



DU d'HYPNOTHERAPIE

2018-2019

HYPNOSE ET TROUBLES ANXIEUX

Apaiser une personne âgée anxieuse
souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif

Présenté par Camille LEBRETON

Psychologue

Directrice du mémoire :

Docteur Brigitte LUTZ

A « Sylvette » qui a contribué à mes premiers pas dans l'hypnose.

A Antoine Bioy pour m'avoir permis d'intégrer cette formation et à l'ensemble des intervenants pour la transmission de leur savoir et de leur expérience.

A ma Directrice de mémoire, Docteur Brigitte LUTZ, pour ses corrections et ses conseils bienveillants.

A mon entourage, qui m'a permis d'accomplir ce DU, pour son adaptation, sa patience et ses encouragements et ce, malgré l'étonnement de voir « maman » retourner à l'école.

Aux petites intrusions, lors la rédaction de ce mémoire, tellement ressourçantes...

A tous mes camarades de promo pour cette sympathique ambiance et plus particulièrement à Fabienne pour ses petits messages de soutien.

Un grand merci à tous !

PLAN

1. INTRODUCTION.....	4
2. REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX	6
2.1. VIELLISSEMENT.....	6
2.1.1 MODIFICATIONS SOCIALES ET RELATIONNELLES	6
2.1.2 MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PHYSIQUES.....	7
2.1.3 MODIFICATIONS COGNITIVES.....	7
2.1.4 MODIFICATIONS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE	7
2.1.4.1 ORGANISATION ECONOMIQUE ET INVESTISSEMENTS	8
2.1.4.2 ATTEINTE NARCISSIQUE ET TRAVAIL DE DEUIL.....	8
2.2 TROUBLES ANXIEUX CHEZ LA PERSONNE AGEE	9
2.2.1 LES TROUBLES ANXIEUX.....	9
2.2.2 LES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS.....	10
2.2.3 COMPRENDRE LES TOCS ET SES REPERCUSSIONS	10
2.3 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DE LA PERSONNE AGEE.....	11
2.3.1 LA PSYCHOTHERAPIE DE SOUTIEN.....	11
2.3.2 HYPNOSE	12
2.3.2.1 DEFINITION	12
2.3.2.2 HYPNOSE AUPRES DE LA PERSONNE AGEE.....	13
2.3.2.3 SOIGNER LES MANIFESTATIONS ANXIEUSES ET LES TOCS PAR L’HYPNOSE	14
3 PROBLEMATIQUE	17
4. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	18
4.1 CADRE DE LA RENCONTRE.....	18
4.2 LA SOUFFRANCE DE SYLVETTE.....	19
5. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES.....	21
1^{ER} ENTRETIEN : ANXIETE VERSUS SERENITE.....	21
2^{ÈME} ENTRETIEN : EXPLORATION D’UN LIEU RESSOURCE.....	22
3^{ÈME} ENTRETIEN : LA RIVIERE.....	25
4^{ÈME} ENTRETIEN : RETOUR DANS SA MAISON D’ENFANCE.....	27
5^{ÈME} ENTRETIEN : LE CIRCUIT AUTOMOBILE.....	28
6^{ÈME} SEANCE : L’ARBRE, LA CASCADE ET LA FIGURE BIENVEILLANTE.....	30
7^{ÈME} SEANCE : L’AUTOHYPNOSE.....	33
8^{ÈME} SEANCE : APPROFONDISSEMENT DE L’AUTOHYPNOSE.....	34

9^{ÈME} ENTRETIEN : LA REGRESSION EN AGE.....	35
10^{ÈME} ENTRETIEN.....	37
6. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	37
7. CONCLUSION	43
8. BIBLIOGRAPHIE	46
RESUME ET MOTS CLES.....	48

1. INTRODUCTION

Psychologue depuis 14 ans, nous travaillons dans deux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Au-delà du bouleversement inhérent à l'entrée en institution, qui réactive fréquemment des traumatismes antérieurs, ces personnes arrivent souvent fragilisées physiquement et psychiquement (par la vieillesse, les maladies, les aléas de la vie).

Lors des psychothérapies de soutien, nous encourageons ces personnes à exprimer leurs émotions et à se raconter afin d'obtenir un soulagement. C'est au travers du récit de leur vie qu'elles retrouvent une identité, un sens à leur vie et une restauration narcissique. Toutefois, nos entretiens de soutien et d'aide à la verbalisation ne permettent pas toujours d'apaiser efficacement ces personnes, notamment sur le long terme. Elles ont d'ailleurs rarement accès à l'origine de cette anxiété (« j'ai toujours été comme ça »). Ainsi, la souffrance se fige, ne laisse place qu'à ruminations et plaintes itératives malgré la reformulation et l'aide au travail associatif. En outre, chez les personnes atteintes de troubles cognitifs, les difficultés d'élaboration amènent à un repli sur soi. Elles deviennent très réactives aux émotions et ambiances environnantes voire même hostiles à notre approche. Ainsi, les psychothérapies de soutien trouvent souvent leurs limites et dans certains cas sont ainsi mises en échec.

Face à ces impasses et cette impuissance, je me suis tournée vers des approches différentes et axées sur la dimension corporelle comme la relaxation et la méthode Snœzelen. La relaxation vise un apaisement général du corps, des sens et de l'esprit. La démarche Snœzelen offre une détente à partir d'une expérience multi-sensorielle (musicothérapie, massages, vibrations et sensations tactiles, aromathérapie, équipements de lumières). Ainsi, ces deux approches permettent une autre forme d'expérience de l'ici et maintenant qui peut parfois apaiser leur souffrance.

Néanmoins, les bienfaits apportés par la relaxation et la méthode Snœzelen restent temporaires. De plus, lorsqu'une personne est envahie par sa douleur ou son anxiété, elle n'est pas forcément accessible à des techniques de relaxation.

Nos recherches se sont donc poursuivies afin de trouver un outil qui « remotiverait » notre pratique. C'est au travers de nos différentes lectures ainsi que de nos échanges avec d'autres professionnels, que l'hypnothérapie a retenu toute notre attention. Tout comme les approches corporelles, elle utiliserait la reconnexion à nos perceptions et notre corporalité mais comme une porte d'entrée vers un état de conscience modifié. Cet état de transe obtenu offrirait un accès à la vie psychique sans nécessité d'une élaboration de la parole parfois fastidieuse. De plus, nous apprenions que l'hypnose thérapeutique est adaptable à la personne âgée.

Tous ces éléments nous ont amenée à penser que l'hypnothérapie pourrait nous aider à améliorer notre pratique. C'est pour ces raisons que nous avons candidaté au Diplôme Universitaire d'hypnothérapie de Bourgogne. Le programme proposé est tout à fait adapté au besoin de nos patients. En effet, douleurs, dépression, anxiété, psychiatrie, corps, pertes et deuils, trauma psychique, psychosomatique, addictions, émotions et même sexologie font partis des troubles dont ils souffrent.

Dans le cadre de notre mémoire, nous avons choisi de questionner l'apport de l'hypnose dans les troubles anxieux. En effet, l'anxiété est, avec la dépression, parmi les souffrances psychiques les plus fréquentes chez les patients âgés. D'ailleurs, 38% des résidents, accueillis dans ces deux EHPAD, sont traités par un traitement anxiolytique, 57% par un antidépresseur à visée anxiolytique. Cette anxiété a un impact non-négligeable sur le sujet âgé et son entourage. En effet, le besoin de réassurance des personnes âgées anxieuses n'est jamais assouvi et elles sont en incapacité de se tranquilliser seules. Ainsi, familles et soignants sont souvent démunis et épuisés face à cette souffrance (demandes et appels incessants, multiplication des rendez-vous médicaux, reproches, plaintes voire chantage affectif).

Afin d'explorer l'utilisation de l'hypnose dans la psychothérapie des personnes anxieuses, nous évoquerons la situation d'une patiente anxieuse souffrant de TOC que nous accompagnons depuis déjà plusieurs années. Nous développerons, dans un premier temps, une synthèse des travaux sur ce sujet et la problématique. Puis nous présenterons notre patiente et le cadre de sa rencontre. Enfin, le déroulement des entretiens et les observations seront présentés avant d'être discutés d'un point de vue théorico-clinique.

2. REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX

2.1.VIELLISSEMENT

Alors que les progrès de la médecine permettent d'augmenter la durée de vie, vieillir peut apparaître socialement inacceptable. Notre société actuelle compétitive rejette la vieillesse et surtout la mort inéluctable. Vieillir fait peur.

La vieillesse n'est pas facile à définir et la plupart des propositions se basent sur des représentations négatives. Mais alors, à quel âge sommes-nous « vieux » ? Entre 60 et 70 ans : âge de la retraite ? Entre 80 et 90 ans : âge moyen dans les EHPAD ? Il n'existe pas d'âge bien défini car le vieillissement est « très hétérogène tant au niveau de l'âge que de l'état de santé et de l'autonomie » (Floccia *et al*, 2018).

Le vieillissement est pourtant un processus normal auquel personne n'échappe. Le sujet vieillissant devra appréhender ses nombreuses transformations tant sur le plan physiologique, que physique, cognitif, social et psychique. Ainsi, pour Charazac (2011), « le vieillissement se traduit par une succession de modifications des rapports entre le moi corporel, le moi psychique et le monde extérieur se traduisant en termes de régression ou de progrès. ». Selon Marchand (2008), « l'expérience de la vieillesse nécessite des réajustements continuels dans l'affirmation de son identité ».

2.1.1 MODIFICATIONS SOCIALES ET RELATIONNELLES

Au fur et à mesure des années, le statut de la personne vieillissante change. Le parent devient grand-parent, le salarié devient retraité et plus tard l'aidant deviendra l'aidé. Prendre sa retraite implique une modification de son rôle social. Si la personne retraitée ne s'investit pas dans un autre rôle, si elle ne se définit pas de but valorisant alors c'est son identité qu'elle perd.

Plus tard, lorsque la personne ne pourra plus s'occuper d'elle-même ; ce sont ses enfants qui s'occuperont de ses soins, de ses courses, participeront financièrement... L'inversion des rôles : le parent qui devient « enfant de ses propres enfants » engendre une culpabilité. En témoigne les paroles d'une personne âgée : « je suis une charge pour ma famille, je coûte cher à la société, je suis inutile, pourquoi le bon dieu ne vient-il pas me chercher ? ». Les modifications perçues par l'entourage peuvent également retentir sur leur relation. Face au rejet social, la personne peut subir un isolement social et affectif.

2.1.2 MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PHYSIQUES

Tout le long de notre existence, il existe des modifications biologiques : amoindrissement du système immunitaire, modifications hormonales et vieillissement cellulaire. Ces transformations agissent sur les organes internes, les tissus, les articulations...

D'autres transformations physiques plus visibles (rides, cheveux blancs, perte de cheveux et de dents) affectent l'estime de soi. Le corps est témoin du temps qui passe. Le corps douloureux, déformé est ralenti et son équilibre précaire. Tous les sens diminuent, ce qui peut amener à un désinvestissement de la vie relationnelle et un repli sur soi.

La personne âgée se heurte au reflet de son image dans le miroir mais aussi au regard des autres. Son image se modifie, ses performances physiques et ses capacités s'amoindrissent.

2.1.3 MODIFICATIONS COGNITIVES

Les personnes âgées se plaignent couramment de difficultés mnésiques. En effet, de nombreuses études ont montré que le vieillissement cérébral altère certaines fonctions cognitives à différents niveaux. La mémoire épisodique et la mémoire de travail sont les systèmes les plus perturbés dans le vieillissement dit « normal ». « La mémoire du passé lointain (...) est considérée comme plus résistante aux effets de l'âge que celle des événements récents, en particulier si les événements ont une coloration émotionnelle » (Giffard *et al*, 2001). Au sein même de la mémoire autobiographique, Piolino *et al* (2002) ont montré que les souvenirs épisodiques diminuent avec l'âge et l'intervalle de rétention alors que les souvenirs autobiographiques sémantiques sont mieux préservés.

Alors que des capacités diminuent avec l'âge, d'autres résistent telles que la mémoire procédurale et la mémoire sémantique. Cependant, la personne âgée peut parfois s'adapter et utiliser des stratégies pour minimiser les déficits.

