'installer due à un sentiment d'injustice... D'incompréhension... De manque de reconnaissance... Quand vous sentirez un mal-être vous envahir, alors vous saurez retrouver cet état de détente... De calme... De sécurité... Vous saurez garder le contrôle et rester dans un état confortable et agréable... Comme maintenant... Tout à l'heure, vous pourrez déjà garder cette sensation d'apaisement, de bien-être généralisé... Dans tout votre corps... Au niveau de votre respiration aussi, plus ample, plus calme* ».

S'ensuit la phase de retour. Mme Do présente le même état de détente avec l'amélioration respiratoire évidente déjà vécue lors de la première séance. Elle garde ensuite le rythme respiratoire qu'elle avait durant la transe : inspirs et expirs plus amples, mêmes si limitées bien sûr, mais se réalisant sans effort. Lors de la première séance, je le lui avais juste fait remarquer. Cette fois-ci, je lui demande s'il elle accepte que nous travaillions sur ce qui pourrait être amélioré au niveau respiratoire afin de lui apporter plus de confort : elle accepte. Je valorise sa capacité à se remémorer des souvenirs positifs et l'invite à ne pas limiter ses séances d'auto-hypnose aux soirs. Peut-être pourrait-elle les réaliser également telle une action préventive, notamment avant d'avoir à se confronter aux temps les plus sensibles pour elle, à savoir ceux des moments de vie collective.

Je lui demande enfin si elle se souvient du geste que je lui ai demandé de choisir : elle le refait en éclatant de rire... mais ne l'utilisera pas pour autant par la suite.

SEANCE 5. Colère - le poing serré (19 février)

J'arrive dans la chambre de Mme Do que je trouve assise dans son fauteuil, très agitée et de ce fait dyspnéique. D'emblée, elle me raconte avec virulence une altercation vécue le week-end précédent avec une soignante. Elle se montre très en colère. Le ton est monté entre elles, ce qui a amené la soignante à la raccompagner « vivement » de la salle à manger dans sa chambre : ce changement de lieu implique un temps sans aide respiratoire, passage de l'oxygénothérapie par l'extracteur installé vers elle en salle à manger, à l'oxygène de sa chambre. Dans ses excès habituels, elle parle de porter plainte, signe de l'impact émotionnel de l'évènement sur elle. Quoi qu'il se soit passé, que cela vient-il réactiver chez Mme Do pour que quatre jours après elle soit encore si envahie par sa colère ? Elle dit avoir eu peur de mourir, s'être sentie étouffer du fait de son état d'énervement et du déplacement qu'elle a vécu comme brutal. Malgré la verbalisation de sa peur, la colère domine son discours et se majore au fil de ses propos. On la dirait en état de dissociation négative.

Doucement tout en lui parlant, je lui prends la main, l'invite à fermer son poing. Je l'accompagne dans ce mouvement. Je lui propose de serrer son poing le plus fort possible, en imaginant qu'elle emprisonne toute sa colère à l'intérieur. D'emblée, très concentrée sur ce poing, elle ferme les yeux et je vois son visage d'abord se crispier puis peu à peu se détendre, j'entends sa respiration s'apaiser. Je constate combien son poing continu à se serrer de plus en plus dans son état de transe. Je l'invite à laisser travailler sa colère et à partir se réfugier dans son chalet. J'assortis ce moment de paroles autour de la chaleur du feu dans la cheminée, du bien-être et de la sécurité dans ce lieu dans lequel aucune situation agressive ne peut l'atteindre. J'accompagne quelques allers-retours du poing à son lieu ressource, puis l'invite à desserrer son poing peu à peu à partir du moment où elle sent que sa colère la quitte.

Dès que Mme Do ouvre les yeux, elle me dit très calmement :

 « Vous savez, elle m'a maltraitée comme l'autre (le conjoint avec lequel elle a vécu suite au décès de son mari) le faisait... Il m'a fait peur plus d'une fois... J'ai eu peur de mourir... La maltraitance je connais, alors je n'en veux plus... Chaque fois je crois que c'est fini et ça recommence... »

J'avais le sentiment que Mme Do n'était pas tout à fait sortie de sa transe ; alors je me suis contentée de l'écouter, de valider. Nous sommes restées un moment silencieuses. Puis, je lui ai demandé comment elle se sentait :

🌸 « *Mieux. La prochaine fois je partirai me promener chez mon fils !!* » en éclatant de rire.

🌈 « *Souhaitez-vous m'en dire plus aujourd'hui ?* »

🌸 « *Non. La prochaine fois peut-être... Là je suis trop bien* ».

L'entretien s'arrête là ce jour, sans que nous évoquions ses séances d'auto-hypnose.

SEANCE 6. Douleur et manque affectif (26 février)

Ce jour, Mme Do ne reparle pas du sujet de la semaine précédente puisque son besoin du moment est autre. En effet, elle souffre d'un problème au niveau de la langue, qui s'est aggravé rapidement et elle craint de souffrir d'un cancer ; ceci du fait des traitements successifs qui s'avèrent inefficaces. Elle a mal surtout la nuit, où la douleur la réveille. Elle me dit qu'elle ne parvient plus à utiliser l'auto-hypnose parce qu'elle est trop agitée pour y parvenir. Je lui demande ce qu'elle imagine qui soulagerait cette douleur ; elle parle du froid qui intuitivement pourrait être appréciable. Dans sa détresse de ce jour, elle me dit aussi combien son fils lui manque d'autant plus en cette période incertaine quant au diagnostic de son problème de santé. Mme Do, ce jour, se montre accablée, comme anéantie par cette difficulté supplémentaire qui vient se cumuler aux précédentes, déjà bien invalidantes.

Je lui propose une séance d'hypnose dans laquelle, de manière totalement improvisée, je tente de répondre à sa demande à savoir celle de se trouver dans un lieu-ressource en présence de son fils dont l'absence lui pèse. Et pourquoi ne pas associer des suggestions pour atténuer la douleur de sa langue...

Cette fois, l'induction visuelle ne permet pas à Mme Do d'entrer en transe et je prends donc le temps de l'accompagner à ressentir tous ses points d'appui dans le fauteuil. La détente s'installe peu à peu et l'état hypnotique survient. Comme pour le lieu sécurisé, j'accompagne Mme Do à suivre un chemin qui l'amène chez son fils ; je prends le temps de l'aider à s'installer dans ce lieu en lui proposant d'observer, d'écouter,... Je l'invite à imaginer que son fils lui a préparé un bon repas, de sentir les odeurs, d'anticiper le goût,... Pour pouvoir faire honneur à ce repas, il a prévu qu'elle mange tout d'abord un peu de glace... Je l'accompagne à manger cette glace suggérant que peu à peu elle anesthésie sa langue, atténuant la douleur sans pour autant la supprimer, juste pour lui permettre de manger ces bonnes choses. Je guide ensuite Mme Do à partager tout à la fois un bon repas mais aussi un bon moment avec son fils... valorisant l'aspect apaisant de la situation. Je termine par une suggestion post-hypnotique concernant sa capacité à retrouver cette tranquillité, ce soulagement de la douleur quand elle en aura besoin...

En sortant de la transe, Mme Do est calme, puis après un temps de silence, elle sourit peu à peu et me dit en riant qu'elle a mangé des frites chez son fils... Je l'écoute me rapporter quelques éléments qui traduisent sa bonne humeur retrouvée suite à cette séance. Cette fois, la dyspnée bien que moindre est toujours présente, signe d'une anxiété moins apaisée que lors des précédentes séances. Je l'invite à reproduire cette séance en auto-hypnose et lui demande comment elle ferait. Elle me répond qu'elle imaginerait manger une glace quand elle a mal. Je lui propose de garder la même trame de début pour parvenir au mieux à l'état hypnotique. Je la quitte juste avant l'heure du repas. Elle me téléphonera plus tard pour me dire qu'elle a pu manger ce midi en souffrant beaucoup moins que lors des autres repas.

B. SYNTHÈSE

Mars

Par la suite Mme Do a refusé les séances d'hypnose. En revanche les entretiens cliniques hebdomadaires se poursuivent qu'elle attend avec impatience pour mettre à minima en mots son anxiété, sur un mode logorrhéique. Le caractère incertain du diagnostic concernant son nouveau problème de santé, oblige Mme Do à se mettre dans une position d'attente si anxiogène qu'elle se ferme à toute proposition, bien au-delà des séances d'hypnose. Mme Do a renoncé aussi à l'auto-hypnose, après avoir pendant quelques temps poursuivi les séances qui l'amenaient au plus près de son mari ou de son fils ; son seul objectif était celui-ci, qui la motivait à prendre le temps d'entrer en transe notamment le soir. La douleur constante de sa langue, majorée la nuit, l'empêche de se rendre disponible à elle-même. Elle semble en permanence en état de dissociation négative (douleur et anxiété se cumulent) que j'accompagne en hypnose conversationnelle.

D'avril à mai

Relativement apaisée par les dernières séances, c'est Mme Do elle-même qui m'a demandé à nouveau une séance d'hypnose « comme avant ».

A ce jour, nous partageons encore de tels moments chaque fois qu'elle le souhaite, de manière à limiter les manifestations de son anxiété et de sa douleur. La reprise des séances d'hypnose formelle a permis à Mme Do de retrouver le chemin de ses propres séances qu'elle pratique le soir en évoquant des souvenirs diversifiés, joyeux et valorisants. Ils favorisent son endormissement les soirs où elle se sent particulièrement tendue.

Le mieux-être est relatif pour Mme Do, les relations sont plus apaisées, la qualité du sommeil retrouvée. Elle est moins souvent submergée par son angoisse, contenue à minima dans ce contexte palliatif.

2. MONSIEUR RÉ

A. DÉROULÉ DES ENTRETIENS

SEANCE 1. Totale improvisation... (12 janvier)

Comme convenu avec M. Ré, je me rends dans sa chambre un après-midi et le trouve emmitouflé, assis sur sa terrasse où il fume une cigarette. Il m'invite à m'asseoir vers lui et m'explique d'emblée sa difficulté : il doit être opéré dans moins de trois semaines et a terriblement peur de l'anesthésie. Il me dit ne plus dormir, se décrit comme submergé par cette peur qui ne le quitte plus. Je lui demande ce qu'il imagine qui pourrait se passer au cours de ce temps d'anesthésie. Il me répond qu'il a peur de ne pas se réveiller... Il a déjà subi des interventions chirurgicales qui se sont bien déroulées mais ces expériences, en tant que ressources positives, ne sont pas mobilisables ce jour. Je lui demande s'il sait ce qui l'aiderait quant à cette peur. Il répond de suite qu'il n'aurait pas peur si ses enfants étaient vers lui. Cette présence suffirait à le rassurer.