2.1.4 MODIFICATIONS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

La personne âgée a vécu plus d'années qu'il ne lui en reste à vivre. Elle regarde derrière elle et procède au bilan de sa vie, questionnant sa réussite sociale, familiale et professionnelle. Selon Quinodoz (2002), « Le besoin de trouver une cohérence à sa vie peut s'intensifier au moment de la quitter car c'est une façon d'en prendre possession. »

Les conséquences du vieillissement, la peur de la mort mais aussi son histoire de vie (traumatismes, deuils...) fragilisent psychiquement les personnes. Les périodes de grands changements, de crises lui demandent de grandes capacités d'adaptation.

2.1.4.1 ORGANISATION ECONOMIQUE ET INVESTISSEMENTS

Le vieillissement se porte sur le moi et ses investissements. Pour Charazac (2011), « la vieillesse se caractérise comme une alternance de périodes de stabilité et d'instabilité du moi et de ses investissements, résultant de son adaptation à une série de changements internes et extérieurs ». Le moi entre en conflit avec les autres instances. Pour se défendre, le moi peut nier ou amplifier la représentation de ces transformations. La plainte hypocondriaque correspond à cette amplification. L'investissement narcissique du sujet âgé sur son corps prend le relais de l'investissement du monde extérieur. Selon Peruchon (2005), « le retrait des investissements, voir le désinvestissement ou l'isolement entraînent en général un régression narcissique favorable à l'émergence d'une hypocondrie dans laquelle l'organe s'offre en lieu et place d'une relation d'objet manquante (...). La plainte hypocondriaque permettrait au sujet de s'affirmer encore (...) ». L'investissement narcissique du corps en souffrance peut aussi prendre la place de l'investissement douloureux de l'objet manquant (vécu d'abandon dans l'enfance, décès, départ des enfants...). C'est pourquoi plus le travail mental est efficace moins il y a de risque de somatisation. Ces évolutions agissent sur les relations avec l'entourage (retrait de l'investissement objectal), avec son rapport au corps (augmentation des investissements narcissiques) par le biais de mécanismes de défense et la modification des représentations et des modes de pensée.

2.1.4.2 ATTEINTE NARCISSIQUE ET TRAVAIL DE DEUIL

Le sujet âgé est psychologiquement vulnérable et doit faire face à « des blessures narcissiques au travers de pertes physiques et des pertes psychiques, des deuils, des réminiscences, des traumatismes de vie ou du vécu de la maladie » (Floccia *et al*, 2018). Cette atteinte narcissique alors nécessite la mise en place de mécanismes de défense, une modification du moi et un travail de deuil. Deuil de ce que la personne âgée a pu être. Toutes ces modifications engendrent de la souffrance chez la personne âgée (anxiété, dépression, troubles du comportement...) et peuvent aggraver des pathologies pré-existantes apparues avant l'âge adulte.

2.2 TROUBLES ANXIEUX CHEZ LA PERSONNE AGÉE

2.2.1 LES TROUBLES ANXIEUX

« Les troubles anxieux ont une prévalence élevée et sont fréquemment des affections invalidantes qui débutent souvent pendant l'enfance et persistent à l'âge adulte » (Katz *et al*, 2013). Chez les personnes âgées, les inquiétudes concernant la santé et l'avenir apparaissent et notamment la peur et l'angoisse de mort. Elles vivent la dernière étape de leur vie avant leur mort.

L'anxiété est fréquente chez les personnes âgées mais il est parfois difficile de la distinguer de la dépression. En effet, chez la personne âgée, « des éléments d'anxiété se retrouvent dans toutes les expressions de la dépression à tel point que la différence entre les deux est souvent difficile à faire » (Bouisson, 2005). Ainsi, nous retrouverons souvent le diagnostic d'anxiété-dépression.

« Alors que l'anxieux est inquiet, inhibé, fébrile, actif, fuyant, oppressé, irritable, tendu (se sent), diarrhéique et préoccupé, le déprimé est certain d'être malheureux, ralenti, détaché, inactif, immobile, désespéré, triste, vide (se sent), constipé, incapable de réfléchir. » (Albert *et al*, 1992).

Selon Benoit *et al* (2016), l'anxiété de la personne âgée peut-être rattachée à 3 groupes de diagnostics :

-les troubles anxieux d'apparition tardive (inquiétudes en lien avec la vieillesse (l'avenir, la dépendance, la douleur, la chute), la situation financière, la situation sociale, la peur d'être abandonné, le syndrome crépusculaire,

-les états anxieux en lien avec une pathologie (neurologique, cardiovasculaire, pulmonaire, endocrinienne, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés), un traitement médicamenteux ou une substance (alcool, café),

- les troubles anxieux préexistants : apparues depuis le début de l'âge adulte : anxiété généralisée, trouble panique, phobie sociale, phobies spécifiques, les TOC, les états de stress-post-traumatiques.

Ces 3 groupes peuvent se croiser : l'anxiété chronique préexistante d'une personne âgée peut être aggravée lors de la vieillesse et/ ou par plusieurs pathologies.

2.2.2 LES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

Selon la classification du Mini DSM-5 (2016), le trouble obsessionnel compulsif (TOC) comporte des obsessions et/ou des compulsions.

Les obsessions sont définies par « des pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes (...) ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets » : dégoût, honte, mal-être, anxiété, peur, panique... Les thèmes de pensées peuvent être : la contamination, l'erreur, les phobies d'impulsion, le malheur, la sexualité ou encore la religion.

Les compulsions sont « des comportements répétitifs (...) ou actes mentaux (...) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible ». Elles sont « destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutés (...) ». Exemple de comportements répétitifs: se laver les mains, vérifier que le gaz est éteint, ranger, accumuler jusqu'au soulagement de l'anxiété. Exemple d'actes mentaux : comptage, répétitions de phrases...

Pour André (2004), le TOC se différencie de la phobie des microbes par l'existence de « rituels de neutralisation de l'angoisse: lavage ou vérifications » et « il faudra amener le patient à se confronter peu à peu à ce qui lui fait peur, comme toucher des objets qu'il considère comme sales, les ramasser au sol, poser ses propres mains par terre sans accomplir ses rituels de lavage ».

2.2.3 COMPRENDRE LES TOCS ET SES REPERCUSSIONS

D'un point de vue psychanalytique, c'est au sein de la relation avec sa mère que l'enfant réussira de façon efficace ou non à maîtriser sa propre angoisse. Ainsi, les mères anxieuses favorisent l'anxiété chez leur enfant et le futur adulte en devenir. Si ces enfants ne parviennent pas à apaiser leur anxiété par un parentage sécurisant, ils peuvent développer des troubles obsessionnels compulsifs. Nolan *et al* (2010) parle alors de « bébés ou enfants prédisposés au TOC ».

Le trouble anxieux se répercute sur la vie du sujet et sur sa relation à l'autre. Dans les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), le sujet a recours à une maîtrise de l'angoisse par une emprise, un contrôle de l'environnement et des autres. D'après Nolan *et al* (2010), les personnes souffrant de TOC sont « incapables de faire suffisamment confiance à quiconque » et le thérapeute devra établir avec eux « une relation humaine empreinte de sécurité ».

2.3 ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DE LA PERSONNE AGÉE

2.3.1 LA PSYCHOTHERAPIE DE SOUTIEN

L'accompagnement psychologique de la personne âgée revient à l'aider à un travail de vieillir et au mieux à « bien vieillir ». Pour Charazac *et al* (2005) : « le vieillir est un travail psychique à effectuer pour chacun de nous, une tentative d'assumer la mort sans trop d'angoisse, et d'élaborer les événements marquants de sa vie (une tentative de donner du sens aux événements traumatiques et aux conflits) ». « Bien vieillir reviendrait à intégrer la perte de la jeunesse ainsi que les angoisses liées à la finitude, tout en conservant une certaine intégrité psychique » (Marchand, 2008). Le sujet âgé doit s'adapter à tous ces changements négatifs de soi. Il possède des capacités d'adaptation mais peut faire preuve de résistances. La psychothérapie de soutien invite le patient à verbaliser ce qu'il éprouve afin d'obtenir un soulagement, de l'aider à s'adapter au changement, de se remobiliser psychologiquement et se reconstruire. Elle permet de retrouver la capacité à faire face à la maladie et à la souffrance.

Vieillir c'est aussi « faire en quelque sorte son bilan de vie avec ses émotions, ses éprouvés de plaisir et de déplaisir, éprouver du plaisir à se raconter » (Charazac *et al*, 2005), Le voyage dans le temps et le bilan de vie permettent de donner du sens et de la cohérence à son existence. Le récit de vie permet une transmission à l'autre et améliore ainsi l'estime de soi.

Selon Quinodoz (2002), « Les personnes qui se sentent dans leur dernière période de vie ont le désir inconscient de reconstruire leur propre histoire interne. Parfois elles ne peuvent pas y arriver seules et elles ont besoin qu'un thérapeute les aide à reconstituer leur histoire interne totale ». Elle poursuit : « La reconstruction de l'histoire totale implique de réintégrer des souvenirs importants inconsciemment perdus ou figés (...), des moments importants de sa vie que le patient a pu mettre inconsciemment en dehors du courant de son histoire parce qu'il les trouvait trop angoissants et avait peur qu'ils ne contaminent toute sa vie psychique ». « La reconstitution de leur histoire interne totale » leur permet de donner du sens à leur vie, renforcer leur identité, leur estime et ainsi mieux comprendre et apaiser leur angoisse. Effectivement, le psychologue peut aider ces patients âgés à retrouver « les souvenirs importants inconsciemment perdus ou figés » mais souvent ceux-ci ont perdu leur connotation sensorielle et émotionnelle du fait d'une mémoire autobiographique épisodique perturbée.

2.3.2 HYPNOSE

2.3.2.1 DEFINITION

L'état hypnotique est un état naturel que nous pouvons vivre plusieurs fois par jour. A. Bioy rappelle en 2017 que l'hypnose est un « mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. » L'hypnose thérapeutique s'inscrit dans une relation, une alliance thérapeutique. Elle permet à l'individu avec l'aide d'un praticien de reproduire « cet état de conscience particulier » à des fins thérapeutiques, d'initier un changement en mobilisant ses propres compétences et d'être plus accessible aux suggestions bienveillantes du thérapeute en s'adressant directement à son inconscient.

L'hypnose peut être pratiquée différemment :

- l'hypnose formelle ou état hypnotique est un état de veille paradoxale plus ou moins profonde. Classiquement, une séance est construite selon plusieurs étapes (Bioy *et al*, 2010) :

1 : une phase d'induction

2 : la dissociation

3 : la phase de « perceptude » (Roustang, 2004) ou capacité d'attention élargie qui permet un travail thérapeutique avec des suggestions et des métaphores.

4 : le retour

- l'hypnose conversationnelle utilise les principes de l'hypnose en maintenant un état de veille pendant un échange avec le patient. Tout comme l'hypnose formelle, c'est un mode de communication verbal et non verbal qui s'établit dans une alliance thérapeutique. Elle induit une légère dissociation et favorise la suggestibilité.

- l'autohypnose est l'appropriation de l'hypnose par le patient. Le patient va retrouver seul les expériences vécues lors des séances grâce à un apprentissage, les suggestions post-hypnotiques et les ancrages proposés par le praticien.

Les effets thérapeutiques ne dépendent pas de la profondeur de la transe. Des changements thérapeutiques peuvent être induits en transe légère et il peut ne pas y en avoir en transe profonde.

Le thérapeute doit écouter et observer son patient afin de s'ajuster au mieux à ses particularités et ainsi personnaliser sa thérapie à :

- son mode de communication par l'identification de son canal sensoriel préférentiel et le « mimétisme » de son langage verbal et non-verbal,

- ses forces (croyances, valeurs, ressources, activités, attentes) et ses faiblesses (ses craintes, ses difficultés).

2.3.2.2 HYPNOSE AUPRES DE LA PERSONNE AGÉE

Les modifications cognitives constatées chez la personne âgée, en notamment leurs difficultés attentionnelles et mnésiques pourraient entraver le travail avec l'hypnose. Il apparaît également que les personnes vieillissantes ont une diminution de leurs capacités d'abstraction et d'imagination. Cependant, Floccia *et al* (2018) confirment de par leurs expériences que « l'hypnose a de nombreuses indications en gériatrie ».