Mais il sait que ce n'est pas possible : ils vivent à quelques 400 km, ne lui rendent jamais visite et semblent juste tolérer quelques appels téléphoniques de sa part. Ce sujet a été travaillé avec l'équipe mobile de psychiatrie dans les premiers temps de son institutionnalisation parce que les relations avec ses enfants étaient si conflictuelles, alors qu'uniquement téléphoniques déjà, qu'elles généraient de sa part des comportements violents aussi imprévisibles que paroxystiques au sein du service. Un compromis semble avoir été trouvé, qui permet à M. Ré de ne plus décompenser depuis plusieurs mois. Je ne le questionne pas plus sur ses enfants et ses relations particulièrement précaires avec eux : il sait qu'il peut m'en parler s'il le souhaite. M. Ré m'avait déjà sollicitée quelques temps auparavant pour me parler de sa profonde tristesse au moment de la date anniversaire du décès de sa petite-fille, morte très jeune des suites d'une maladie.

Pensant à l'hypnose de manière spontanée, je lui demande si en fermant les yeux, il peut avoir une image de ses enfants, comme sur un écran derrière ses yeux clos... M. Ré ferme aussitôt

les yeux puis me dit qu'il voit très bien les visages de son fils, de sa fille et également de son petit-fils. Je lui demande s'il les voit dans un lieu précis. Il me parle tout en gardant les yeux fermés et me précise qu'il est avec eux à Marseille. Il ouvre les yeux et me dit en souriant qu'il est content de les avoir vus. J'invite M. Ré à me décrire ce moment, à me parler de ses enfants tels qu'il les a vus,... Nous terminons l'entretien par ce temps d'hypnose conversationnelle au cours duquel nous échangeons sur les souvenirs avec ses enfants. Je le laisse dans une sorte d'état de béatitude, étonné de la tranquillité qu'il ressent.

Pour ma part, je ne sais ce qui s'est vraiment passé sur cette terrasse, dans le froid de janvier. Mais j'invite M. Ré à prendre le temps de s'installer à nouveau confortablement et à s'imaginer avec ses enfants, comme il l'a fait ce jour, de temps en temps, quand il se sent disponible. En proposant cela, je pense que l'entretien de ce jour n'aura pas de suite puisque, habituellement, la demande de M. Ré est si ponctuelle, exprimée presque comme une décharge émotionnelle qu'il n'est pas demandeur de deux entretiens consécutifs. Par habitude, je lui demande cependant s'il souhaite une suite à cet entretien. A mon grand étonnement, cette fois-ci, il accepte volontiers.

SEANCE 2. Séance formelle (19 janvier)

J'arrive dans la chambre de M. Ré qui écoute de la musique, assis sur le bord de son lit. Il me dit d'emblée qu'il se sent mieux et qu'il voudrait refaire « comme la semaine dernière » parce que « c'était bien ». Aussitôt il s'étend sur son lit, ferme les yeux et me dit qu'il est prêt. Une fois ma surprise passée, je lui demande :

✚ (Thérapeute) « Mais qu'attendez-vous de l'entretien de ce jour ? »

👤 (M. Ré) « Je voudrais voir mes enfants... A Marseille... Ça me fait du bien »

✚ « Entendu, mais que pensez-vous que ça vous apporte ? »

👤 « Je me sens moins seul et si c'est comme ça à l'hôpital, ça ira »

✚ « Avez-vous essayé de vous souvenir d'eux, seul ? »

👤 « Oui mais je n'y arrive pas longtemps »

✚ « Ce que je vais vous proposer là maintenant s'appelle de l'hypnose. Voulez-vous que je vous explique un peu plus avant de commencer ? »

👤 « Ah bon, c'est de l'hypnose ?... Alors on y va ??? »

Je choisis de répondre à la demande de M. Ré, un peu incrédule par le début de notre entretien. L'induction sera courte. Monsieur Ré ayant déjà les yeux fermés, je l'invite à prendre conscience de sa respiration, à ressentir l'air frais qui entre par ses narines et emplit son thorax puis l'air chaud qu'il expulse. Je lui propose d'allonger son temps d'expir tout en

synchronisant ma respiration sur la sienne, afin de lui donner plus d'ampleur. Rapidement, son visage prend une apparence plus aplatie, sa respiration est apaisée.

✚ « *Je vous invite à imaginer un chemin qui s'allonge devant vous, qui s'étire devant vous tel un ruban... Vous allez l'emprunter et le suivre tranquillement... Vous prenez le temps d'apprécier cette promenade comme un moment agréable. Ce chemin vous mène à une ville que vous connaissez bien... Vous la redécouvrez en regardant autour de vous... Les monuments, les rues, les maisons,... Peut-être vous trouvez-vous dans un endroit calme, ou alors très animé, je ne sais pas... mais vous reprenez contact avec l'ambiance de cette ville que vous aimez tant, avec des sons qui peut-être vous sont familiers... Des personnes apparaissent que vous connaissez bien... Vous les regardez arriver vers vous... Les retrouvailles sont chaleureuses... Votre promenade se poursuit en famille... Vous vous sentez apaisé et tranquille... Vous appréciez parler ensemble, vous profitez des rires de chacun qui emplissent vos oreilles... Une chaleur agréable se dégage de l'ambiance de ce temps passé ensemble... Cette chaleur, douce, vous envahit... Vous apaise »*

...

J'accompagne M. Ré dans ce lieu en sollicitant ses sens, un par un.

...

✚ « *Cet instant agréable est précieux... Et vous saurez, lorsque vous en aurez besoin, vous retrouver dans cette ambiance rassurante et chaleureuse... Qui vous apaise et vous tranquillise... Surtout à l'hôpital, prochainement... Vous pourrez ensuite quand vous le souhaitez, revenir à la réalité, en reprenant contact avec le son de ma voix, avec la sensation de votre corps sur le lit, avec la chambre qui vous entoure. Vous ouvrirez les yeux quand vous serez prêt. »*

...

M. Ré n'ouvre pas les yeux de suite. Lorsqu'il le fait, il garde les yeux fixes devant lui ; puis il me regarde et sourit.

🌸 « *J'étais bien...* », dit-il.

Puis il reste silencieux. Il n'est pas tout à fait sorti de la transe.

Je l'invite à prendre peu à peu de plus grandes inspirs, à s'étirer doucement. Il me donne l'impression d'avoir vécu une expérience qui le bouleverse.

🌸 « *C'était super. Comment c'est possible ?... Je n'ai plus peur de l'hôpital... Ils seront toujours là* », d'un ton extrêmement tranquille, empreint de sérénité.

Une fois M. Ré plus présent à la relation, il reprend sa position assise. Je lui demande s'il souhaite m'en dire plus. Il répète :

🌸 « *J'étais à Marseille avec mes enfants. On se promenait dans la ville... »*

Puis à nouveau il se tait, souriant, le regard dans le vague.

✚ « *Alors vous êtes satisfait de votre première séance d'hypnose ? »*

🌸 « *Ah bon, c'est vraiment ça l'hypnose ?* », en riant.

✚ « *M. Ré, vous pouvez essayer de retrouver cette même sensation en refaisant seul cette séance. En prenant le temps de vous installer de la même manière. En vous concentrant sur votre respiration, en imaginant le chemin derrière vos yeux qui vous amène là où vous le souhaitez... Vous pouvez essayer et nous en reparlerons ensemble, car votre hospitalisation est pour bientôt »*

🌸 « *Je pourrai le faire à l'hôpital ? »*

✚ « *Bien sûr. Mais peut-être faut-il que vous ayez déjà l'habitude de le faire ici. La semaine prochaine nous pourrions surtout axer notre séance sur cet apprentissage ? »*

🌸 « *Oui, je veux bien ».*

SEANCE 3. Pas de séance... (28 janvier)

La semaine suivante M. Ré avait un rendez-vous médical l'après-midi où je devais le rencontrer, veille de son départ à l'hôpital. Ne m'ayant pas prévenue, il n'a pas été possible de nous revoir avant son intervention chirurgicale.

B. SYNTHÈSE

9 février

A son retour d'hospitalisation, je me rends auprès de M. Ré pour prendre de ses nouvelles. Il me relate avec calme ce qu'il a vécu, disant que tout s'est bien passé. Je lui demande s'il a pu gérer au mieux le temps précédent son anesthésie dont il avait si peur. Il me répond qu'il a fait « comme avec moi » et que tout est passé très vite, sans problème. Je n'en saurai pas plus. Il ajoute qu'il était sûr que tout irait bien car il avait compris qu'il avait juste besoin de ses enfants. Il dit reproduire cette séance aussi de temps en temps, seul dans sa chambre, l'après-midi quand il trouve le temps long. Il ne souhaite pas que je reste plus vers lui ; il n'est effectivement pas demandeur d'un entretien ce jour.

De février à mai

M. Ré m'a sollicité par deux fois, depuis notre dernier entretien : un jour alors qu'il était très en souffrance quant à ses enfants, nous avons échangé dans la salle à manger du service ; et

dernièrement, dans un couloir, pour me dire qu'il devait se faire opérer de la cataracte et qu'il utiliserait à nouveau l'auto-hypnose à l'hôpital, en reproduisant la séance réalisée ensemble. En réponse à ma question, il me dit brièvement que de temps en temps, il pense à ses enfants quand il se repose dans sa chambre et s'imagine en fermant les yeux passer de bons moments avec eux. Rien de plus.

De manière informelle, M. Ré me parle régulièrement de tout et de rien lorsque nous nous croisons dans les couloirs, tout sourire actuellement. Les soignants disent de lui qu'il a changé, qu'il est très calme, détendu, malgré les deux hospitalisations récentes.

3. MADAME MI

A. DÉROULÉ DES ENTRETIENS

SEANCE 1. Hypnose conversationnelle / inconfort du membre fantôme (12 février)

Je me rends auprès de Mme Mi, le jeudi matin suivant notre premier entretien, moment choisi par elle-même comme étant le plus propice à notre travail débutant. J'entends de Mme Mi les mêmes plaintes que la semaine dernière, puis une insistante demande à se trouver soulagée de l'inconfort que son membre fantôme lui provoque. Je l'invite à me décrire avec précision ce qu'elle ressent ; ce qu'elle fait avec minutie, de manière très concentrée...

Les yeux fixés sur le drap « vide », elle me parle de la position de sa jambe qui la dérange et surtout de la sensation de froid qui l'envahit très en profondeur. Je lui propose d'imaginer le mouvement de sa jambe, de manière à la positionner mieux ; je ratifie à plusieurs reprises ses « efforts » qu'elle ponctue de :

 (Mme Mi) « Elle bouge ?!! ça y est, elle est mieux comme ça ! ».

Elle dit à la fois son étonnement et sa grande satisfaction à avoir réussi à étendre sa jambe comme l'autre, dans une position beaucoup plus confortable. Je lui demande ensuite quelle est la sensation, en termes de chaleur, ressentie dans sa jambe droite :

 « La droite est chaude, mais la gauche... Oh la la, qu'est-ce qu'elle est froide ! »

Je l'invite à ressentir plus encore la chaleur de sa jambe droite, puis peu à peu à imaginer étendre cette sensation agréable à sa jambe amputée. Je l'accompagne en ratifiant encore, de manière à l'aider à garder le contact avec son état intérieur et en verbalisant le trajet de cette chaleur bienfaisante qui diffuse d'un membre à l'autre.