Quelques études se sont intéressées à l'accessibilité à l'hypnose chez le sujet âgé. Selon Bioy *et al* (2010) « le « pic » d'hypnotisabilité s'observe globalement entre 8 et 12 ans, pour ensuite décroître tout au long de la vie ». Cependant, nous serions en vieillissant plus accessibles à la dissociation. En effet, « les divers inconforts, la cohorte des douleurs invitent à fuir, à s'absenter mentalement. La mémoire devient un ailleurs-refuge, la dissociation devient une façon d'être » (Guillou, 2014).

Selon Floccia *et al* (2018), « le schéma type » de l'hypnose formelle « est souvent bousculé » en gériatrie. L'état hypnotique peut être ponctué « de moments de discussion voire des passages à l'état de veille » et que les patients âgés « gardent souvent les yeux ouverts » même si « le regard devient fixe et le réflexe de clignement diminue ».

L'intérêt de l'hypnose dans l'accompagnement des personnes âgées est multiple. Tout d'abord, elle s'appuie sur ses ressources. Comme constaté précédemment, la personne vieillissante ne se voit qu'au travers de représentations négatives au point de ne plus voir ses capacités et ses forces. L'hypnose lui permet d'accéder à ses ressources inconscientes en s'appuyant sur son vécu. « L'hypnothérapeute partira de l'idée que le sujet ne sait pas qu'il sait déjà tout de qui est nécessaire au dépassement de son symptôme » (Thioly, 2007).

L'hypnose fait aussi appel à la mémoire autobiographique qui permet de renforcer l'identité de soi. Ainsi, « le thérapeute feuillette avec le patient le livre de la mémoire pour en ramener à la surface, à la conscience quelque chose d'utile pour maintenant » (Guillou, 2014).

En hypnose, la régression en âge permet à la personne « de se comporter plus ou moins nettement comme si elle se retrouvait et se vivait effectivement à une période passée de sa vie (Melchior, 1998). Ainsi, « se revivre en action, acteur au centre du souvenir provoque assez systématiquement la reliance identitaire » (Guillou, 2017).

Elle nécessite avant tout une relation, une alliance thérapeutique également indispensable dans l'accompagnement des personnes âgées. Thioly (2007) compare la thérapie hypnotique à « une danse, comme un pas de deux dont le rythme naîtrait de l'accord subtil qui s'établit entre thérapeute et patient ». Etablir une relation de confiance avec le patient semble donc être un préalable indispensable à la démarche hypnotique.

Enfin, l'hypnose pose un autre regard : en redonnant de l'autonomie aux personnes, le thérapeute n'a plus une position de savant-sauveur mais d'un guide vers la solution. Quelle aubaine pour ces personnes qui ont besoin de retrouver un peu d'autonomie, d'améliorer l'estime d'elles-mêmes. Nous les valorisons dans leur connaissance d'elles-mêmes, encourageons leurs ressources, et leur montrons une meilleure image d'elles-mêmes.

2.3.2.3 SOIGNER LES MANIFESTATIONS ANXIEUSES ET LES TOCS PAR L'HYPNOSE

Les troubles obsessionnels compulsifs sont couramment « traités » en thérapie cognitivo-comportementale (TCC). L'hypnose, quant à elle, a pour intérêt de « taire » l'intellectualisation du problème du patient et le besoin de contrôle très présents chez les personnes anxieuses avec des troubles obsessionnel compulsifs. Van Craen (2007) et Thioly (2007) montrent que l'hypnose peut s'articuler avec une approche TCC dans le soulagement des troubles anxieux.

Pour Thioly (2007), les avantages d'associer l'hypnose et les TCC sont multiples. L'état hypnotique permet :

- une véritable « reviviscence » des événements avec « toute leur charge émotionnelle et certaines dimensions déterminantes » et de ce fait, est plus efficace qu'une simple « remémoration » d'expérience.
- « de remonter aux premières situations ayant ancré ce type d'émotion, ce qui ouvre le travail de restructuration »,
- L'émergence de stratégies de résolution de problèmes plus efficaces en faisant appel aux processus inconscients.
- Le respect de la singularité du sujet et de sa relation avec le thérapeute car il s'agit d'un outil non standardisé, adaptable à chaque situation
- Un travail inconscient, « lieu où vont s'effectuer les changements thérapeutiques, qui échappent au thérapeute ».

Dans le traitement de l'anxiété, Van Craen (2007) propose d'associer l'hypnose aux méthodes de TCC sur un mode tridimensionnel (comportemental, cognitif et physiologique).

D'un point de vue comportemental, la thérapie consiste à apprendre au patient à « agir différemment ». Le thérapeute pourra utiliser une des deux techniques les plus répandues en TCC : la désensibilisation systématique ou la thérapie par exposition.

La désensibilisation systématique (Wolpe, 1958) consiste pour le patient à s'imaginer des situations de plus en plus anxiogènes tout en gardant un état de relaxation. Van Craen (2007) constate des points communs entre la désensibilisation systématique et l'hypnose : « un état de profonde relaxation, une fixation sur une scène imaginaire ainsi que la suggestion que la personne concernée est capable de gérer la même situation dans la réalité ». Il propose la technique du « freiner avec un fort ressenti » qui consiste à travailler la confiance en soi et la maîtrise de situations difficiles plutôt que la relaxation.

La technique d'exposition consiste à supprimer l'angoisse conditionnée en demandant à la personne d'affronter *in vivo* des situations anxiogènes hiérarchisées par des variables (seul/accompagné, avec/sans moyens sécurisants...). Seulement, afin de permettre une généralisation à d'autres situations, il est nécessaire de varier au maximum les contextes (moments, lieux et entourage différent) voire même au-delà de la situation d'origine et de prendre en compte l'état émotionnel du patient. Cette thérapie par exposition *in vivo* peut donc être longue, laborieuse voire impossible à réaliser.

Van Craen (2007) propose alors l'intégration de techniques hypnotiques pour augmenter l'efficacité de la thérapie. Parmi les techniques d'exploration hypnotique, « le pont affectif » (Watkins, 1971) permet d'accéder à l'événement traumatique initial et de « remanier cette expérience à plusieurs reprises, jusqu'au moment où cela n'a plus d'effet ». Un autre avantage de l'hypnose est de permettre au patient de revivre l'événement traumatique dans toute sa prégnance sensorielle et ainsi « d'immerger dans sa réalité imaginaire et de corriger l'expérience sur le niveau émotionnel ». Afin de faciliter la généralisation de l'exposition, le patient en hypnose peut être exposé à tous les contextes anxiogènes possibles (alors que toutes les situations ne sont pas réalisables *in vivo*). Aussi, le patient peut apprendre à reproduire une procédure d'exposition ou de désensibilisation sans limite et en toute autonomie tel un « entraînement mental ». Enfin, l'hypnose permet de renforcer la motivation et la combativité en apprenant des techniques d'autocontrôle.

Ces techniques « se réfèrent à des émotions personnelles fortes tout en pouvant utiliser ses propres ressources ».

D'un point de vue physiologique, le patient anxieux apprend à se « sentir différemment ». Cette approche prend en compte les composantes émotionnelles et physiques de l'angoisse et apprend au patient des techniques de relaxation (telle que la relaxation progressive de Jacobson, Le Training autogénèse de Schultz, la respiration ventrale). Van Craen (2007) apprend à ses patients à identifier rapidement les premiers signes physiologiques, comportementaux et cognitifs de l'anxiété. L'hypnose aide les patients à re-visionner les situations d'angoisse jusqu'à en repérer les premiers signaux, puis par la technique du « pont vers le futur » de réagir rapidement lors de situations futures similaires.

D'un point de vu cognitif, le patient apprend à « penser différemment ». Selon Van Craen (2007), « l'anxieux » présente des ruminations ressemblant à des états d'autohypnose négative. L'hypnose facilite l'identification des pensées délétères chez les patients et les aide à les transformer en pensées raisonnables. Pour ce faire, une technique hypnotérapeutique comme l'ego-states therapy ou « la thérapie des états du Moi » (Watkins et Watkins, 1978) peut être utilisée. Cette technique consiste à faire « parler » les parties de la personnalité du patient (par exemple : la partie anxieuse et la partie courageuse ». Une fois la pensée alternative identifiée, elle peut être appliquée dans une situation anxiogène sous hypnose.

Bioy *et al* (2010) propose deux axes d'accompagnement des personnes présentant des TOC :

- 1- Aider le patient à gérer son anxiété et l'encourager à réutiliser les exercices en autohypnose
- 2- Utiliser une méthode de régression en âge afin de permettre au patient d'accéder au(x) moment(s) où les TOC se sont installés et d'en « modifier la valence ».

Et enfin, à des fins de prévention, proposer un apprentissage de la dissociation face à une situation problématique, par visualisation ou anticipation de la situation, par renforcement du moi ou encore par association autour d'un mot (choisi en fonction de la problématique du patient).

3. PROBLEMATIQUE

Déjà éprouvé par les nombreuses modifications liées au vieillissement (physiologiques, physiques, cognitives, sociales et psychiques), le sujet vieillissant doit de plus faire face aux inquiétudes concernant sa santé, son avenir (notamment la peur et l'angoisse de mourir). L'apparition d'un état anxieux est donc fréquente à cette période de vie et l'anxiété chronique préexistante peut être aggravée. Parmi les troubles anxieux pré-existants, le Trouble Obsessionnel Compulsif peut engendrer une grande souffrance tant sur la vie du sujet et que sur sa relation à l'autre.

En psychothérapie, le psychologue peut aider ces patients âgés « à reconstituer leur histoire interne totale en retrouvant les souvenirs importants inconsciemment perdus ou figés » (Quinodoz, 2002). Néanmoins, les résistances sont importantes et les fragilités cognitives ne facilitent pas l'accès à ces souvenirs.

Au vu des travaux sur l'hypnose précédemment exposés, nous nous demandons : dans quelle mesure l'utilisation de l'hypnose peut améliorer l'efficacité de la psychothérapie des personnes âgées anxieuses ?

L'hypothèse principale est que l'hypnose permet d'accéder plus efficacement « aux souvenirs importants inconsciemment perdus ou figés » avec toute leur prégnance sensorielle et émotionnelle et ainsi :

- renforcer l'estime de soi et la renarcissisation en renforçant les ressources de la personne,
- diminuer l'anxiété et le sentiment d'insécurité,
- soulager le comportement obsessionnel.

Les bienfaits attendus portent sur le soulagement du patient âgé et par extension sur l'amélioration des relations avec son entourage. Nous espérons aboutir à un auto-contrôle par la personne de la gestion de son anxiété et ce, via l'apprentissage de l'autohypnose.

4. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

4.1 CADRE DE LA RENCONTRE

Nous travaillons dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPAD) accueillant 98 résidents entre 59 et 102 ans. L'établissement est sectorisé, il réunit à chaque étage des personnes ayant besoin du même type d'accompagnement. Une unité semi-protégée (fermée seulement la nuit et les week-ends) accueille des personnes atteintes de troubles cognitifs (dûs à la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées). Un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés ouvrira prochainement. L'établissement a choisi de développer une approche innovante : la méthode Montessori qui fait partie des nouvelles démarches non médicamenteuses au sein des EHPAD en France. L'objectif principal de cette approche est de revaloriser le potentiel et les capacités restantes des personnes accompagnées afin qu'elles conservent ou retrouvent une certaine autonomie dans les gestes du quotidien, une estime de soi et une meilleure capacité à communiquer. L'activité constitue un soin, la vie communautaire un levier pour permettre à chacun d'avoir un rôle social, de se remotiver et de redonner sens à sa vie quotidienne.

Nous travaillons en étroite collaboration avec une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin coordonnateur, d'une infirmière coordinatrice, d'une équipe soignante (infirmières, aides-soignantes, Aides Médico-psychologiques...), d'une ergothérapeute et d'animateurs.

Nous avons choisi de vous parler de Sylvette ou S¹ résidente dans cet EHPAD depuis plusieurs années. Sa chambre se situe dans un service de personnes dites « autonomes » puisqu'elle n'a pas besoin d'aide pour les gestes de la vie quotidienne.

Alors que les entretiens psychologiques se déroulent habituellement dans notre bureau ou dans la chambre des résidents, nous rencontrons S. depuis plusieurs années dans la salle de restaurant de cet EHPAD à une heure où elle est peu ou pas fréquentée. S. souhaite me recevoir assise sur sa chaise de restaurant. Nous lui avons proposé de changer le cadre de nos entretiens et que nous nous retrouvions dans sa chambre plutôt que dans la salle de restaurant. Ce changement de contexte de rencontre présente plusieurs intérêts :

- amorcer un changement dans sa psychothérapie,
- limiter les stimuli (extérieurs) néfastes au bon déroulement des séances,
- faciliter l'apprentissage de l'autohypnose par la reproduction des séances seules dans le même contexte que les séances d'hypnose.

¹ Prénom que la patiente elle-même a choisi afin de conserver son anonymat. Elle est la seule à savoir ce que ce prénom signifie.

4.2 LA SOUFFRANCE DE SYLVETTE

Sylvette, 73 ans. Elle n'a pas l'apparence d'une dame de son âge. Souvent, les visiteurs pensent qu'elle est une employée et non une résidente de par son physique (style vestimentaire, son maquillage) et son comportement (accueillante, investissement). « J'aime bien ne pas faire mon âge », me dit-elle, « ce n'est pas chouette de vieillir, tout est défraîchi, on a ci, on a ça....quand on est jeune, on ne pense pas à tout ça ». Ses capacités cognitives sont préservées et elle semble avoir un niveau intellectuel élevé.

S. était assistante dentaire. Pendant son temps libre, S. pratiquait la natation, les randonnées dans la nature et le théâtre amateur. Elle était également commissaire de course et copilote dans les rallyes voitures.

Sylvette décrit son enfance comme « absolument anormale et difficile ». Lorsqu'elle avait six ans, sa mère a commencé un traitement hormonal lourd, qu'elle supportait difficilement l'obligeant à rester alitée le plus clair de son temps. Sa mère a par la suite souffert de dépression avec présence d'idées suicidaires et d'alcoolisme. Quant à son père, il a « sacrifié sa vie de famille pour sa vie professionnelle ». La mère de S. étant gravement malade, elle l'aidait dans les tâches ménagères.

Aujourd'hui, le nettoyage quotidien de sa chambre lui est indispensable. Du sol au plafond en passant par les poignées de porte et les interrupteurs et ce, en plus du nettoyage bi-hebdomadaire assuré par le personnel de l'établissement. Ensuite, S. se sent « plus sereine pour ses occupations » Afin de respecter la propreté de sa chambre, un écriteau sur la porte de sa chambre indique qu'il est « interdit de s'introduire dans sa chambre hors de sa présence ». Pour S, l'hygiène est en lien avec l'éducation qu'elle a reçue : « Il faut que ce soit propre. J'aime bien quand c'est propre, c'est l'éducation que j'ai reçue de ma mère. C'est la base d'une vie propre. Je nettoie car il le faut. Je me sens mieux dans le propre, ça me fait plaisir. »

Pour elle, l'hygiène, c'est une aussi « une déformation professionnelle » : S était assistante dentaire.

S. présente un trouble anxieux avec une composante dépressive. Elle se décrit comme « ayant toujours été bilieuse » et « se faisant souvent du souci ». Son anxiété s'exprime le plus souvent le matin et parfois le soir, lors de périodes d'incertitudes, de changements ou de contrariétés (gestion de ses papiers administratifs, rendez-vous extérieurs, difficultés relationnelles avec son entourage). Lors de ces périodes difficiles, S. souffre de troubles du sommeil avec des cauchemars, d'agitation verbale et physique et d'une recrudescence de ses troubles obsessionnels compulsifs (actes mentaux de type comptage et nettoyage de sa chaise de restaurant). Elle a également des demandes itératives auprès du personnel de l'EHPAD.

C'est son TOC de nettoyage de sa chaise de restaurant qui lui est le plus pénible. Cette chaise lui est attirée seulement elle ne peut pas s'asseoir dessus sans qu'elle l'ait préalablement nettoyée. Si elle ne nettoie pas cette chaise, elle pense qu'elle sera sale et qu'elle risque d'attraper des maladies. Cette chaise est facilement reconnaissable, l'assise étant usée par l'alcool ménager. Les résidents et le personnel de l'EHPAD sont informés de l'appropriation de cette chaise et respectent ce besoin. Ainsi, S. souffre d'obsessions dont le thème de pensées est la contamination. Ses pensées obsessionnelles provoquent de l'anxiété qui engendre des compulsions de nettoyage de sa chaise, deux fois par jour. Ce nettoyage lui permet de diminuer son état anxieux.

Sylvette a aménagé son emploi du temps et ses activités en fonction de son TOC. Elle descend un peu plus tôt dans la salle de restaurant et d'animation afin de pouvoir nettoyer sa chaise. Elle rend service à l'équipe hôtelière (comptage des personnes présentes au repas) et aux animations. Cet investissement renforce son estime de soi et canalise son anxiété quant à la propreté de sa chaise. Malgré le fait que S. se trouve valorisée par son rôle d'aidante aux animations, elle a peu d'estime d'elle. Elle autocritique son comportement « ça ne va pas là-dedans », « je suis nulle ». Son TOC, me dit-elle lui « pourrit la vie », « la pèse », « l'obsède ». Elle se sent différente des autres, « anormale ».

Sylvette me dit que les TOC sont apparus pendant sa grossesse suite à des remarques de son époux concernant l'état de santé de leur enfant « s'il n'est pas normal je le tuerai ». Cette réflexion a créé un stress post-traumatique. Sylvette s'est alors astreinte à avoir une hygiène irréprochable pour ne pas infecter son fils. Dans le cabinet dentaire où elle travaillait, Sylvette se souvient qu'une petite fille atteinte d'une leucémie s'était assise sur le fauteuil du dentiste. Cet événement marquant avait renforcé sa crainte que son fils soit malade. Elle avait alors développé l'idée qu'elle devait désinfecter ses sièges pour « protéger son fils » d'une éventuelle contamination.

Son accompagnement psychologique :

Nos entretiens ont dans un premier temps eu pour objectif de diminuer son anxiété et ses TOC par une thérapie de soutien et de la psychoéducation. Sylvette refusant d'être accompagnée par un psychologue ou psychiatre spécialisé en thérapie cognitivo-comportementale, nous nous sommes inspirés de cette pratique pour lui proposer des exercices. Après quelques années, Sylvette a appris à mieux gérer son anxiété avec une diminution de l'agitation verbale et corporelle et une amélioration du sommeil. Elle a diminué voire annulé certains comportements en commençant par le nombre de lavage des mains puis a de nouveau accepté le contact physique d'autrui : donner la main, embrasser, danser avec d'autres résidents. Un rituel plus pesant persiste: celui de la désinfection obsessionnelle de sa chaise deux fois par jour.

Son traitement :

Escitalopram 5 mg (1-0-0) (séroplex) est un antidépresseur indiqué dans la prise en charge des états dépressifs ou de certains troubles anxieux (notamment anxiété généralisée). On l'utilise aussi dans la prévention des attaques de panique et chez certains patients souffrant de troubles obsessionnels compulsifs (TOC).

Alprazolam 0,25 mg (1-0-1) est un benzodiazépine anxiolytique.

L'hypnose : ses croyances et ses attentes :

Sylvette « ne croit pas » en l'hypnose. La dentiste qu'elle assistait, formée à l'hypnose, ayant subi un échec auprès d'une patiente, avait abandonné son utilisation. Cependant, elle n'a jamais expérimenté l'hypnose pour elle-même. Et du fait de la confiance de S. à mon égard, elle a malgré tout souhaité tenter l'expérience en espérant moduler son anxiété et se libérer de son TOC.

5. RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

1^{ER} ENTRETIEN : ANXIETE VERSUS SERENITE

Cette première séance a pour objectif de travailler sur les perceptions corporelles de l'anxiété : les décrire puis les transformer (en terme de couleur, de textures, de formes...). Cet échange permettra de repérer le vocabulaire privilégié et le canal sensoriel préférentiel afin de les réutiliser dans les séances d'hypnose (mots en gras).

S. me parle de ce qu'elle nomme son « angoisse matinale » : « le matin, quand je me réveille, je me demande comment va se passer ma journée ». S. est invitée à décrire ce qu'elle ressent : « ça me prend à la gorge, je reste **figée** sans oser **bouger**, je reste **clouée** sur place, je n'ose pas **bouger** et en même temps j'aimerais **agir** pour aller mieux ». « J'ai comme une tachycardie et puis ça me coince (en montrant sa **gorge** et en ouvrant la bouche), j'ai l'impression de **suffoquer** »

Psychologue : « C'est comme ça tous les matins ? »

Sylvette : « non, à des niveaux différents, c'est selon ce que j'ai vécu, ce que j'ai à faire et selon comment j'ai dormi. »

Psychologue : « Comment arrivez-vous à gérer votre anxiété ? »

Sylvette : « Je m'**active** pour ne pas penser à mes soucis, je suis très **occupée** pour amoindrir mon angoisse, mon anxiété. »

Psychologue : « Que ressentiriez-vous si vous n'étiez plus anxieuse ? C'est quoi le contraire d'état anxieux ? Quel est le contraire d'anxiété pour vous ? »

Sylvette : « Sérénité ».

Il est lui alors proposé d'évaluer sa sérénité actuelle sur une échelle entre 0 et 8 ; sachant qu'à 8 elle est parfaitement « sereine ». S. me répond : « 6 ».

Il lui est alors suggéré de s'installer confortablement et d'imaginer qu'elle est à « 7 » et d'observer ce qui a changé : ce qui est différent, ce qu'elle voit ? Ressent ? Ce qu'elle fait de différent ? Qui dans son entourage remarque que ça a changé ? Et ce qu'ils remarquent.

Sylvette : « Je suis encore plus apaisée plus cool, j'envisage des projets, je vois le positif et mon entourage me trouve drôle. Je suis **heureuse, plus active, je positive, j'ai la joie de vivre**, je me dis que ce n'est pas grave, je suis exubérante, **souriante**. Tout est **beau**, tous les détails Les **chants des oiseaux**...c'est formidable...ce serait le paradis sur terre...le summum du **bonheur**. J'ai l'impression de me sentir **protégée** moralement, j'oublie, je ne pense plus à ces phénomènes noirs qui me font **broyer du noir**. Le noir passe au gris, au blanc, c'est l'apothéose, la sérénité complète. La sérénité c'est comme un **voilage, la légèreté, ça vole, ça ondule** par vague (c'est différent de rectiligne), c'est **majestueux**. »

L'expression de son anxiété utilise un vocabulaire appartenant principalement au canal kinesthésique (figer, clouer, ne plus bouger, besoin d'agir, de s'activer, de s'occuper) et au canal visuel (broyer du noir).

La verbalisation de sa sérénité est principalement sur un mode kinesthésique (s'activer, voler, onduler, légèreté) et visuel (beauté, blanc, majestueux) avec un peu d'auditif (chant des oiseaux). Elle évoque l'émotion de la joie (heureuse, joie de vivre, bonheur, sourire) et son besoin de protection.

Il est lui enfin demandé si elle a déjà réussi à se débarrasser, même seulement en partie, de cette anxiété ? Ce quoi elle répondra « Oui au début de mon mariage... »

2^{ÈME} ENTRETIEN : EXPLORATION D'UN LIEU RESSOURCE

Pour cette séance, nous souhaiterions permettre à Sylvette de trouver un lieu ressource afin de se sécuriser.

Ce matin, Sylvette s'inquiète de recevoir un chéquier de sa banque sans l'avoir demandé. Les démarches administratives étant anxiogènes pour cette dame, nous lui confirmons qu'à présent les banques envoient automatiquement des chèques et qu'elle peut s'en réjouir car cela lui évite des démarches.

Sylvette s'assoie sur sa chaise, elle est prête pour sa 1^{ère} séance d'hypnose. Elle me confie « avoir peur de ne pas arriver » à se passer de son « rituel de la chaise ». Nous la rassurons sur ses possibilités, que nous procéderons par étape (le premier objectif est l'apaisement) et que nous aborderons ce comportement avec son consentement, lorsqu'elle se sentira prête. Nous pointons également l'utilité de son symptôme dans l'apaisement de son anxiété.