🌸 « Ça marche, elle est chaude maintenant ! », sans quitter le drap des yeux.

Mme Mi me regarde et ne cesse de parler de ce bien-être actuel de manière quasi-émue, tant la sensation semble nouvelle pour elle. Elle ne cesse de me remercier et me propose de revenir la semaine prochaine pour voir comment le bénéfice de la séance de ce jour aura évolué. J'explique à Mme Mi que ce que je viens de lui proposer s'apparente à l'hypnose, approche à laquelle je me forme depuis quelques mois. Sans plus de commentaire de sa part qu'un laconique :

🌸 « Ah bon ? Et bien c'est drôlement efficace ! »

Je lui propose d'en reparler la semaine suivante parce que je pourrais l'accompagner en hypnose d'autre manière si elle est d'accord.

SEANCE 2. Hypnose formelle / sensation de froid du membre fantôme (19 février)

Le jeudi suivant, Mme Mi est encore sous le choc (ou sous le charme) de notre première séance. Ravi du soulagement qu'elle a eu quant à la sensation habituelle de froid de son membre fantôme, qui n'a pour autant duré que la matinée. En revanche elle m'explique pouvoir maintenant contrôler la position de sa jambe, tant lorsqu'elle se trouve assise que couchée ; elle me raconte dans le détail comment elle imagine sa jambe en regardant l'espace vide à côté de la droite, et comment elle la guide de manière à ce qu'elle s'aligne sur l'autre, dans une position confortable. Ce contrôle nouveau lui apporte un grand soulagement, dans le sens d'une assurance à ne plus vivre des moments douloureux comme elle en a eus, qui la laissait impuissante, elle qui est habituellement tant dans la maîtrise...

Je propose à Mme Mi une séance d'hypnose pour reprendre sous une autre forme la problématique de sa sensation de froid si désagréable. Je lui dis qu'elle n'aura qu'à suivre ma voix, qui l'accompagnera au soleil en imagination. Je lui demande si elle aimerait s'imaginer sur une plage. Elle accepte.

Mme Mi, jusque-là assise dans son lit, s'installe en position couchée ; je la vois s'aidant de la potence qui surplombe son lit, chercher une position plus confortable, au prix d'efforts impressionnants.

Je lui propose de fixer un point devant elle, de le voir peut-être devenir plus brillant ou plus flou...de sentir ses paupières devenir lourdes et avoir envie de se fermer... Malgré mes propos toujours autour de ce point et de la fermeture de ses paupières, Mme Mi garde les yeux grands ouverts. Je la perçois dans la maîtrise, en difficulté pour entrer en transe. J'oriente alors l'induction sur le versant kinesthésique, qui après coup me semble assez évident au vu de ses préoccupations. Je lui propose de porter son attention sur les points de contact de son corps

dans le lit, de la tête aux pieds, d'en ressentir la lourdeur telle une sensation agréable qui l'amène juste à se sentir là, présente à ce temps particulier. Ces yeux sont toujours ouverts mais je la sens plus détendue.

Une fois les parties du corps citées, je l'invite à s'imaginer sur une plage ; je l'amène à visiter ce lieu, en lui proposant de prendre conscience de toutes les sensations possibles qui peuvent s'offrir à elle, visuelles, auditives,.... Ses yeux se ferment, sa respiration est plus ample. Puis je lui propose de ressentir la chaleur particulièrement bienfaisante du soleil qui brille ce jour et apporte une douce chaleur ambiante. J'oriente mes suggestions sur les sensations agréables de chaque partie du corps sous les rayons de ce soleil. Surtout ses deux jambes qui bénéficient encore plus de cette chaleur. Je lui propose d'imaginer les rayons du soleil qui s'attardent sur ses jambes amenant une sensation de confort très agréable.

🌸 « *C'est fantastique, je le sens* », sans bouger ni ouvrir les yeux.

Cette intervention de sa part me laisse à penser que la transe est légère, mais cependant suffisante...

Je l'accompagne encore un moment dans ce même contexte, puis énonce une suggestion post-hypnotique en terme d'apprentissage : je parle de la manière dont elle a pu apprendre à lire, des débuts hésitants jusqu'à l'automatisme acquis sans savoir vraiment comment... pour faire le parallèle avec cette séance qu'elle pourrait reproduire seule en y incluant les mêmes suggestions.

Je l'invite ensuite à prendre le temps de revenir, en s'étirant, en respirant plus amplement... Mme Mi ouvre rapidement les yeux, ce qui confirme mon idée de transe légère de sa part. Elle me parle de suite, gardant cependant le regard fixe :

🌸 « *J'étais bien, j'étais en Italie là où mes sœurs m'avait emmenée en vacances. J'ai bien senti le soleil. Ma jambe est bien, là ; elle est chaude maintenant* »

Puis après un temps de silence :

🌸 « *Et je suis calme... Je n'ai jamais été comme ça... Je suis complètement détendue !* »

Il semble que quelque chose se soit produit pour Mme Mi au-delà du confort de sa jambe ; elle semble avoir redécouvert un état global de bien-être rarement ressenti par elle.

En fin d'entretien, Mme Mi me dit qu'elle va continuer à positionner sa jambe de manière la plus confortable possible. Je l'invite également à reproduire la séance que nous venons de faire, pour la chaleur mais également pour la détente. Elle espère bien y parvenir. Mais elle me dit qu'elle ne souhaite pas « repartir » en Italie :

🌸 « *C'est trop dur d'y penser !* »

SEANCE 3. Hypnose formelle / détente et apaisement. Auto-hypnose (5 mars)

Mme Mi se montre assez agitée ce jour, les traits du visage son tirés, elle semble préoccupée. Elle me parle d'un souci qu'elle a concernant l'un de ses petits-fils marié à une jeune femme chilienne ; celle-ci souhaite repartir quelques temps dans son pays avec les trois enfants du couple. Mme Mi dit combien elle est bouleversée par cette nouvelle récente, verbalise son inquiétude pour chacun des acteurs de cet évènement, pour enfin dire qu'elle est envahie par l'anxiété que génère cette histoire qui la met dans un état de tension permanent.

Puis, elle évoque sa semaine et je lui demande ce qu'elle a pu faire pour elle-même ; elle me parle d'emblée de ses séances d'auto-hypnose. Elle positionne toujours sa jambe, avec de plus en plus de facilité. Mais elle me dit avoir aussi reproduit la séance réalisée avec moi, non pour la chaleur à retrouver dans sa jambe en souffrance, mais pour ses problèmes de sommeil ; en effet elle m'explique s'endormir vite mais se réveiller environ deux heures après et ne pouvoir retrouver le sommeil. C'est à ce moment qu'elle reproduit la phase d'induction en passant en revue les points de contact de son corps dans son lit et s'endort de suite. Elle s'est donc appropriée à sa façon la séance dernière, de manière particulièrement autonome. Je valorise sa capacité à avoir en peu de temps su utiliser cette approche pour son bien-être même en dehors de nos séances. Je lui demande ce qu'elle souhaite pour aujourd'hui.

🌸 « *Juste quelque chose pour me détendre... Je n'en peux plus d'être angoissée comme ça !* »

Je lui propose une séance d'hypnose. L'induction sera plus longue parce que je lui ai d'abord proposé de se concentrer sur sa respiration qui était très saccadée ce jour et je l'ai accompagnée à la rendre plus ample et plus tranquille; ce qui nous a demandé un peu de temps. Par la suite, j'ai abordé l'attention qu'elle pouvait porter aux points de contact de son corps, qui est venue majorer la détente qui commençait à s'amorcer.

Puis, la séance a été très semblable à la précédente, avec des suggestions de détente, de bien-être et de confort. Afin de renforcer l'apprentissage de l'auto-hypnose, je lui ai proposé de choisir un geste qui pourrait l'aider à retrouver l'état de détente actuel... Le geste n'est jamais apparu... Pour terminer par des suggestions post-hypnotiques :

✚ « *Maintenant quand vous vivrez un moment d'angoisse, de tension, vous saurez retrouver le chemin vers cet état de détente, de calme... Tout à l'heure vous pourrez déjà garder cette sensation d'apaisement, de bien-être généralisé...* »

A son retour aussi rapide que lors de la première séance, Mme Mi me dit :

🌸 « *Ça va mieux... Je me sens mieux... C'est bien. Olala, je suis bien !* »

Elle n'a aucun souvenir de ma demande de geste d'ancrage, au sujet duquel je la questionne. Nous en restons là ce jour, Mme Mi souhaitant bénéficier encore un peu de ce moment à elle. Il semble qu'elle puisse apprécier de manière parcimonieuse les moments de solitude et d'inaction qui la mettaient jusque-là si souvent à mal...

B. SYNTHÈSE

De mars à mai

La séance suivante n'a pu avoir lieu pour une question de disponibilité de chacune. Cependant Mme Mi n'a pas manqué de m'interpeller, joviale, au cours de ses multiples déplacements pour me dire qu'elle dormait toujours bien, maintenant qu'elle pouvait reproduire nos séances lors de ses épisodes d'insomnie. .

Nos entretiens et séances d'hypnose ont été réguliers, chaque semaine, durant tout le mois de mars. Mme Mi continue à positionner sa jambe ainsi qu'à la réchauffer chaque fois qu'elle en éprouve le besoin. Elle pratique également l'auto-hypnose la nuit, lors de ses moments d'insomnie. Souvent efficace sauf lors des temps d'anxiété paroxystique, très rares maintenant.

Les soignants parviennent à communiquer plus facilement avec Mme Mi, dont ils disent qu'elle est plus calme et conciliante.

DISCUSSION THÉORICO-CLINIQUE

1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE

La recherche présentée dans ce mémoire avait pour but d'étudier comment la personne âgée vivant en institution pouvait s'approprier la pratique de l'auto-hypnose pour pallier certaines de ses difficultés en lien avec le processus de vieillissement.

Au cours de cette partie, je vais m'appuyer sur trois éléments d'analyse :

- les premiers pas en hypnose puis auto-hypnose des trois personnes accompagnées
- les entretiens à posteriori (en annexes de ce mémoire) au cours desquels elles m'ont elles-mêmes parlé de leurs expériences
- le point de vue des soignants quant à l'évolution de ces personnes

Puis en confrontant cette analyse à la problématique de départ, j'en discuterai les conclusions au regard d'éléments théoriques.

2. ANALYSE DES DONNÉES

A. RETOUR AUX HYPOTHÈSES FONCTIONNELLES

- Les trois personnes ont montré leur capacité à initier les séances d'auto-hypnose, à être ainsi acteur du processus, mais également auteur (forme et contenu). Donc dans une posture de sujet pensant et désirant.