Ce qu'exprime S. à cet instant nous conforte dans l'importante de commencer les séances par l'apaisement et le renforcement de la confiance et l'estime de soi, et non de commencer par le symptôme. Car comme nous la rappelait B. Lutz², « le symptôme a une place dans l'économie psychique de l'individu, dans son équilibre », s'attaquer directement au symptôme pourrait alors engendrer une décompensation.

Nous commençons la séance : « *Vous êtes ici avec moi dans votre chambre...et vous avez souhaitez faire l'expérience de l'hypnose...et vous prenez le temps de vous installer... confortablement.... dans ce fauteuil pendant que je continue à vous parler...* »

Sylvette se repositionne dans son fauteuil, mais exprime souhaiter garder ses mains en contact. C'est sa position habituelle... (Le contact de ses mains lui permet certainement de garder le contrôle). Puis se lève de sa chaise et explique qu'elle ressent souvent ce besoin lorsqu'elle est assise. (L'agitation motrice est probablement signe d'une anxiété).

Nous la rassurons sur le fait « *qu'elle peut prendre la position qui lui parait le plus confortable.... et qu'elle pourra se mobiliser.... quand elle le souhaite... tout au long de la séance...lorsqu'elle en sentira la besoin.* » (Le besoin de contrôle lui est nécessaire). Nous poursuivons : « *et tandis que vous observez de la tête au pied comment votre corps se pose paisiblement... et vous vous installez maintenant dans la position où quelque chose peut changer...* ». Nous lui proposons *d'observer ce qui ce passe dans son environnement puis de laisser son regard se poser sur un point devant elle... (...)...et lorsqu'elle aura trouvé ce point, de se fixer et d'observer ce qui se passe... (...)*. Sylvette, après avoir examiné sa chambre du mur au plafond et après avoir constaté que ses spots n'étaient pas tout à fait propres... choisi de fixer un tableau offert par son père lorsqu'elle avait 20 ans, et plus précisément l'œil de la petite fille représentée. Ce tableau n'est pas neutre émotionnellement, et des souvenirs commencent à l'envahir...

Nous lui proposons de *laisser aller et venir ses pensées comme elles se présentent*. Nous insistons sur le *laisser faire, laisser les choses se passer...* Nous poursuivons : « *au fur et à mesure que votre regard fixe ce point....l'environnement autour a moins d'importance.... Les bruits sont de plus en plus lointains... il se peut que ce point se modifie légèrement... il devient plus brillant ou plus terne, plus flou ou plus net.... Il se pourrait qu'autour de ce point tout devienne plus flou...vous sentez peut-être des sensations venir à vous.... Et que vous laissez aller...* ». « *Il arrive que les yeux se troublent ou picotent ou que l'on ait... simplement... envie de cligner les yeux au point que les yeux peuvent ressentir le besoin de se fermer...* ». Sylvette confirme qu'elle cligne les yeux.... « *Jusqu'à ressentir le besoin de les fermer.* ».

² Cours DU 2019

Elle ressent le besoin de parler de ce qu'elle vit, ce qu'elle ressent. Nous lui proposons tout simplement d'observer, de ressentir les choses sans forcément les nommer...

Puis nous l'invitons à « *porter attention au contact de son corps sur le fauteuil ? d'observer de la tête au pied comment elle ressent le contact de son corps avec ce qu'il touche.... Et nommons les parties du corps des pieds jusqu'à la pulpe des doigts qui se touchent (...)* (induction cénesthésique)

Sylvette remarque avec étonnement et amusement sa sensation de **légèreté** et l'impression que son corps va s'**envoler** : des sensations qu'elle associait à la sérénité lors du 1^{er} entretien.

Puis nous poursuivons l'induction sur l'observation de sa respiration (S nous avait décrit lors du premier entretien avoir la gorge serrée et une suffocation lorsqu'elle est anxieuse) :

« *Vous pouvez ressentir le passage de l'air dans vos narines...à chaque inspiration...**la sensation du passage de l'air dans votre gorge, l'arrière de votre gorge...** la région d'où semble naître la respiration au creux de l'estomac... qui va se desserrer comme un poing qui se desserre...commencer à devenir un peu plus chaud...tout au long de la séance et diffuser une chaleur agréable dans tout le corps... » Alors que nous observons un ralentissement de sa respiration, nous mettons en place un signaling : « *Désormais vous pourrez me répondre par un geste volontaire ou involontaire de votre doigt mais également me parler si vous préférez* ». Nous confirmant qu'elle est bien installée, par le lever de son doigt, nous l'invitons à laisser son esprit voyager, à laisser son inconscient lui montrer « *un lieu où vous pouvez vous sentir bien... en sécurité... un lieu que vous connaissez peut-être déjà ou totalement imaginaire* ». S. nous informant être dans un champ de lavande, nous l'invitons à observer : « *Sa luminosité... ses couleurs bleu, mauve... l'odeur de la lavande... ou peut être encore les sons que vous entendez... les sensations de chaleur ou de fraîcheur que ce lieu dégage...l'air sur votre peau...* ».*

Sylvette sourit et acquiesce, nous poursuivons sur la description qu'elle peut se faire du champ...« *Vous profitez de ce moment... et vous respirez... **paisiblement**... des émotions positives peuvent vous envahir... Vous pouvez, si vous vous le voulez apporter des changements... modifications... pour améliorer ce lieu... C'est un lieu que vous pourrez retrouver quand vous le souhaitez quand vous en aurez besoin, à chaque fois que vous en aurez besoin au moyen notamment de quelque chose que vous voyez, entendez ou ressentez dans ce lieu et dont vous pourrez vous rappeler pour le retrouver. En conservant ces émotions positives, vous pouvez maintenant revenir vers un état plus dynamique... Etre en contact avec les bruits extérieurs, vous pouvez maintenant penser à rouvrir les yeux...* ».

A son retour, Sylvette est apaisée, elle s'étonne de la sensation d'engourdissement de légèreté de ses jambes. Elle nous explique que dans un premier temps, qu'elle était dans ce champ de lavande : « c'était le bonheur, ça fait **chaud au cœur**, j'y étais vraiment, je me sentais en **sécurité**, tout était **beau**, il n'y avait rien d'autre autour. Il y avait que ça qui comptait, le reste n'existait plus ».

Dans un 2^{ème} temps, elle s'est vue auprès de son père dans la canapé de sa maison d'enfance : « je me sentais **protégée** avec mon **papa attentif** à ce que je lui disais en lui **tenant la main** ». Et elle rajoute « je suis sur mon petit nuage ». Puis en regardant son réveil, elle s'étonne du temps qui est passé si vite...

L'image du père comme figure protectrice et son besoin de réassurance est à prendre en compte pour les prochaines séances. Nous nous interrogeons néanmoins sur la relation avec son père et sur le fait qu'il soit décédé. Nous reprendrons également ses expressions : « chaud au cœur, sécurité, beauté ».

3^{ÈME} ENTRETIEN : LA RIVIERE

Lors de cette séance, nous proposerons une promenade à la campagne. S. pratiquait la natation et par conséquent aime l'eau et appréciait les randonnées dans la nature. Nous nous sommes inspirés du script proposé par B. Lutz³. La rivière et la circulation de l'eau constituent une métaphore qui peut favoriser une remise en mouvement psychique. S. nous a également exprimé cette sensation d'être « figée, clouée » lorsqu'elle est angoissée. Le mouvement et l'activité lui permettent de diminuer cet état anxieux.

En début d'entretien, Sylvette évoque quelques cauchemars avec un débit de parole rapide: « des vacances avec ma grande sœur... j'emmenais plein de linge à laver... et puis on restait plus longtemps... donc j'emmenais encore plus de linge... Je n'arrivais pas à étendre... il y en avait déjà qui était étendu... ». Nous rassurons Sylvette sur le fait que ce cauchemar est signe de mouvements, et qu'un travail s'est bien amorcé.

Son deuxième rêve est en lien avec son père, lorsqu'ils partaient ensemble à la pêche. La nuit qui a précédé sa première séance d'hypnose, Sylvette s'était endormie en pensant aux moments positifs vécus lors de la dernière séance en compagnie de son père. Sylvette pense que ses angoisses matinales ont diminué mais n'en est pas certaine.

³ Cours DU 2019

Avant de commencer la séance, nous lui rappelons qu'elle peut nous parler si elle en ressent le besoin mais que cette communication verbale peut lui demander un effort et par conséquent moins elle parlera, plus la transe sera facilitée.

Nous reprenons les étapes de la première séance afin d'approfondir la familiarité au vue d'une autohypnose mais également de ritualiser les séances (en lien avec son comportement obsessionnel et son besoin de sécurité) : 1- Installation dans le fauteuil. 2- Fixation d'un point dans l'horizon, 3- Observation des parties du corps et de leurs appuis avec insistance sur la légèreté du corps (ressenti qu'elle nous avait exprimé à la dernière séance) – exercices de respiration. Des bruits de couloirs se font entendre, nous lui suggérons alors qu'ils l'aident à approfondir sa détente -

Lors de l'induction sur la respiration, sa tête penche de plus en plus vers l'avant, le rythme de sa respiration ralentit. Nous poursuivons : « *l'oxygène parcourt tout votre corps, diffusant une chaleur, une sensation de **cœur chaud*** »

*Et pendant que son corps continue de se détendre, nous proposons à son esprit à voyager à la campagne... Un lieu qu'elle connaît peut être déjà, imaginaire ou un peu des deux... Un lieu où elle se sent en **sécurité, protégée**... ». Nous l'invitons à observer cette **belle** nature, **majestueuse** et de profiter de ce qu'elle lui offre... d'observer les couleurs de ce décor... la luminosité... l'air agréable qui caresse sa peau... les sons de la nature... de parcourir un chemin... jusqu'à une petite rivière... L'eau qui **ondule par petite vague** (...) Puis elle aperçoit un tas de feuille (...) afin de retrouver une bonne circulation, elle **peut choisir** d'utiliser un objet autour d'elle (bâton, cailloux) ou dans sa poche (...) et observer le parcours des feuilles qui s'en vont au loin une à une, **légèrement, tranquillement et libère le cours d'eau** (...)*

Nous lui suggérons la *possibilité de conserver les émotions et sensations positives, le **bonheur** vécu lors de cette expérience...* puis nous procédons au retour.

S se sent légère comme des petites plumes. Au début du script, elle se revoyait en promenade avec son fils, son époux et son beau-père. Puis lorsqu'elle était auprès du ruisseau, elle était seule. Elle est surprise d'avoir entendu le bruit de l'eau, une eau blanche.

Elle écartait des feuilles d'automne, certaines restaient sur la berge. Elle se sentait plus calme lorsqu'elle enlevait les feuilles et entendait moins le courant. Puis, lorsque les feuilles s'éloignaient, le bruit et le débit de l'eau devenaient plus intenses. S. constate à la fin de l'entretien que son corps redevient plus lourd...

4^{ÈME} ENTRETIEN : RETOUR DANS SA MAISON D'ENFANCE

Cette séance a pour objectif de revisiter la maison de son enfance à laquelle elle a fait référence lors de la recherche d'un lieu ressource. L'idée est de lui proposer des changements, des modifications afin de renforcer les effets positifs de ce lieu mais également de lui donner la possibilité « réparer », de « se libérer » ou de « changer » les événements traumatiques associés à ce lieu.

L'induction est identique aux autres séances. Pour le scan corporel, nous essayons d'induire l'espacement de ses mains afin d'approfondir la transe. « *Un espacement qui se crée au fur et à mesure... jusqu'à trouver la juste distance, la plus acceptable pour elle... et d'observer les sensations... afin que ses mains ne soient plus en contact... et d'approfondir la légèreté de son corps...* ». Sylvette verbalise rapidement un inconfort à espacer ses mains qui lui semblent plus lourdes, elle préfère les coller pour se sentir plus à l'aise...

Nous la laissons trouver la position la plus acceptable et confortable pour ses mains afin de poursuivre la séance. Nous validons le fait qu'elle a besoin pour le moment de garder ses mains en contact.

Dans la phase de travail, nous l'encourageons à décrire sa maison d'enfance : elle constate que celle-ci lui paraissait plus grande lorsqu'elle était enfant. Nous lui confirmons *qu'au fur et à mesure que nous grandissons nous voyons les choses autrement, avec un autre regard...*

Nous lui proposons de *redécouvrir tranquillement les pièces de cette maison: sa luminosité, ses couleurs, les objets/meubles/chaises/bibliothèques, les bruit/silence, les odeurs/parfums particuliers puis de modifier ce qu'elle souhaite et prendre conscience des sensations que cela lui procure, de laisser les souvenirs s'y associer, de toucher... et qu'elle est libre aujourd'hui d'apporter toutes les modifications qui lui semblent nécessaires, tout ce dont elle a envie pour se sentir encore mieux dans cette maison... changement des couleurs des murs, du sol, du plafond... peut-être a-t-elle envie de changer la place des meubles, de déplacer certains objets, de les mettre ailleurs, de les rapprocher d'elle ou de les éloigner, de les enfermer dans un placard, ou de les mettre en hauteur pour qu'ils ne soient plus accessibles... ou tout autre chose... elle a le droit de modifier tout ce qui lui semble nécessaire... peut-être ressent-elle le besoin d'ouvrir les fenêtres (« Mme D m'indique avec amusement qu'elle était justement en train de les ouvrir »)...*

... de laisser rentrer l'air, un air nouveau, de laisser cette maison s'aérer, souffler les poussières... et de poursuivre ses modifications... Après un long silence, Sylvette m'indique souhaiter se promener dans le jardin, nous la guidons (...).

Sylvette a le sourire, l'expérience semble positive. Elle me dit que : « c'était comme si tout était beaucoup plus facile dans cette maison ». Elle était entourée de sa famille.

Elle se souvient des dimanches en famille... tous réunis : « c'était merveilleux, nous avions plus de temps avec papa le dimanche... comme il travaillait beaucoup c'était extraordinaire, chaleureux... très très chaleureux... on se confiait tous entre nous... on parlait de tout librement... j'ouvrais les fenêtres... tout était clair... dans le jardin, j'étendais le linge avec ma sœur ça sentait bon... ».

Puis Sylvette se livre sur son souhait d'être religieuse. Elle écrivait des lettres à Dieu, un moment important dans sa vie : « je lui écrivais, j'étais heureuse comme tout, je le tutoyais, j'étais illuminée ».

5^{ÈME} ENTRETIEN : LE CIRCUIT AUTOMOBILE

Nous souhaiterions pour cette séance répondre à son besoin de renarcissisation et de renforcement de son estime. Sylvette était commissaire de course. La métaphore du circuit automobile permettrait de renforcer ses ressources intérieures, valoriser ses capacités notamment sa capacité à protéger l'autre. (Au quotidien, S. montre une attitude bienveillante envers les autres personnes âgées). Par le vocabulaire choisi, nous souhaitons répondre à son besoin de protection en introduisant la notion de sécurité.

Sylvette me dit se sentir « mieux ». Elle n'a pas ressentie d'état anxieux ces derniers jours, sauf ce matin mais l'anxiété s'est dissipée plus rapidement. S. a rendez-vous chez l'ophtalmologue jeudi prochain et s'inquiète d'ores et déjà des suites. Sans savoir si le médecin lui proposera une opération, elle se projette déjà devoir se rendre à la clinique pour une consultation avec l'anesthésiste puis pour l'opération : « il paraît que c'est l'usine, ce n'est plus humain, est-ce que quelqu'un va pouvoir m'emmener ? Je ne trouverai jamais toute seule, je ne sais pas où s'est, je n'ai pas le sens de l'orientation. Ce n'est pas comme sur **un circuit** : au moins ça tourne dans le même sens, on ne risque pas de se tromper ». Sans le savoir, avec sa comparaison avec un circuit de course, Sylvette nous propose une belle introduction à la séance que nous lui avons spécifiquement préparée....

Aujourd'hui, Sylvette me dit également s'inquiéter pour son amie résidente également à l'EHPAD, elle a « attrapée froid » et doit rester se reposer dans sa chambre. Elle aime mettre en avant son attitude bienveillante envers les autres résidents.

L'induction est extraite d'une séance-type proposée par E. Notté⁴. Nous avons notamment choisi les thèmes en lien avec les besoins, les ressentis et les expériences de S. (la suggestion de « ne pas avoir besoin de bouger », le travail de la respiration, de la notion bulle à laquelle nous avons rajouté la notion de protection, le cœur qui bat calmement, l'engourdissement confortable, les feuilles sur un cours d'eau, la suggestion post-hypnotique de retrouver les sensations agréables).

S est invitée à « *trouver la posture la plus confortable pour aller en hypnose, de sorte **qu'elle n'aie pas besoin de bouger*** » Et maintenant, vous n'avez rien à faire de particulier, juste être curieuse et réceptive à ce qui se passe à l'intérieur de vous... ». Puis nous lui proposons « *d'orienter son attention sur sa **respiration** ... comme si elle s'installait dans une sorte de **bulle protectrice**... une bulle où elle est au **calme**, où les bruits extérieurs lui semblent de plus en plus lointains... de sorte que son cerveau soit plus disponible à ce qui se passe en elle. Vous inspirez profondément par le nez, et vous veillez à bien gonfler vos poumons, comme si vous vouliez soulever une pierre pesante ... vous faites une petite pause, poumons pleins...et vous expirez tranquillement, et poumons presque vides vous marquez à nouveau une petite pause (...) sentez le parcours de l'air dans vos narines, dans votre gorge, vos poumons... sentez peut être **votre cœur** qui bat au creux de votre thorax ...**qui bat de plus en plus calmement.*** »

Afin de renforcer ce travail de respiration, nous l'accompagnons en soufflant et inspirant en même temps qu'elle. Puis nous poursuivons : « *Vous n'avez rien d'autre à faire qu'à écouter ma voix, et dans ce que je dis, votre inconscient ne retient que ce qui l'intéresse... progressivement, vous sentez comme une sorte d'**engourdissement confortable** qui s'installe dans tout votre corps... et tandis que vous expirez, vous pouvez souffler sur toute sorte de pensée, ou les regarder passer comme des **feuilles sur un cours d'eau**...et à mesure que vous continuez cette belle respiration, **votre inconscient commence à apprendre**... de sorte que vous pourrez **l'utiliser chaque fois que nécessaire, pour aller trouver ces sensations agréables, cet état si confortable** ... ».*

« *Très bien...Maintenant imaginez vous sur une piste de course automobile, lorsque vous êtes commissaire de course. La passion des sports automobiles... le bruit des voitures.... Dans les tribunes, le public applaudit... encourage... vous êtes dans votre élément... entourée de vos compères... Vous le savez, le commissaire de courses est **indispensable**, sans vous et vos coéquipiers pas de course possible. Sur les tracés des circuits automobiles, vous relayez les infos, informez en cas de problème. Vous bravez les conditions météo afin de garantir la **sécurité**. Pluie, vent, soleil... rien ne vous arrête... vous êtes **forte**... Vous êtes **calme, diplomate, patiente, attentive** aux imprévus...*

⁴ Cours DU 2019

*Vous êtes les yeux de la Direction de la course, prête à brandir le drapeau de signalisation... Les pilotes vous **respectent**, vous êtes leur lien avec l'extérieur... Les pilotes **comptent sur vous**... vous assurez une surveillance constante en tous points du circuit. Votre tenue est visible, orange ou tout autre couleur, elle vous **protège**... Vous avez la capacité **d'assurer la sécurité** des pilotes ; en cas de problème, vous êtes la première sur les lieux... **La sécurité** du public, surtout les plus jeunes parfois intrépides... **la sécurité** des autres commissaires... et vous **pouvez compter sur eux pour vous protéger**... vous **sécurisez** les autres et vous vous **sentez protégée**... **une protection immédiate**... Dans la zone de contrôle, vous êtes **capables** de prévoir, ordonner et **contrôler**... ».*

A son retour, S. me dit « je ne pensais à rien, j'étais **heureuse** comme tout sur le circuit... des souvenirs auxquels je ne pensais plus sont revenus... j'ai fait un lien avec le secourisme... c'était chouette... on a quand même des moments de **bonheur** dans la vie, maintenant que je m'en souviens...c'était un moment intense de **bonheur**... ». Elle rajoute : « un événement arrive et en fonction de ce que vous me dites il y a des branches qui viennent, d'autres souvenirs arrivent... il y a des choses qui se branchent, **comme un arbre avec ses branches**»

Elle conclue : « Le soir, je pense à tout ce que je vis en séance. Au fur et à mesure des séances, je me les remémore sans effort. C'est chaud moralement. Le soir, je me dis qu'il faut que je me détende et ça revient comme ça »....

6 ÈME SEANCE : L'ARBRE, LA CASCADE ET LA FIGURE BIENVEILLANTE

La métaphore de l'arbre est apportée par Sylvette lors de la dernière séance en parlant de ses associations d'idées qui se relient telles des branches. (S. aime la nature). L'image de l'arbre est également intéressante de part sa solidité et ses racines qui renvoient aux liens familiaux.

Cette séance est inspirée de Floccia *et al* (2018) qui utilise le vieil arbre pour parler de la personne du patient âgé lui-même. Puis, nous lui proposerons de retrouver plus de légèreté en « vidant son sac à dos » (Selon la métaphore proposée par A. Mainguet⁵). Enfin, pour répondre à son besoin de protection nous ferons appel à ses figures bienveillantes.

⁵ Cours DU 2019

Après la phase d'induction kinesthésique (respiration et contact du corps), nous emmenons S. sur « un petit chemin forestier... avec un sac à dos... observer les plantes... des arbres petits et grand ou tout autre élément de la nature... la lumière... le calme... la sérénité. Peut-être entendez-vous le chant des oiseaux qui vous accompagne dans la découverte de ce lieu si paisible... ou le bruit du craquement des feuilles et des branches sous les pieds... les bruits des pas qui peuvent faire s'envoler les oiseaux en toute **légèreté**... Pendant cet envol, quelques **plumes virevoltent** en toute **légèreté**... dans ce grand ciel bleu... peut-être quelques nuages... chassés par le vent... profitez de ce moment de **sérénité**, accueillez ce qui s'offre à vous, ce décor **majestueux**... contemplez les couleurs, les formes... ou tout autre chose... les sensations que ce lieu vous procure... ».

S. sourit, il semblerait que ce lieu lui rappelle des souvenirs...

« Un peu plus loin une **petite cascade d'eau**... ».

S. intervient : « j'y étais déjà... avant que vous m'en parliez... c'était en 66, j'avais 15 filles sous ma responsabilité... il y a des roches autour... on passait dessus pour rejoindre la cascade... ».

Nous : « très bien, vous connaissez donc déjà cette cascade... l'eau ... ».

Sylvette acquiesce : « j'en mets sur mon visage, c'est bon pour le teint ... ».

Nous : « très bien, vous sentez les bienfaits de cette eau sur votre peau... » .

S. sourit.

Nous poursuivons avec la métaphore de l'arbre « *alors que le vent doux caresse votre visage... les arbres... **solides**... le tronc bien droit... d'autres plus tordus... les branches... petites... grandes avec plusieurs ramifications... **légères**... des bourgeons... ou des fleurs... ou même des fruits... picorés par les **oiseaux**... puis un vieil arbre... très grand qui est là depuis longtemps... les racines profondément ancrées au sol... il a vécu de nombreuses tempêtes... Sûrement a-t-il eu des branches cassées... mais autour de nouvelles pousses... des petites branches ont poussé... il a traversé toutes les saisons (...) il va puiser loin... dans ses racines... les forces dont il a besoin pour les mener jusqu'aux bourgeons... (...) il étend une ombre **douce**, bienveillante, **protectrice**... où il est agréable de s'asseoir et de profiter de ce lieu paisible... il n'a pas poussé très droit... mais il est beau malgré ses imperfections... Vous en profitez pour vous asseoir... pour vous reposer... le soleil est agréablement chaud... **chaud au cœur**... ».*

S. sourit de nouveau... « Votre sac à dos est tellement lourd »... S. acquiesce avec la tête... « Vous décidez de vous libérer de quelques objets inutiles afin de vous sentir plus **légère**... ».