De fait, le caractère autonome de leur pratique est évident, chacune ayant intégré spontanément ces temps au déroulé de sa vie : moment choisi, fréquence, séances personnalisées. Mais pour autant il est moins facile de parler de valorisation quant à un apprentissage; en effet une seule personne a pu verbaliser, et qui plus est en réponse à ma question, sa satisfaction quant à la notion de réussite. Pour les autres, bien qu'elles aient été sensibles aux compliments que j'ai pu leur exprimer, elles ont plutôt témoigné d'une certaine incrédulité quant à mon questionnement à ce sujet.

Chacune s'est montrée capable de pratiquer l'auto-hypnose de manière autonome, dans une posture tant d'auteur que d'acteur de cette pratique. Mais pour deux personnes ce sont plus les effets de la pratique de l'auto-hypnose qui ont un impact favorable sur l'estime de soi que l'idée de réussite d'un apprentissage de cette approche.

- Concernant l'importance du moment choisi pour réaliser les séances, M. Ré a pu vivre au mieux son moment d'anesthésie grâce à l'auto-hypnose, qui lui a permis de pallier son angoisse. Lorsque le manque de ses enfants est trop vif, il dit « s'évader en imagination » avec eux, moment qui l'apaise à minima. Cette évocation atténue la souffrance liée à l'éloignement voire au rejet.

Mme Mi utilise cette approche chaque fois qu'apparaît une sensation d'inconfort au niveau de son membre fantôme. De plus, elle pratique l'auto-hypnose en cas d'insomnie, qui l'aide à retrouver le sommeil : se focaliser sur elle, reprendre contact avec les perceptions de son corps, la décentre de ses pensées anxiogènes qui habituellement l'assaillent.

Mme Do pratique l'auto-hypnose le soir des « mauvaises journées » où la détresse l'envahit et de plus, moment où l'angoisse de mort est ravivée à l'approche du sommeil. Dans un premier temps la fonction contenante est assurée par la plongée dans son lieu sûr qu'elle a construit au sein d'un souvenir particulièrement affectif. Puis dans un second temps, les souvenirs se sont diversifiés lui apportant toujours le même bénéfice.

Chacun a pu utiliser spontanément l'auto-hypnose au moment où intuitivement il sentait que cette approche le soutiendrait : moments de fragilité accrue surtout, où la contenance faisait défaut ; l'auto-hypnose représente alors un temps de pause dans le continuum de la vie, le résident initiant la reprise de contact avec sa vie intérieure de manière bénéfique d'autant plus que personnalisée.

- Concernant la remémoration de souvenirs choisis au cours de ses séances d'auto-hypnose, Mme Do pour sa part, réactive un souvenir précieux en suivant « un chemin dans sa tête » : elle « part » dans son chalet retrouver son mari, décédé depuis plusieurs années, mais identifié comme soutien indispensable. En auto-hypnose, la perception agréable de la chaleur du feu dans la cheminée, des rires partagés tout au long des rencontres avec son mari, des danses avec ses amies, lui procure également une satisfaction toute narcissique.

M. Ré, en auto-hypnose, revit le souvenir de rencontres anciennes avec ses enfants. Sa sensorialité est stimulée notamment par ce qu'il en entend, ce qu'il en voit, dans cette ville

qu'il parcourt avec plaisir. Les rires, les échanges avec ses enfants dans une tonalité joyeuse, le repositionnent dans une posture de père très narcissisante.

Pour Mme Mi, l'usage de l'auto-hypnose est différent. Elle choisit de solliciter sa sensorialité sans faire appel à des souvenirs, se centrant sur sa corporalité. Elle prête attention à ses perceptions kinesthésiques et cénesthésiques qui l'amènent à un état de dissociation dont l'effet est tout aussi bénéfique sur le plan narcissique et par extension sur le plan identitaire. En effet il lui permet une perception différente d'elle-même, dans une tonalité de confort.

L'évocation de souvenirs choisis par la personne en auto-hypnose, les sensations qu'elle lui procure sont une porte d'accès riche et opérante pour deux des personnes sollicitées, les menant ainsi à la dissociation. La troisième en revanche sait susciter ce même état par une autre approche. Mais pour chacun, la satisfaction narcissique est là qui valide l'hypothèse de l'étaillage identitaire que procure cette pratique.

B. HYPOTHÈSE THÉORIQUE

Les trois personnes âgées citées dans cette étude ont montré qu'elles sont en capacité de pratiquer l'auto-hypnose ; nous avons également approché la singularité avec laquelle elles se sont appropriées ces temps de reprise de contact avec leur vie intérieure. Chacune d'entre elles a remobilisé des ressources propres à son vécu, de manière à pallier au mieux les difficultés inhérentes au processus inéluctable de son vieillissement, dans le contexte institutionnel.

Les ressources ainsi sollicitées apportent un éclairage notable sur les manques et besoins de ces personnes, sur leur vécu du vieillissement bien au-delà de ce qu'elles nous donnent à voir habituellement. Tout comme elles nous renseignent sur leur potentiel mobilisable.

3. CONFRONTATION DES DONNÉES À LA PROBLÉMATIQUE

A. DE LA SINGULARITÉ DES RESSOURCES DE CHACUN

a) Madame Do

Mme Do est très atteinte dans son corps du fait de ses pathologies. Son image du corps est altérée. Elle se sent vulnérable du fait du rétrécissement de son espace personnel (déplacements réduits et demandes d'aide obligées). Elle sait que le temps qui lui reste à vivre est compté et malgré chaque limitation nouvelle, garde un certain élan vital ; elle fait face en maintenant au mieux chacun de ses investissements, comme autant de ressources : objectal (relationnel et occupationnel), sublimation (création d'objets, écritures) et narcissique mais à minima. En effet son estime de soi est fragilisée par un sentiment de dévalorisation d'origine multifactorielle : son corps lui fait défaut et l'entraîne dans une dépendance accrue, d'où un sentiment d'incapacité et d'impuissance dans sa vie ; elle se sent rejetée par sa famille, d'où une atteinte identitaire par la mise en doute de sa valeur à leurs yeux ; elle est mal acceptée par les soignants, ne se sent pas aimée au sens d'acceptée pour qui elle est : l'institution se révèle incapable d'exercer un effet contenant. Du fait de ces tensions, l'angoisse s'installe, difficilement maîtrisable car Mme Do peut de moins en moins solliciter ses ressources par elle-même. En termes de besoin, nous pourrions dire qu'elle se trouve tributaire tant de l'oxygénothérapie pour se maintenir en vie, que des liens affectifs pour pallier le manque de contenance de son enveloppe psychique et pour se sentir psychiquement en vie.

Les séances d'hypnose ensemble, lui ont permis dans un premier temps d'accéder à un état de bien-être, par l'évocation de souvenirs. Tout au début, lors d'une rencontre en hypnose avec son mari défunt, elle a levé la culpabilité qu'elle éprouvait à son égard, qui l'a beaucoup apaisée. Lors de ces séances, l'agitation anxieuse disparaissait ainsi que la dyspnée, permettant de vivre un moment de confort tant physique que psychique, donc d'avoir une perception plus globale et unifiée d'elle-même.

C'est la recherche de ce bien-être qui est à l'origine de sa motivation à reproduire seule ces séances. Lorsque Mme Do a débuté l'auto-hypnose, elle s'est « installée » à plusieurs reprises dans ce chalet si contenant car identifié comme lieu de sécurité, avec son mari. « Le chalet » dont elle parle est une ancienne petite mesure qu'elle et son mari ont passé des années à restaurer ; il était leur seul bien et représente le lieu des week-ends heureux avec leur fils, des fêtes entre amis, des bons moments. Elle vit la présence de son mari en souvenir comme un soutien indispensable, à valeur de lien indéfectible voire éternel étant donné sa croyance concernant leurs retrouvailles après sa mort. Sur le plan identitaire, se voir auprès de son mari, la repositionne avec bonheur également en qualité d'épouse de ...

Ainsi elle a su mobiliser le souvenir d'un contexte adapté à ses besoins : liens affectifs dans un contexte sécurisant offrant une contenance psychique plus efficiente. « ...Je me sens vraiment bien ! » dit-elle en parlant des suites de ses séances d'auto-hypnose. Cet état de bien-être si évident pour elle qu'elle ne peut l'expliquer, témoigne surtout du fait qu'elle n'est plus débordée par ses tensions, qu'elle peut donc contrôler l'expression de son anxiété.

Par moment seulement, car au fil du temps, lorsque l'angoisse s'est trouvée majorée elle a refusé les séances d'hypnose et n'a pu durant quelques semaines reprendre le chemin de ce contact avec elle-même. En effet l'anxiété était devenue si vive du fait de la peur d'un nouveau diagnostic de cancer, qu'elle se trouvait en état de dissociation négative même au moment de nos entretiens ; état que j'ai pu accompagner, à l'aide d'une photo qui l'a amenée à évoquer un souvenir heureux en hypnose conversationnelle et l'a apaisée. A partir de là, nous avons souvent partagé de tels moments. Jusqu'au jour où Mme Do m'a demandé une séance d'hypnose « *comme avant* » pour « *ne plus être énervée* ».

De là elle a repris ses séances d'auto-hypnose le soir, au cours desquelles elle revit des souvenirs de moments heureux, festifs passés avec ses ami(e)s. La réminiscence de moments relationnels choisis, fortement affectivés, a même valeur que les précédents : soutien narcissique par le vécu de sensations agréables, d'émotions positives et valorisantes, qui permettent, dans les moments où sa détresse est la plus grande, de contenir son angoisse.

Même si le bénéfice de l'auto-hypnose paraît contextuel (elle facilite la transition veille-sommeil et améliore la qualité du sommeil), cette pratique a également permis à Mme Do de rompre la spirale ascendante de sa souffrance et de la contenir à son niveau actuel, participant au maintien de son équilibre psychique précaire.

b) Monsieur Ré

La sénescence a amené M. Ré à modifier son rythme de vie, sans pour autant lui enlever son autonomie. Il marche plus lentement, alterne les moments de repos et d'activités ou de sortie. Il donne l'impression d'avoir accepté ce rapport nouveau à son corps vieillissant, d'avoir su aménager sa vie en fonction de lui. M. Ré se plaint rarement ; il n'exprime ni idée de dévalorisation, ni sentiment d'inutilité : au contraire il est satisfait de ce qu'il fait et peut en parler avec fierté. Jusque-là il pouvait se montrer très instable, présentant une grande labilité émotionnelle, accompagnée de comportements excessifs. Il est discret et ne laisse que peu de choses à voir de lui.

Cependant la souffrance est présente qui se cristallise autour du manque de ses enfants qu'il ne peut rencontrer. Ils représentent son principal sujet de discussion dès que la douleur est trop vive. Le sentiment d'impuissance face à cette situation le met à mal, qui altère son estime de soi, principalement sur le versant de la confiance en soi. Le doute le ronge, par moment, quant aux raisons du rejet de ses enfants vis-à-vis de lui... mais il n'en dit rien. Cette situation est une réelle blessure narcissique pour M. Ré, qu'il a de plus en plus de mal à surmonter.