Une fois cette tâche effectuée, nous lui proposons d'imaginer qu'un personnage vient s'asseoir à côté d'elle... *d'imaginer ce personnage parmi les gens qui ont existé, vivant ou mort, réel ou imaginaire, humain ou animal, une personne célèbre ou non... qu'elle aurait aimé rencontrer... une figure bienveillante, un ange gardien... qui lui veut du bien...* Elle s'interroge, nous dit que ce n'est pas facile, qu'elle hésite. Elle choisit son frère.

Nous lui demandons pour quelle valeur elle l'a choisi.

S. : « il est serviable... aux dépends parfois de sa personne... gentil... c'est un amour filiale qu'il a pour moi et c'est réciproque... lorsque je l'ai au téléphone je lui dis que je l'affectionne au paroxysme... ».

Nous lui demandons maintenant d'imaginer ce que son frère, assis à côté d'elle, pourrait lui dire pour l'aider...

S. : « il me dit que j'ai un comportement trop bileux et que je peux compter sur lui pour m'aider au mieux ».

De la même façon, nous l'invitons à imaginer une autre personne, un autre personnage...

S. : « c'est mon papa parce qu'il a toujours une oreille si attentive », « il me dit que je ne dois pas me faire de souci, que ça ne change rien, que ça va s'arranger... ».

Nous laissons S. profiter de ce moment et écouter ce que son père a à lui dire.

Puis nous procédons au retour : « ... *puis vous laissez peu à peu disparaître ces images... en conservant toutes vos émotions positives... vous savez que vous pourrez retrouver ce lieu... à chaque fois... que vous le voudrez... en repensant à une sensation que vous avez vécue, une image particulière... une odeur... un son... ou tout autre chose qui vous aidera à retrouver les émotions positives... et retourner en état d'autohypnose... Il est temps maintenant de reprendre le chemin avec votre sac à dos **plus léger**... les images s'effacent peu à peu... prenez le temps... de revenir tout doucement, tranquillement ...* S. ouvre tranquillement les yeux...

S. s'est souvenue lorsqu'elle était monitrice et qu'elle emmenait « son équipe en bivouac ».

Elle s'étonne de l'insouciance des jeunes : « on ne voit pas les dangers, rien ne peut nous arriver, on n'y pense pas, on est sûre de nous, on minimise et tout se passe bien... maintenant j'ai tendance à grandir les événements, à dramatiser... ».

7^{ÈME} SEANCE : L'AUTOHYPNOSE

L'objectif de cette séance est d'encourager les séances d'autohypnose pendant mon absence.

S. doit se rendre chez le coiffeur et chez le dentiste dans les prochains jours. S. évoque la gestion de son trouble lors de ses rendez-vous extérieurs et ses stratégies d'adaptation : s'asseoir sur la chaise du dentiste ou du coiffeur ne lui pose pas de difficulté car elle sait qu'elle pourra changer de vêtements le soir et que cette pensée suffit à moduler son anxiété.

Nous l'interrogeons sur les risques si elle ne changeait pas de vêtements, ou si elle ne nettoyait pas sa chaise. Elle répond : « j'aurai peur... mais je ne sais pas de quoi... c'est tellement profond maintenant... ».

Nous lui demandons d'imaginer ce qu'elle pourrait ressentir si elle ne nettoyait pas sa chaise et nous l'interrogeons sur ses sensations corporelles :

S. « ça tape, ça chauffe dans la gorge, c'est comme si mon cœur était là-haut ».

Nous : « vous souvenez vous de la première fois que vous avez senti ses sensations ? ».

S. : « A partir de la 4^{ème} (13 ans), au moment où mes professeurs me rendaient les copies... ».

Nous l'encourageons à remonter encore dans le temps. S se remémore alors d'un souvenir plus ancien : « quand j'étais petite, il fallait que je me dise que je n'allais pas mourir pour me soulager.

Un jour, nous nous amusions avec les copains à mettre des cailloux dans notre bouche. Un jour, j'en ai avalé un et je me suis dit que ce n'était pas grave, que je n'allais pas mourir ».

Cette peur de la mort la renvoie à sa maman lorsqu'elle était malade...

S : « j'avais peur que quelque chose de grave lui arrive... lorsqu'elle était allongée dans sa chambre, j'allais écouter toutes les 5 minutes si elle respirait... elle avait parfois des palpitations... »

En partant des sensations corporelles, S. a pu s'exprimer sur cette peur profonde qu'elle n'expliquait pas en début d'entretien...

Nous avons peu de temps pour poursuivre en hypnothérapie. Nous échangeons rapidement sur l'autohypnose. Le soir, S. repense à nos séances. C'est grâce à la visualisation d'une cascade qu'elle peut entrer en état d'autohypnose. Le soir avant de se coucher ou lorsqu'elle rencontre « un souci » particulier, elle voit apparaître spontanément sa cascade : « elle vient sans que je la commande ».

Cette cascade est apparue depuis notre séance sur la rivière (troisième entretien – deuxième séance d'hypnose) « Cette rivière s'est transformée en cascade ». Elle exprime son sentiment « d'être à l'abri de beaucoup de chose », « une plénitude », « rien de méchant ne peut l'atteindre », « les feuilles lui apportent de l'oxygène ». Elle repense également aux séances précédentes : le champ de lavande, les chemins de pins, les petits déjeuners du dimanche matin, tous « ces moments de bonheur » nous dit-elle.

8^{ÈME} SEANCE : APPROFONDISSEMENT DE L'AUTOHYPNOSE

Pour cette séance, nous ne préférons pas entamer un travail de fond car nous devons nous absenter trois semaines. Nous privilégions un approfondissement de l'autohypnose qu'elle pourra pratiquer pendant notre absence.

S. nous parle de sa cascade : « lorsque je la visualise, je reçois un peu d'eau. C'est beau, c'est la nature. Je me suis accrochée à cette première image de la rivière que j'ai personnalisée à ma convenance. Les feuilles sont toujours positionnées à gauche, des grosses feuilles comme des feuilles de caoutchouc. J'aime la nature, ça m'aide. »

Cette séance se veut peu intrusive pour laisser S. approfondir son expérience de son autonomie en hypnose. (L'induction est inspirée de C. Maillot⁶).

Nous proposons à S. de mettre un ballon entre ses mains. Elle choisit un ballon de volley-ball.

Après avoir guidé la position initiale de ses bras et ses mains, nous lui proposons de *le visualiser en fermant les yeux et d'observer sa taille, sa couleur, sa texture (caoutchouc, tissu, cuir ou toute autre matière...) avec peut-être des reliefs, des coutures ou tout autre chose... de sentir au fur et mesure, le poids de ce ballon... de plus en plus lourd et de sentir ses bras qui s'abaissent avec le poids du ballon tout doucement...*

Nous constatons que ses bras s'abaissent légèrement, nous insistons : « *le ballon est tellement lourd...* »... « *De plus en plus lourd...* »... « *Au point peut-être de le lâcher* » ...

Ses mains se rapprochent et reprennent contact...

Nous poursuivons : « *puis le ballon disparaît... de plus ne plus lointain...* » « *Apparaît alors votre cascade, ce lieu d'apaisement, de plénitude...* » puis vous voyez une porte que vous ouvrez et observez ce nouveau décor... un long silence s'en suivra pour laisser S. approfondir son autohypnose et en sortir en toute autonomie.

S. nous explique que la porte se trouvait derrière la cascade, comme dans un rocher. Une fois cette porte franchie, elle découvrit une grotte sombre et humide avec des crânes. Cette scène ressemble aux images qu'elle a vues à la télévision récemment suite à la découverte des ossements d'une femme préhistorique. Elle précise que la porte était très épaisse et que sa cascade était de côté pour la garder « intacte » et elle rajoute que les feuilles de sa cascade ne subiront ni l'hiver, ni l'automne...

⁶ Cours DU 2019

9^{ÈME} ENTRETIEN : LA REGRESSION EN AGE

S. a manqué pendant son enfance d'un parentage suffisamment sécurisant, ce qui d'après Nolan *et al* (2010) a pu la prédisposer au TOC. L'objectif de cette séance est d'utiliser une méthode de régression en âge associée à la méthode du « pont affectif » afin de permettre à Sylvette d'accéder, sous hypnose, aux moments de son enfance où son anxiété n'a pu être apaisée.

Ainsi, nous lui proposerons de changer quelque chose dans la scène revécue afin de la sécuriser et de modifier la valence de cette expérience.

Sylvette m'explique que l'autohypnose pendant mon absence a perdu de son efficacité au fur et à mesure du temps. Elle a revu sa cascade mais sa taille diminuait en largeur de jour en jour. En parallèle, elle a ressenti plus de difficultés à gérer les périodes de contrariétés.

Accompagnée par ma voix, Sylvette s'installe et ferme les yeux. Elle est de plus en plus à l'aise. Nous induisons le changement : « vous vous installez maintenant dans la position où quelque chose peut changer, car des changements sont aujourd'hui possibles. » puis nous l'invitons à procéder à un scan corporel puis de porter attention à sa respiration...

Un signaling est proposé. Nous suggérons dans un premier temps la réactivation d'un souvenir ou d'un lieu agréable puis d'ouvrir une porte qui l'amène dans une salle de théâtre (inspiré de A. Villaume⁷). Seule, dans ce lieu, elle en prend connaissance puis choisit une place assise.

A ses côtés une télécommande dont nous décrivons les différentes fonctions : lecture /pause/arrêt, accélérer/ralentir, arrêt/ pause, réglage du volume, de la taille de l'image, avancer/reculer.

Puis nous demandons à S. de repenser à une situation où son anxiété a été très intense et de revivre toutes les sensations physiques : nous prenons pour exemples les symptômes qu'elle nous a auparavant décrits : tachycardie gorge serrée, tremblements, suffocation.... Le visage de S. s'assombrit....

Après quelques instants, nous lui expliquons que le film de la vie de S. va être projeté. Y apparaîtra un événement de sa vie, en lien avec cette émotion et ses sensations physiques si désagréables. Un événement récent ou plus ancien.... Peut-être plusieurs événements lui viennent mais sans effort de sa part, un événement viendra s'imposer plus net que les autres (Réactivation de souvenirs par pont affectif).

Le signaling mis en place permet de savoir que S. a trouvé cet événement. Nous l'invitons à s'exprimer sur son âge et sur ce qui se passe. S. nous raconte une situation récente où elle devait prendre la parole sur la scène de l'EHPAD, de son anxiété avant et de la fierté qui a suivie.

⁷ Cours DU 2019

Nous félicitons S. et nous comprenons à travers ses explications que la réactivation de ce souvenir est en lien avec la scène du théâtre/scène de l'EHPAD. Nous l'invitons à reprendre les étapes de profonde anxiété puis de réactivation d'un souvenir plus ancien...

S. évoque un déménagement qui avait été très éprouvant pour sa mère malade. Elle a 15 ans et voit sa mère inconsciente sur sa chaise. Après le passage du médecin, son père avait tenté de rassurer ses enfants et leur avait expliqué qu'elle pouvait « mouiller ses draps ». S. avait alors répondu à son père « ce n'est pas grave papa, si les draps sont sales nous les nettoierons... ». Le lendemain matin, sa mère allait mieux, elle n'avait pas « sali les draps... »

Nous lui proposons alors de changer quelque chose dans cette scène afin de sécuriser la jeune S. Par exemple, « *qu'une personne de son choix (peut-être elle-même devenue adulte) vienne la sécuriser⁸, lui dise ce qu'elle a envie d'entendre, lui apporte des gestes de **réconforts** (caresse sur le visage, tenir la main...), ou tout autre chose qui pourrait la **réconforter**, la **rassurer**, la **sécuriser**... d'apporter **tous les changements qu'elle souhaite** afin d'aider cette jeune S. à porter un autre regard* ».

Une fois le petite S. sécurisée, nous proposons à S. d'archiver le film de cet événement dans une étagère où sont rangées d'autres cassettes avec différentes scènes de sa vie. Puis de choisir un nouveau film encore plus ancien.