M. Ré n'a aucune autre visite, pas même de son frère, seul membre de la famille encore en vie. Bien que ses relations avec le personnel soignant soient plutôt bonnes, elles restent impersonnelles, ne comblant pas ainsi le sentiment d'isolement dont il souffre malgré son caractère solitaire. Seule sa chambre, bien investie, peut avoir valeur d'enveloppe rassurante qui limite l'émergence de l'angoisse.

Mais la perspective de l'hospitalisation, anxiogène en soi, est venue réactiver sa fragilité psychique, avec l'émergence de l'angoisse de mort du fait de l'anesthésie. Le besoin de se sentir attaché à ses enfants était crucial, besoin d'exister à travers le lien à eux, de se sentir rassuré et contenu à l'idée de se vivre comme père. La séance d'hypnose conversationnelle et la suivante ont mis en exergue ce besoin. L'évocation d'un souvenir avec ses enfants a permis d'atténuer la souffrance liée à l'éloignement voire au rejet et de l'amener à un bien-être très contenant.

Il dit avoir reproduit cette séance à l'hôpital : « *j'ai fait comme avec vous* », puis d'autres fois ensuite. A sa manière il a su solliciter cette rencontre et toutes ses conséquences bénéfiques. En effet revivre ce souvenir chaleureux le resitue de fait sur le plan identitaire en réaffirmant sa posture de père, malgré la séparation. Le lien qui l'unit à ses enfants perdure et se trouve validé par les perceptions positives vécues en auto-hypnose qui lui permettent de le pérenniser. Un tel moment ne peut que le soutenir sur le plan narcissique : il se sent attaché certes mais également investi en retour.

Lors de notre récent entretien, M. Ré dit poursuivre les séances d'auto-hypnose ; il en a adapté le contenu, déplaçant le souvenir de ses enfants dans le contexte institutionnel présent et futur. Sa construction imaginaire l'amène à avoir une vision plus optimiste de l'avenir. Son sourire, éclairant un visage radieux lors de cette évocation, laisse à penser que la personnalisation de ce temps répond vraiment à son besoin, à savoir valider l'attachement à ses enfants, s'étayer sur leur présence et leur soutien pour atténuer la fragilisation due au vieillissement ; et pour peut-être mieux accepter de s'en séparer au moment ultime de la mort...

Une conscience de soi différente semble se dessiner, M. Ré étant perçu au quotidien dans le service comme plus posé, calme, qui laisse supposer une estime de soi moins en souffrance. Il ne présente actuellement plus de troubles du comportement, son humeur est plus stable (malgré sa récente hospitalisation et la perspective d'une prochaine).

c) Madame Mi

Lorsque j'ai pris contact avec Mme Mi, elle se trouvait en proie à une souffrance nouvelle : jusqu'à maintenant elle semblait composer au mieux avec ce corps handicapé de naissance puis amputée d'une jambe suite à un accident; mais depuis peu une sensation de fatigue, de raideur, une prise de poids l'amenaient à une perception différente de son corps, prenant alors conscience de son vieillissement. Sa mobilité se trouvait limitée, sa résistance également. Elle portait un regard particulièrement dévalorisant sur elle et présentait une vision péjorative de l'avenir. L'altération physique générait d'emblée l'idée d'incapacité, de limitation, de perte d'autonomie.

Le vécu de dépréciation a révélé une blessure narcissique sous-tendue par des souvenirs refoulés, telle l'identité qui se déchire ; sans doute en lien avec l'investissement complexe de ce corps traumatisé de naissance, lieu porteur d'une identité en souffrance, soutenue jusque-là par un aménagement narcissique, précaire certes, mais suffisant. En effet, jusqu'alors Mme Mi parvenait à maintenir le niveau de son narcissisme au prix de défenses maniaques s'exprimant par une fuite de la réalité intérieure vers la réalité extérieure; en témoignaient notamment son effervescence extrême, son intérêt démesuré pour la vie des autres et ses déplacements incessants envahissant son entourage et centrant l'attention de tous sur elle. Cette instabilité lui permettait de ne jamais parler d'elle et de rester dans l'évitement de ses propres ressentis.

Lors de notre rencontre, le sentiment de « nullité » et le manque de confiance en soi dominant le discours qui donne à voir son estime de soi fragilisée. Le système dans lequel elle évolue, qui jusque-là contenait sa souffrance, est à bout de souffle ; les ressources actuelles sont insuffisantes pour maintenir son équilibre psychique car l'image de soi et l'image du corps telles qu'elle les vit à ce stade du vieillissement renvoient à « *la défaillance narcissique du sujet* ». Le degré de dépendance, face à l'impuissance corporelle, majore son anxiété ; elle voit son sentiment de sécurité menacé.

Lors de la première séance d'hypnose avec Mme Mi, elle a fait l'expérience sans doute inédite d'une reprise de contact avec sa vie intérieure, lui procurant un profond bien-être. Par

la suite, elle n'a pas souhaité revivre de souvenir ; en effet, au cours d'une seconde séance elle avait suscité l'évocation de vacances en famille : la chaleur ambiante, le temps passé sur une plage avaient pourtant été bénéfiques sur le moment. Elle avait pu me dire par la suite qu'elle ne souhaitait pas retourner en des lieux de vacances passées, tant il était douloureux pour elle de les revisiter.

Depuis le début, et très rapidement, elle a pratiqué l'auto-hypnose, motivée par la recherche de ce ressenti de bien-être et de confort, qu'elle a su susciter en stimulant son imagination, pour visualiser son membre fantôme dans un premier temps. Tout semble se jouer autour des perceptions corporelles : à d'autres moments elle reproduit le temps de l'induction en portant son attention sur sa respiration, puis sur la perception de chacune des parties de son corps dans le lit. Elle utilise cette technique au moment de ses insomnies, moments douloureux par essence, car causés par un déferlement de pensées anxiogènes. Se recentrer sur elle, lui permet de ne plus se sentir submergée, de retrouver une forme de maîtrise par la détente. Par ailleurs, le fait de contrôler son membre fantôme participe sans doute également à une perception différente d'elle-même ; mais cette sensation nouvelle due à une certaine réassociation est aussi à entendre en termes de réconciliation avec ce corps handicapé de naissance et qui plus est, de plus en plus dépendant.

La pratique de ses deux formes d'auto-hypnose redonne maîtrise et contrôle à Mme Mi, qui lui permettent de se sentir plus sûre et confiante, restaurant ainsi son estime de soi fragilisée. D'autre part, la perception plus unifiée de son corps, le réaménagement de son image, permet un réinvestissement de soi jusqu'ici évité qui vient soutenir l'identité en souffrance. Le renforcement de ses investissements sur le mode narcissique semble répondre aux besoins de ce moment du processus de vieillissement.

Depuis quelques semaines, Mme Mi se montre moins agitée et dispersée ; les soignants le constatent, qui parlent d'un véritable changement. Mme Mi le dit elle-même spontanément : les temps de reprise de contact avec sa vie intérieure, qu'elle répète de manière autonome, participent à ce mieux-être global dont elle a pleinement conscience.

B. AUTO-HYPNOSE ET PERSONNES AGÉES

Pour chacune des personnes, il est difficile de parler d'apprentissage tel qu'évoqué dans une des hypothèses au regard des apports théoriques de J. Becchio et A. Minguet, tant la reproduction des séances initialement pratiquées ensemble s'est faite spontanément. Pour

deux d'entre elles, j'avais proposé un geste d'ancrage en cours de séance, qu'aucune n'a jamais réutilisé. Pour une autre, j'avais introduit des suggestions concernant un apprentissage ancien, de manière à favoriser sa capacité à reproduire nos séances plus formelles ; je ne saurais dire si cette suggestion l'a aidée par la suite. Lors de nos évocations de leur pratique, j'ai surtout invité les personnes à prendre le temps d'être à l'écoute de leurs sens, à prendre du temps pour elles.

L'envie de reproduire par soi-même des séances d'hypnose est bien présente mais également l'aisance à les réaliser. En effet l'état hypnotique est un état naturel que la personne âgée a plus de facilité à susciter; peut-être car il est proche de celui des rêveries dans lesquelles elle peut se glisser spontanément dans des moments de solitude et également du fait de sa propension à l'introversion. D'où l'aptitude des trois sujets âgés, constatée dans le cadre de cette étude, à reproduire les séances d'hypnose, en composant avec cet état initialement connu et en le « convoquant » dans un espace-temps choisi de manière à favoriser la dissociation.

Selon F. Roustang, la dissociation n'est pas, comme on s'y attendrait, un état ou une manière d'être que l'on pourrait circonscrire. La dissociation est un « *se dissocier de* ». Il y a « *dissociation par rapport aux schémas de comportement de l'état d'éveil* ». « *Le sujet hypnotique a perdu le contact avec l'environnement extérieur et a tendance à substituer des images mémorisées aux objets réels, comportement hautement caractéristique de l'état hypnotique* ». Selon cette définition, au cœur des entretiens proposés en annexes, quelques éléments de langage mettent en évidence la dissociation obtenue par les personnes âgées de cette étude. Elles semblent perdre un temps le contact avec leur réalité, s'extraire de leur présent. « *Je pars* », répète souvent une dame, qui de plus, mime cet acte de changement d'état. Ces personnes décrivent des actions réalisées avec leurs proches, des moments de vie auxquels elles participent pleinement, des temps de partage au sein de souvenirs ; à noter également pour une dame, la visualisation et les propos concernant son membre amputé. « *Chaque niveau de description est un niveau de dissociation* » écrit à ce sujet A. Bioy.

L'état de conscience modifiée est avéré, que les personnes âgées parviennent à solliciter de manière autonome, soit par l'évocation d'un souvenir les amenant à un sentiment de sécurité, soit par la visualisation d'une partie du corps. Que recherchent-elles en suscitant cet état à un moment de leur choix ?

Pour deux personnes, le moment choisi pour ces temps de reprise de contact avec leur vie intérieure est le soir, avec l'idée de favoriser leur endormissement. Leurs propos à ce sujet

témoignent de l'effet bénéfique obtenu : l'auto-hypnose permet dans ce cas, de contenir l'anxiété majorée lors de cette entrée dans un espace-temps de solitude et d'inactivité. L'agitation sous des formes différentes (déplacements, hyperactivités), limite au mieux en journée l'envahissement par les sensations négatives. C'est le bien-être, par le contact avec son intériorité, grâce à une autre perception de soi qui apaise : elle permet de passer d'une liberté de faire à une liberté d'être. Le fait de se trouver face à soi, n'est plus anxiogène, grâce à la dimension imaginaire que l'auto-hypnose sollicite.

Le regard de chacune des personnes, lorsqu'elles me parlaient de leurs expériences pétillaient de joie, témoignant de leur grande satisfaction quant à cette expérience singulière mais également de leur plaisir. Chacune des personnes a insisté sur le fait que les séances l'amenaient à un état de bien-être. « Je suis bien » ont-elles répété chacune. La recherche de cet état de confort a participé pour beaucoup à la motivation de chacune à reproduire les séances. La position choisie par chaque personne témoigne de l'importance accordée au corps : elles ont toutes réalisé leurs séances d'auto-hypnose allongées sur leur lit. Selon A. Bioy, « *la position du patient va avoir une certaine importance* » ; il précise : « *plus allongée si l'on souhaite développer une approche très axée autour de la relaxation* ».

Mais il semble que la recherche de détente physique ne s'exprime qu'en première intention. En effet ces personnes attendent intuitivement de l'auto-hypnose des bénéfices plus complets, déjà expérimentés en séances ensemble, qui s'apparentent à la sensation d'une réassociation du corps vieilli, avec une recomposition des limites internes/externes permettant une perception de contenance plus efficiente. La séance, dans cette position leur donne à vivre un mieux-être global, bien au-delà d'une simple détente physique. Les propos de chacun en témoignent : questionnant le sens du « je suis bien », une dame répond qu'elle est « plus calme » et « ne pense plus » ; elle ajoute être « mieux dans la journée », « se sentir moins inquiète ». L'une confie qu'« elle dort mieux », l'un qu'il se sent « moins seul ».

Ce qui vient corroborer les propos de M. Guillou (2015) qui rappelle que « *c'est dans le corps que le changement initié par l'état hypnotique prendra forme* ». Car de changements il est ici question, aux dires des patients. Bien que dans les séances relatées, les auto-suggestions ne soient jamais évoquées, il s'avère que « quelque chose » est mis en mouvement ; comme F. Roustang l'affirme en comparant hypnose et auto-hypnose, cette dernière « *est relationnelle* », donc présente une dimension thérapeutique « *parce qu'elle nous met en rapport avec nos semblables, l'environnement, le monde* ». Ici chacun a restauré en imaginaire des liens avec d'autres et/ou avec soi-même, l'amenant à un apaisement et un mieux-être. M. Guillou (2015) précise que la particularité de cette dimension thérapeutique de

l'hypnose chez les personnes âgées réside notamment dans « *l'éprouvé de l'évocation des souvenirs* ». Qu'en est-il en auto-hypnose ?

Il est à noter que dans un premier temps les personnes ont reproduit les séances en auto-hypnose sur le même modèle que celles réalisées avec moi, revivant le même souvenir que celui évoqué lors de leur première séance. Par la suite deux personnes ont adapté leurs souvenirs selon leurs besoins comme nous l'avons vu.

Souvent, les souvenirs évoqués étaient des moments de vie précis, relevant de la mémoire épisodique ; les personnes, en relatant leur pratique, ont dans ce cas témoigné de leur perception de la tonalité émotionnelle du contexte tel que vécu initialement. La récupération de ces souvenirs témoigne d'un niveau de conscience auto-noétique, notion issue des travaux d'E.Tulving¹ : « *parallèlement, des niveaux de conscience différents sont associés à chacun des trois systèmes mnésiques. La mémoire épisodique est caractérisée par la conscience auto-noétique ce qui signifie qu'elle est dépendante de la capacité à revivre l'expérience avec non seulement le souvenir du contexte spatiotemporel d'origine mais également des détails phénoménologiques, c'est à dire les pensées, les sentiments, les perceptions présentes lors de l'acquisition de l'événement.* »

A l'expérience dynamique dans laquelle les résidents se voyaient acteurs des événements, conscients de leur identité, s'ajoute la dimension émotionnelle et sensorielle, qui majore l'immersion dans le souvenir, peut-être de courte durée, peut-être discontinue, mais efficiente quant à un éprouvé bénéfique ; éprouvé procurant plaisir et jouissance narcissique.

Cette mémoire épisodique a permis à M. Ré d'aller non seulement du présent au passé, mais également du présent au futur, déplaçant des souvenirs dans une projection vers l'avenir. Déplacer ainsi son esprit dans le temps est une spécificité humaine selon F. Roustang qu'il développe à travers sa notion de « *veille paradoxale* ». Cette dimension témoigne du caractère adaptatif de la personne, au cours de ses séances, favorisant ainsi son accès à un vécu apaisé et agréable.

Mais l'évocation de souvenirs ne correspond pas à tous, comme support à la dissociation. Le profil de personnalité en est un élément explicatif. En effet, les deux personnes qui ont axé leurs séances autour de l'évocation de souvenirs, ont chacune un profil laissant supposer des carences affectives précoces. Mme Do présente une personnalité dépendante. Elle est dans

¹ Cité par M. Guillou (2015)

une quête affective permanente. M. Ré, quant à lui, plutôt solitaire et secret, présente un profil plus dysharmonique, avec une difficulté à gérer les émotions et à les élaborer. L'auto-hypnose, par la remémoration de souvenirs et les éprouvés qui en découlent, ouvre la personne au monde par les liens restaurés, et participe à une renarcissisation qui permet une répartition des investissements plus équilibrée entre soi et les autres. Ces liens aux autres, réactivés en imaginaire grâce aux souvenirs, atténuent notamment le manque affectif.

Mme Mi, au profil très narcissique, quant à elle, n'a pas apprécié l'évocation de souvenirs en hypnose et n'a donc pas suscité de telles réminiscences ensuite par elle-même. Cette évocation l'a amenée à un niveau de transe qui, soit lui a donné l'impression de perdre le contrôle, ravivant son anxiété, soit l'a mise en contact avec un niveau émotionnel dont elle se défend. De fait elle a évité de reproduire cet état. Par contre, l'auto-hypnose, qu'elle induit par la focalisation de sensations cénesthésiques et kinesthésiques, génère chez elle une jouissance toute narcissique répondant à ses attentes. Elle a plus besoin d'un recentrage sur elle, que d'une ouverture aux autres.

Avec les quelques mois de recul que permet cette étude, j'ai constaté qu'un vécu d'anxiété, de douleur, de colère, lorsqu'il est massif et submerge la personne, représente une limite, à la pratique de l'auto-hypnose. En l'occurrence, Mme Do présentait alors un état de dissociation négative qui ne faisait que renforcer ses symptômes qu'elle présentait tour à tour ou parfois cumulés. Elle n'a pu sortir seule de cette spirale « enfermante ». De plus, pour Mme Do, le lien au thérapeute, par l'intermédiaire d'entretiens cliniques avec ou sans hypnose, semble soutenant dans sa pratique de l'auto-hypnose. Du fait de son vécu extrêmement précaire certes qui l'insécurise de manière légitime, mais également de sa dépendance affective. Concernant les deux autres résidents, ils ne présentent pas le même besoin et se montrent donc particulièrement autonomes dans leur pratique, sans que je puisse pour autant en présager l'évolution.

Les trois sujets de cette étude, de par leurs différences à plusieurs niveaux (histoire, personnalité, problématique,...) ont permis une approche transversale de l'usage de l'auto-hypnose dans leur contexte de vie actuel. Pour que les résultats de cette étude soient plus développés, elle nécessiterait que les sujets soient sollicités de manière plus précise, dans une recherche de description avancée de leurs expériences respectives ; cependant rendue compliquée par la dimension intime du moment questionné.

4. QUESTION ÉTHIQUE

Mon questionnement porte sur la légitimité à utiliser l'hypnose conversationnelle dans le cas où la personne refuse les séances d'hypnose formelle.

Ce questionnement émerge de la situation rencontrée avec une personne citée dans cette étude dont l'état de santé s'était aggravé et qui refusait pendant un temps les séances d'hypnose qu'elle pratiquait avant avec moi ; situation qui est venue faire écho à celle d'une personne témoin de Jéhovah, ayant refusé les séances d'hypnose au nom de son appartenance à cette mouvance.

L'hypnose conversationnelle, par la transe même légère qu'elle induit, conduit bien la personne à un état hypnotique. Quelle position adopter ? Etant donné que pour autant, c'est grâce à la pratique de l'hypnose conversationnelle que j'ai pu accompagner ces deux personnes au mieux dans des moments d'anxiété intense. Peut-on dire que j'ai utilisé cette approche « à leur insu », qui plus est suite à leur refus de séances d'hypnose formelles ? Aurais-je du respecter leur refus d'hypnose en y incluant la pratique de l'hypnose conversationnelle ?

Respecter un tel refus revient à constater l'escalade de la souffrance, la majoration des traitements chimio-thérapeutiques avec leur cortège d'effets secondaires. Ce refus amène à nier la douleur, à communiquer avec les personnes sans les rencontrer vraiment, à nier la dimension empathique de la relation et la possibilité de soins. Mais le respecter valide également la parole reçue, le choix à entendre même en situation de détresse et reconnaît les personnes en tant que sujets autonomes.

Ne pas respecter un tel refus permet d'envisager un soulagement de la douleur et de la souffrance, prenant en considération l'état de détresse parfois « enfermant » la personne en elle-même. Ne pas respecter ce choix conduit au risque de considérer les personnes comme « objet de soins », sachant mieux qu'elles ce qui est bon pour elles.

Le choix du soin s'est imposé à moi, mais sans anticipation. L'utilisation de l'hypnose conversationnelle s'est faite spontanément. Le contexte des situations m'a amenée à communiquer avec chacune dans le registre du souvenir et de la description sensorielle de celui-ci. En effet elles se trouvaient déjà en état de dissociation certes négative, dont j'ai accompagné l'inversion du mouvement. Utiliser l'hypnose conversationnelle dans ce cas, a

consisté à aller à leur rencontre dans cet état de dissociation dans lequel elles se trouvaient déjà, sans même avoir à le susciter.

A posteriori, j'avais le sentiment de les accompagner plus à partir d'un nouveau positionnement clinique acquis depuis la formation en hypnose, que dans la mise en œuvre d'une « technique » qu'elles avaient initialement refusée. Elles n'étaient en aucune manière « objet de soins » car elles se trouvaient impliquées dans le processus, qu'elles auraient pu refuser de suivre avec moi ; remises en mouvement du fait de leur vécu en tant que sujets de situations passées.

Ma réflexion m'amène cependant à formuler cette question : l'hypnose conversationnelle est-elle plus à rapprocher d'une dimension de l'hypnose, en tant que modalité de soins choisie, ou d'une approche communicationnelle particulière spontanée qui enrichit la pratique du psychothérapeute ?

5. APPORT DE CETTE ÉTUDE

Cette étude confirme la capacité de la personne âgée à pratiquer l'auto-hypnose, suite à / ou en complément de séances d'hypnose, dans le cadre d'un accompagnement psychologique.

Lorsqu'il est possible de parler avec elle des séances pratiquées, de ses modalités d'exercice, le discours est particulièrement riche d'enseignement : il apporte des éléments de compréhension du fonctionnement psychique de la personne, de ses problématiques mais également de son potentiel de ressources.

Il se peut aussi qu'elle en parle peu, comme je l'ai constaté... il est alors évident de lui laisser ce jardin secret, mais de l'encourager à le cultiver car on le sait intuitivement adapté donc riche.

A la différence d'une séance d'hypnose ou même d'un entretien clinique classique, la co-construction d'un espace thérapeutique s'effectue là, entre la personne et son monde, à partir de son intériorité donc de son intime.

Roustant affirme que l'hypnose remet « *l'individu en mouvement et l'installe à sa place* » en développant ses ressources personnelles et sa sécurité intérieure. Il se joue quelque chose du même ordre pour la personne âgée dans sa pratique de l'auto-hypnose, à laquelle il s'agit de faire confiance dans sa capacité à se remettre en lien avec elle et avec le monde.

CONCLUSION

Le vieillissement est un processus naturel qui fragilise plus particulièrement la personne dans la dernière partie de sa vie et dont l'aboutissement inéluctable est la mort. Ses effets se font sentir dans de nombreux domaines. Les mots utilisés pour en définir tant les causes que les conséquences ne sont que négatifs ; il est question d'altération, de perte, de déclin, d'affaiblissement conduisant à la dépendance, la perte d'autonomie, l'incapacité... de fait à une position qui a tendance à se figer. Pour pallier cela, il est attendu que l'institution pour personnes âgées se montre sécurisante par sa dimension médicale, en tant que lieu de soins surtout ; mais en tant que lieu de vie, elle peine à accompagner la souffrance inhérente au vieillissement, du fait de son organisation actuelle, non suffisamment contenant.

Mais en soi déjà, le mouvement psychique qui accompagne ce temps de la vie qui s'annonce compliqué, a tendance à s'enrayer : l'identité de la personne est mise à mal, de par la fragilisation de ses soubassements narcissiques. Il s'agit d'appréhender au mieux cette inclination subie, au fil des transformations corporelles et de leurs répercussions psychiques ; mais il s'agit également d'assimiler tout ce qui émerge spontanément du passé et demande à être élaboré dans un mouvement d'acceptation de sa propre finitude.

Il est heureusement question, tout au long de ce processus, de réaménagements possibles, de réinvestissement de soi autrement ; il s'agit souvent d'accompagner la personne dans une dynamique nouvelle, de soutenir ou d'impulser un élan non pour inverser le processus physiologique inéluctable, mais pour l'intégrer mieux sur le plan psychique.

L'hypnose en tant qu'approche psycho-corporelle peut participer à ce mouvement.

Nous avons vu comment la vieillesse s'insinue dans le corps et comment elle influence les rapports entre le moi psychique, le moi corporel et le monde extérieur. Or les changements induits par la pratique de l'hypnose sont initiés dans le corps, par l'éprouvé de l'évocation de souvenirs ou par une attention accrue à sa corporalité. Ce que nous avons pu constater dans un premier temps, au cours duquel les sujets de notre étude ont vécu leurs premières expériences d'hypnose. Elles ont permis à chacun de percevoir qu'il était possible, dans un moment de reprise de contact avec sa vie intérieure, de ressentir à travers les perceptions nouvelles du corps, un mieux-être global à valeur d'étayage identitaire.

Nous avons constaté leur motivation à reproduire ses séances, à pratiquer l'auto-hypnose dans une recherche intuitive de ces mêmes bénéfices. La singularité de leurs modalités d'utilisation de l'auto-hypnose témoigne de leur capacité d'adaptation de cette approche à leurs besoins, en

termes de soutien de leur vécu respectif du vieillissement. Chacune a sollicité spontanément des ressources propres à son histoire de vie selon sa personnalité. Chacun, en s'appropriant ces temps, a pu se sentir à nouveau « plus » sujet ; non plus uniquement « objet de soins » au sein de ce milieu institutionnel si peu contenant.

Cette reprise de contact avec sa vie intérieure ne s'effectue pas dans un mouvement de repli sur soi. Au contraire, les réaménagements constatés dans cette étude témoignent d'une remise en mouvement de la personne, qui la conduise à un positionnement nouveau. Comme si la vie pouvait être regardée sous un angle différent, les liens avec soi et avec les autres étant réactualisés selon les besoins identitaires, permettant d'appréhender le monde autrement.

Partant de l'auto-hypnose en tant que modalité de soins, pourrions-nous imaginer que cette pratique s'ancre dans la durée ? Qu'elle devienne un mode de vie, voire un « art de vivre » comme l'écrit I. Célestin-Lhopiteau (2014) ? La personne âgée pourrait étendre peu à peu cette expérience de bien-être et de plaisir éprouvée en intériorité, à son vécu quotidien. Elle pourrait développer sa sensorialité au détriment de l'agitation, en sortant de ses schémas de fonctionnement adaptatifs voire défensifs : passer de la dimension de « faire » à celle d'« être ». Il reste à l'institution et au psychologue à se mettre également en mouvement, autrement, de manière à soutenir cette possible évolution ainsi décrite par Marie de Hennezel dans « *Une vie pour se mettre au monde* » : au sujet des personnes âgées... « *Vivantes, elles étaient "mortes", faute de se servir d'elles-mêmes et de leurs ressources intérieures. Sur le point de mourir, les voilà vivantes, parce qu'elles se servent de ce qu'elles sont pour vivre* ».

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu D. (1995). *Le Moi-peau*, Paris : Dunod
- Arbuz G. (2003). *Le grand âge : chance ou fatalité ?*, Paris : S. Arslan
- Balier C. Pour une théorie narcissique du vieillissement individuel et du vieillissement social. *Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie*, 1976/4, 129-153
- Becchio J. D'Hypnos à Thanatos, ou du bon emploi de l'hypnose en soins palliatifs. In *Viot C. Recherches et succès cliniques de l'hypnose contemporaine*. Le souffle d'or 2007, p152-164
- Benhaiem J.-M., Mairlot E. & al. (2012). *L'hypnose médicale*, Med-Line Editions
- Benhaiem J.-M. (2012). *L'hypnose aujourd'hui*, Paris : Editions In Press
- Bioy A. et Michaux D. (2007) *Traité d'hypnothérapie : fondements, méthodes, applications*, Paris : Editions Dunod
- Bioy A et Célestin-Lhopiteau I. (2014). *Aide-mémoire-Hypnothérapie et hypnose médicale*, Paris : Dunod
- Bioy A et Célestin-Lhopiteau I. (2014). *Aide-mémoire-Hypnoanalgésie et hypnosédation*, Paris : Dunod
- Bioy A., Wood C., Célestin-Lhopiteau I. (2010). *Aide-mémoire d'hypnose*, Paris : Dunod
- Brosseau G. (2012). *L'hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens*, Paris : InterEditions
- Burlaud A. Hypnose en gériatrie : outil thérapeutique supplémentaire, *NPG Neurologie - Psychiatrie - Neurologie* 2013, numéro 13, p 317-320
- Bonnet M. L'attachement au temps de la vieillesse. *Dialogue*, 2012 n° 198
- Bouisson J. (2011). *Vieillesse, rites et routines*, Paris : L'Harmattan
- Cariou M. (1995). *Personnalité et vieillissement*, Paris : Delachaux et Niestlé
- Charazac P. (1998). *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*, Paris : Dunod
- Charazac P. (2007). *Comprendre la crise de la vieillesse*, Paris : Dunod
- Charazac P. (2011). *L'aide-mémoire de psycho-gériatrie*, Paris : Dunod
- Erickson M. H. (2014). *L'hypnose thérapeutique. Quatre conférences*, Paris : ESF
- Erickson M. H. et Rossi S. (2006) *Traité pratique de l'hypnose*. Paris : Editions Grancher

- Garden-Brèche F. et Guillou S. (2014). *Hypnose médicale en situation difficile*, Rueil-Malmaison : Arnette
- Genoud & al. Intimité et vieillissement ou les personnes âgées et leurs intimités. *La Revue de gériatrie*, 1994 t.19, n°2, pp. 71
- Guillou M. (2015). *Hypnose et personnes âgées*, Cours dispensé dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie de l'Université de Dijon 2014-2015
- Hennezel M. de et Vergely B. (2010). *Une vie pour se mettre au monde*, Paris : Carnetsnord
- Herfay C. (2007). *La vieillesse en analyse*, Strasbourg : Eres
- Héту J.-L. (1992). *Psychologie du vieillissement*, Montréal : Éditions du Méridien
- Le Gouès G. et Ferrey G. (2000). *Psychopathologie du sujet âgé*, Paris : Elsevier Masson
- Léonard M.-C. Le corps âgé et ses ressources. *Gérontologie et Société*, 1984 29, 15-19
- L'Écuyer R. L'évolution de l'estime de soi chez les personnes âgées de 60 à 100 ans. *Revue québécoise de psychologie*, 1988 9(2) : 108-127.
- Maisondieu J. (1997). *La fabrique des exclus*, Paris : Bayard Edition
- Messy J. (1992). *La personne âgée n'existe pas*, Paris : Payot & Rivages
- Minguet A. (2015). *L'Auto-hypnose* Cours dispensé dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Hypnothérapie de l'Université de Dijon 2014-2015
- Personne M. (1991). *Soigner les personnes à l'hôpital*, Toulouse : Privat
- Péruchon M. Figures de l'hypercomplexité en gériatrie, ou du destin des forces de déconstruction et de construction. *Cliniques méditerranéennes*, 2009 n° 79
- Ploton I. (2001). *La personne âgée : Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Lyon : Chronique Sociale
- Roustant F. (2003). *Qu'est-ce-que l'hypnose ?*, Paris : Les Editions De Minuit
- Salem G. et Bonvin E. (2012). *Soigner par l'hypnose*, Paris : Elsevier Masson
- Simeone i. & Abraham G. (1984). *Introduction à la psycho-gériatrie*, Lyon : Biologie & Psychologie
- Talpin J.-M. & al. (2005). *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement*, Paris : Dunod
- Thénault F. Narcissisme et vieillissement. *Retraite et Société*, 1994 n° 6, 80-91
- Thomé A. & Péruchon M. L'altération des enveloppes psychiques par le processus du vieillissement. *Psychiatrie Française*, 1991 2, 115-128

ANNEXES

Retranscription des entretiens à ma demande avec les trois sujets de mon étude, début mai 2015. L'objectif était d'évaluer leurs pratiques d'auto-hypnose.

1. MADAME DO

Contexte

Je rencontre Mme Do ce jour comme chaque semaine. Depuis le mois dernier nous avons repris les séances d'hypnose. Elles restent à l'initiative de Mme Do qui me sollicite de temps en temps pour une séance de manière à « ne plus être énervée ». Je lui propose alors après une induction qui reste rapide, des séances diverses avec des suggestions concernant son anxiété et sa respiration. Lors des autres entretiens, Mme Do, une fois évacuée la lourdeur du quotidien, évoque souvent spontanément des souvenirs que je l'accompagne à me relater ; nous nous trouvons alors dans un contexte d'hypnose communicationnelle qui s'avère tout aussi bénéfique pour elle, notamment sur le plan de son anxiété.

Ce jour je lui propose de faire le point sur sa pratique de l'auto-hypnose, dont nous parlons de temps en temps, mais sans plus. Elle accepte.

Entretien

✚ (Thérapeute) « *J'aimerais savoir si vous faites encore des séances d'hypnose, seule ?* »

🌺 (Mme Do) « *Bien sûr* »

✚ « *A quelle moment prenez-vous ce temps ?* »

🌺 « *Je le fais le soir, quand je suis couchée* »

✚ « *Les soirs où ça va bien ou ceux où qui sont plus compliqués ?* »

🌺 « *Ben, quand ça va pas !!!* » telle une évidence.

✚ « *Vous voulez bien m'expliquer comment vous faites plus précisément ?* »

🌺 « *Je me couche, je ferme les yeux et je pars... L'autre soir je suis partie au bal avec ma copine espagnole ! On rigolait les deux !* » en riant franchement.

Elle prend un grand moment pour me reparler de ce souvenir que je connais déjà, et finalement précise combien cette amie lui manque...

 « *Ce sont toujours des souvenirs de personnes qui vous manquent ?* » Après un temps de réflexion « *Oui, je me revois avec tous ceux qui faisaient la fête avec nous. On dansait, on chantait. C'était bien ce temps-là. C'est pas comme maintenant...* »

S'ensuit une longue énumération de ses ami(e) qu'elle évoque avec tendresse et humour, de manière très animée.

 « *Au moment où vous fermez les yeux pour commencer votre séance d'hypnose, vous savez déjà quel souvenir vous aidera ?* »

 « *Non, c'est comme si ça se faisait automatiquement. Et c'est toujours bien !* »

 « *Et qu'est-ce que ça vous apporte de revivre ses souvenirs, de passer un moment avec toutes ces personnes ?* »

 « *Après je dors bien !* »

 « *Que se passe-t-il pour que vous dormiez bien après ?* »

 « *Rien... Quand je pars comme ça, je suis bien... et je reste bien après* »

 « *Ce bien-être, où le ressentez-vous surtout ?* »

 « *Ben partout. Je me sens vraiment bien !* » et elle éclate de rire

 « *Même vos douleurs ne vous réveillent pas ?* »

 « *Je crois pas* »

 « *Vous aviez arrêté de faire vos séances pendant un temps. N'est-ce pas ?* »

 « *Oui j'étais trop mal* »

 « *Qu'est-ce qui vous a permis de reprendre ?* »

 « *C'est quand je l'ai refait avec vous...ça m'a calmé. Alors j'y ai repensé le soir... quand j'étais mal. Et j'ai recommencé... Maintenant je repars !!!* » en éclatant de rire, tout en mimant un envol avec ses mains.

 « *Et bien merci pour toutes vos réponses. Vous avez quand même appris très vite à faire ses séances, c'est super, vous ne trouvez pas ?* »

 « *C'est super de bien dormir surtout ! Et quand tout le monde m'énerve, c'est super de danser avec ma copine !!!* »

Elle rit, danse dans son fauteuil et reprend l'échange en me parlant de ses amis.... Intarissable à leur sujet ce jour.

2. MONSIEUR RÉ

Contexte

Dans dix jours M. Ré doit subir une intervention de la cataracte.

Ce matin, il se montre content de me voir, détendu, m'accueille avec un grand sourire. Il est étendu sur son lit parce qu'il a mal à un pied. Je prends de ses nouvelles puis je lui précise ma demande de ce jour à laquelle il accepte de répondre.

Entretien

✚ « *J'aimerais savoir si vous continuer à pratiquer les séances où vous imaginiez une rencontre avec vos enfants ? Vous vous souvenez ?... J'avais appelé ça de l'auto-hypnose* »

🌿 « *Ben oui, je le fais souvent !* », tout sourire.

✚ « *J'ai vraiment l'impression que ça vous fait plaisir... J'en suis heureuse pour vous. Pourriez-vous m'expliquer comment vous faites ? et à quel moment ?* »

🌿 « *Ben comme là... Quand j'ai le cafard de mes enfants dans la journée, je me couche sur mon lit, je tourne la tête par-là et en fermant les yeux je les vois... comme avant...* »

M. Ré montre la direction de la porte fenêtre ouverte sur son balcon, qui surplombe l'entrée de l'établissement.

✚ « *Pourquoi par-là ?* »

🌿 « *J'imagine qu'ils arrivent... qu'ils viennent me voir...* », l'air pensif.

Le regard en direction de la fenêtre témoigne d'un état de dissociation.

✚ « *Et ça vous fait du bien ?* »

🌿 « *Oh oui !!! on boit un coup ensemble, on rigole quoi ! Là... même s'ils ne viennent pas me voir en vrai, je passe un moment avec eux ... comme avant... c'est mes gosses quand même !* » en riant franchement cette fois.

✚ « *Est-ce qu'il vous arrive d'imaginer d'autres personnes, d'autres lieux quand vous prenez un temps pour vous comme ça ?* »

🌿 « *Non, c'est toujours avec mes enfants que je suis bien...* », le regard à nouveau dans le vague.

✚ « *Nous n'avons jamais reparlé de votre hospitalisation. Vous vous souvenez ? c'est pour cette raison que vous aviez demandé à me rencontrer. Alors dites-moi, lorsque vous vous êtes fait opérer, comment avez-vous fait pour ne pas avoir trop peur ?* »

🌸 « Ben pareil ! » en éclatant de rire...

✚ « Vous voulez bien m'expliquer ? »

🌸 « Chaque fois que j'avais peur, je fermais les yeux et je me voyais avec mes enfants... je leur parlais, ils me répondaient... c'est ça, ils me rassuraient. C'était surtout avant qu'ils m'endorment... »

✚ « Je tiens à vous féliciter de ce que vous avez été capable d'apprendre et de ce que vous avez pu refaire quand vous en avez eu besoin. C'est un vrai apprentissage ! Bravo ! »

🌸 « Pourquoi bravo ? c'est facile. Et ça me fait du bien. »

✚ « Qu'est-ce que ça vous apporte surtout ? »

🌸 « Je me sens moins seul !!! »

La phrase est prononcée de manière impulsive. Le ton est cette fois empreint de tristesse. Le regard fixe devant lui. Puis, il me regarde, se met à rire et se lève de son lit : fin de l'échange....

Je le remercie pour ce temps d'entretien. Je l'invite à reprendre contact avec moi s'il en éprouve le besoin pour parler ou refaire une séance d'hypnose ensemble.

3. MADAME MI

Contexte

Mme Mi vient de perdre une amie d'enfance et témoigne d'une profonde tristesse du fait de ce moment de deuil. Elle m'en parle de manière affectivée mais relativement posée ; quelques temps plus tôt elle aurait été agitée, instable, logorrhéique à l'évocation de cet événement douloureux. Je lui demande après l'avoir écoutée dans sa souffrance actuelle, si elle se sent disponible pour parler avec moi de ce qu'elle met en place suite à nos séances. Elle accepte et d'emblée parle de manière un peu précipitée cette fois, tant elle s'anime à ce sujet.

Entretien.

✚ « J'aimerais savoir si vous pratiquez toujours les séances d'auto-hypnose dont nous avons déjà parlé ensemble ? »

🌸 « Olala oui ! Heureusement !!! J'arrive à mettre ma jambe en place, comme je le veux. Au fauteuil, au lit, maintenant elle ne me gêne plus. »

✚ « C'est vraiment très bien. Et pour la sensation de froid ? »

✚ « Oh maintenant elle est chaude, parce que je la réchauffe régulièrement, donc elle reste bien chaude. »

✚ « Vous faites seule et quand vous en avez besoin : c'est vraiment super ! Vous rendez-vous compte que vous avez appris en peu de temps et que c'est une vraie réussite pour vous ? »

✚ « Oui je sais bien. C'est vrai, j'ai réussi ! Moi qui me sentais incapable ! Vous vous rappelez ? Je vous ai dit que maintenant je faisais moins de choses, que tout devenait compliqué. Et puis d'ailleurs je me suis toujours sentie nulle. Et bien là je suis vraiment contente, j'y arrive... je sais que je suis capable. »

✚ « Comment ça, nulle ? »

✚ « Et bien comme ça. C'est depuis toujours ! » coupant court...

✚ « Et vos séances, la nuit ? »

✚ « Oh très bien la nuit. Quand je ne peux pas me rendormir, je respire comme ça... »

Elle mime des inspirs assez longues tout en mettant sa main sur le ventre.

✚ « ... et je m'installe mieux en pensant à mes pieds, mes jambes, ... jusqu'à la tête »

✚ « Très bien ! Et que se passe-t-il alors ? »

✚ « Et bien je me sens plus calme, je ne pense plus... »

✚ « Et que ressentez-vous alors ? Peut-être dans votre corps ? »

Elle me regarde de manière incrédule...

✚ « Je suis bien... oui tout simplement bien... »

✚ « Vous dites cela comme une évidence. Comme si vous ne connaissiez pas cette sensation avant ? »

✚ « Oui c'est vrai ! Je ne me rappelle pas avoir été comme ça. Vous m'avez fait beaucoup de bien en m'apprenant à faire ça. », d'un ton devenu très sérieux.

✚ « Je vous ai accompagnée dans cette démarche. Mais le bien que vous ressentez vient de vous ! C'est vous qui avez su mobiliser votre énergie pour vous sentir mieux. Diriez-vous que vous avez changé ? »

✚ « Oh oui ! Je croyais que tout irait de plus en plus mal, mais là, je suis mieux aussi la journée : je ne suis plus envahie par mes soucis pour les

autres. Je suis encore inquiète mais pas comme avant. Maintenant je pense d'abord à moi. Mes sœurs me le disent aussi que je vais mieux ! »

 *« Merci à vous pour cet entretien. Nous nous revoyons dans deux semaines ? »*

 *« Oui, bien sûr. Je pense que ça ira de mieux en mieux. »*

RESUMÉ

Du fait des mouvements corporels et psychiques chez le sujet âgé, le vieillissement est souvent difficile, parfois douloureux de manière intrinsèque, rendu plus complexe encore lorsqu'il est vécu au sein d'un lieu de vie institutionnel. Ce processus inéluctable oblige le sujet à rester dans une certaine dynamique, de manière à préserver au mieux son identité fragilisée, à restaurer son narcissisme défaillant et de fait, à se maintenir psychiquement en vie.

Chaque personne âgée, dans sa singularité, possède des ressources qui lui sont propres pour vivre au mieux ce processus de vieillissement. Elle peut en mobiliser certaines spontanément.

Mais certaines ressources peuvent aussi être suscitées, proposées, co-construites avec la personne afin qu'elle en bénéficie au mieux de manière autonome. L'hypnose en tant que modalité de soin, proposée dans le lieu de vie institutionnel, peut participer à cet étayage.

Qu'en est-il de l'auto-hypnose ?

Nous faisons l'hypothèse que le sujet âgé est en capacité de pratiquer l'auto-hypnose de manière totalement singulière. En se l'appropriant selon ses besoins, la pratique de l'auto-hypnose peut lui permettre de remobiliser certaines de ses ressources propres, face au processus de vieillissement particulièrement déstabilisant.

📌 Mots clés : auto-hypnose - personnes âgées - vieillissement - ressources