Puis nous procédons aux mêmes étapes :

S. a 8-9 ans, elle évoque le souvenir de sa grand-mère malade que ses parents ne pouvaient plus accueillir chez elle. Il avait donc été convenu que sa tante et son oncle s'en occuperaient. Seulement arrivés tous ensemble chez l'oncle, ce dernier les reçut avec colère et rejet. S. a alors ressenti beaucoup de tristesse et d'inquiétude pour sa grand-mère.

Une fois le petite S. sécurisée, nous proposons à S. d'archiver les cassettes de ces deux films dans une étagère où sont rangées d'autres cassettes avec différentes scènes de sa vie. Puis nous lui demandons d'inspirer profondément, de garder ce qui est bon pour elle et de souffler sur ce dont elle souhaite se débarrasser... trois fois... jusqu'à ce qu'elle ose souffler bien fort et que d'elle-même elle accompagne son expiration d'un serrage des poings exprimant sa volonté de se libérer de sa souffrance. Puis S. ferme la porte du théâtre et retourne dans son lieu agréable avant de revenir ici et maintenant avec une suggestion de changement.

⁸ reparentage ou autoparentage (Melchior, 1998)

S. est surprise des détails de chacune de ses scènes de vie. Sa mère la rassura lors du premier événement puis sa tante lors du deuxième. S. conclut cette séance par cette phrase « il faut que je pense à ce que j'aurais voulu...j'ai les yeux tout humides ... ».

10^{EME} ENTRETIEN :

Depuis la dernière séance, Sylvette a vu apparaître auprès de sa cascade l'image de sa mère assise dans sa chaise. L'association de ces 2 images l'aide à se rassurer sur l'amélioration de sa santé. Elle se livre sur son enfance : son inquiétude pour sa mère, ses tâches de la vie quotidiennes confiaient trop jeune (ménages, courses), son besoin la protéger, de la satisfaire : « comme elle était malade, il fallait que je cède à ma petite mère », « il fallait que je fasse bien sinon elle me faisait recommencer ». S. verbalise également sa peur actuelle d'être malade, de devenir dépendante des autres, de la nécessité que sa chaise soit nettoyée pour ne pas attraper une maladie grave, « qui lui fasse du mal » et qui l'empêche « de vivre ce qu'elle veut ». Des associations, des liens se créent entre les traumatismes de son enfance et son comportement et ses pensées actuels... Nous intervenons : « si vous ne nettoyez pas cette chaise, vous ne tomberez pas gravement malade ». Sylvette me fixe, silencieuse. Pour la première fois, S. a été interpellée par mes paroles, comme si elle était prête à entendre cette possibilité. Elle nous dit vouloir pour les prochaines séances poursuivre notre échange sur cette question « Pourquoi ne peut-elle pas attraper un maladie grave si elle ne nettoie pas cette chaise ? » ...

6. DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

Nous nous demandions dans quelle mesure l'utilisation de l'hypnose pouvait améliorer l'efficacité de la psychothérapie des personnes âgées anxieuses.

Nous avons émis l'hypothèse que l'hypnose permettrait d'accéder plus efficacement « aux souvenirs importants inconsciemment perdus ou figés » avec toute sa prégnance sensorielle et émotionnelle et ainsi :

- renforcer l'estime de soi et la renarcissisation en renforçant les ressources de la personne,
- diminuer l'anxiété et le sentiment d'insécurité,
- soulager le comportement obsessionnel.

Nous nous attendions à constater un soulagement chez notre patiente et par extension une amélioration de sa relation avec son entourage. Enfin, nous espérions aboutir à un auto-contrôle de la gestion de son anxiété, via l'apprentissage de l'autohypnose.

Même si Sylvette a montré des signes de trances légères et que les séances ont été interactives, nous pouvons considérer que l'hypnose a eu des effets bénéfiques.

La construction des séances adaptée à notre connaissance de S. : ses loisirs, ses canaux sensoriels privilégiés (kinesthésique et visuel), son vocabulaire a permis d'induire plus facilement la reviviscence de souvenirs. S. a effectivement pu revivre des expériences tantôt heureuses tantôt traumatiques et, elle le soulignera : comme si elle « y était vraiment » dans sa globalité émotionnelle et sensorielle. Elle se surprend des détails qui n'apparaissaient pas lors d'une simple verbalisation de son vécu (bruit de l'eau, numéro de la maison...). Elle a eu accès à des souvenirs enfouis qu'elle n'avait jamais évoqués et dont la réapparition l'étonne. Elle a pu activer des associations, qui, pour reprendre son expression « se branchent comme des branches d'arbres ».

Toutefois, nous nous sommes heurtés à son besoin de contrôle de la situation. Pendant les premières séances d'hypnose, S. ressentait le besoin de communiquer, d'intellectualiser son expérience. Elle exprimait également un inconfort à espacer ses mains. Alors que Melchior (1998) préconise « d'éviter que le patient ne conserve à travers ses mains un auto-contact trop important susceptible de l'aider à se maintenir vigile », S. a souhaité maintenir ce contact et ce malgré quelques tentatives pour l'amener à les espacer afin d'approfondir la transe.

Afin de limiter ses résistances, nous lui avons laissé la liberté de parler ou non, la liberté d'apporter des modifications, de choisir ... tout en lui suggérant de s'autoriser à laisser aller, laisser venir...

Malgré tout, alors que nous constatons une agitation motrice lors de la 1^{ère} séance d'hypnose, elle est devenue plus à l'aise au fur et à mesure des séances suivantes. Elle fermait les yeux rapidement, ne se levait plus pendant les séances, elle était en toute confiance, me demandait de venir plus tôt pour prolonger les séances quitte à demander au personnel de terminer le ménage de sa chambre plus tôt. Les cauchemars apparus suite à la 1^{ère} séance ont laissé place à un sommeil plus serein.

Hypnose, anxiété et sécurité :

Le premier entretien a permis à S. d'identifier et de percevoir ses perceptions corporelles. Elle a mis en mot ses ressentis, a écouté l'expression de son corps et a expérimenté les variations émotionnelles (sérénité à 6 puis à 7).

Puis les inductions sur la respiration ont eu pour objectif de l'aider à apaiser les symptômes de l'anxiété (gorge serrée, suffocation, tachycardie). Elle a appris à mieux repérer les premiers signes d'apparition à mieux les appréhender en se remémorant les séances et ainsi à s'apaiser plus rapidement.

Les épisodes d'anxiété de S. ont diminué et ont perdu en intensité au fil des séances. Pour ce faire, nous avons saupoudré « paisiblement », « tranquillement », « calme », « apaisement », « plénitude », « sérénité ».

Alors qu'elle subissait ces moments d'angoisse, qu'elle « restait figée », elle est dorénavant capable de les gérer seule via l'apprentissage de l'hypnose. Elle s'est approprié les séances en se créant une scène facilitatrice à l'autohypnose : La rivière est devenue cascade avec les sensations et le bruit de l'eau. L'arbre est devenu feuilles en caoutchouc protégées du temps qui passe. Puis la chaise avec sa mère est venue compléter le tableau.

Elle s'est familiarisée avec ses sensations corporelles, se constatant avec amusement plus légère et sereine dès la première séance d'hypnose. La légèreté est un besoin identifié par S. dès notre premier entretien. Afin de renforcer cette légèreté, nous avons parsemé ce terme dans les différents scripts afin d'en renforcer les effets et utilisé des métaphores (sac à dos, ballon, pierre pesante) pour l'inviter à se débarrasser du poids qui lui « pèse ».

Dorénavant, elle n'amplifie plus, voire minimise ses moments d'inquiétude : « je fais abstraction des soucis, je profite mieux des bons moments ».

Enfin, chose qu'elle ne faisait pas avant, elle ose verbaliser ses craintes pour l'avenir : sa peur de tomber malade, de vieillir et d'être dépendante.

Le besoin de sécurité et de protection est nécessaire pour cette dame anxieuse. Nous avons donc saupoudré nos séances de ces deux termes. Elle a pu assouvir son besoin de sécurité et de protection dès sa première séance d'hypnose auprès de son père dans sa maison d'enfance, puis entourée par sa famille et ses figures bienveillantes.

Nous avons renforcé sa capacité de se sécuriser et de sécuriser son entourage sur un circuit automobile. De façon plus métaphorique, nous avons fait appel à l'ombre de l'arbre.

Hypnose et renforcement de l'estime de soi :

Sylvette a peu d'estime d'elle. D'ailleurs, elle s'est toujours sentie « anormale », de part son enfance puis de l'apparition de son TOC. Afin de renforcer sa renarcissisation, nous lui avons proposé de revivre son expérience de commissaire de course. Nous nous sommes appuyés sur ses capacités et ses compétences.

Comme le souligne Bioy *et al* (2010), « L'hypnose est une thérapie qui cherche à orienter le patient vers ses propres ressources. Le thérapeute va s'intéresser à la façon dont celui-ci a résolu d'autres problèmes, à ses apprentissages, aux stratégies qu'il a développées tout au long de sa vie pour l'amener à les utiliser face au problème actuel, ici et maintenant ». Nous avons choisi d'utiliser une régression en âge adulte et non lors de son enfance. L'enfance de S. étant chargée en anxiété, l'utilisation des apprentissages antérieurs réussis nous a paru risquée.

Du fait de sa pratique de la natation, nous aurions pu également utiliser l'apprentissage de la nage mais du fait de son obsession de la contamination, il ne nous a pas semblé judicieux de l'emmener se baigner.

La métaphore du vieil arbre solide avait pour objectif une identification à sa force et sa capacité à résister aux intempéries de la vie grâce à sa solidité. S. s'est retrouvée alors monitrice de colonie avec « 15 filles sous sa responsabilité ».

Via l'apprentissage de l'autohypnose, S. s'est prouvée qu'elle était capable de reproduire les séances et de se détendre par soi-même. De part le contrôle de son anxiété et la constatations de ses progrès, S. a renforcé positivement l'image d'elle-même et sa confiance à réussir: « je suis contente de moi et j'aimerais continuer pour avoir un comportement moins anormal ». S. a pu s'approprier les séances et créer une cascade pour se tranquilliser. Elle a cependant constaté que l'autohypnose trouvait ses limites dans le temps si elle n'était pas réactivée par des séances avec le thérapeute : la cascade et ses bienfaits « rétrécissaient » au fur et à mesure du temps.

Amélioration des relations avec l'entourage :

S. se surprend à évoquer ses séances avec son entourage et remarque les bienfaits de s'ouvrir aux autres. Son entourage lui a fait remarqué ses progrès: « Avant tu aurais dramatisé ». Appréhendant moins les événements à venir, elle accapare moins les professionnels de l'EHPAD.

Soulagement du TOC :

Les premières séances d'hypnose ayant permis à S. d'augmenter son apaisement, d'améliorer sa confiance et de mieux gérer son anxiété, nous avons pu lui proposer de soulager son TOC. Pour ce faire, nous avons utilisé la méthode de régression en âge. Melchior (1998) propose qu'il y ait plusieurs degrés de régression. Il semblerait que dans le cas de S. cette expérience en transe légère lui ait permis un « simple jeu de rôle » plus qu'une véritable reviviscence en transe profonde. La reviviscence a pu être limitée par le fait que S. n'était que spectatrice de la diffusion des scènes de sa vie sur un écran de théâtre. (La mise à distance était cependant nécessaire à la sécurité de S.).

La technique du « pont affectif » a permis à S., en se focalisant et en amplifiant son anxiété, de retrouver des circonstances de sa vie où elle a ressenti cette même émotion. Alors qu'elle pensait que son anxiété et son TOC étaient nés d'une phrase traumatisante de son époux, S. a pu ramener à sa conscience des événements traumatiques et des manques antérieurs. Les séances lui ont permis d'avoir une nouvelle lecture de sa vie et de créer des causalités, la déresponsabilisant de son comportement. Cette nouvelle lecture lui a permis de dénouer une partie son passé.

Mais surtout, l'hypnose lui a offert la possibilité de changer la connotation de ses événements en apportant à la petite fille qu'elle était ce dont elle avait besoin.

En permettant à S. de réactualiser des souvenirs d'enfance enfouis, l'hypnose a pu relancer la dynamique de la psychothérapie et favoriser le travail d'élaboration. S., en dépassant ses résistances, a pu exprimer ses manques et ses souffrances. Ainsi, il est important de souligner que l'hypnose facilite, quel que soit l'âge de nos patients, l'accès et la verbalisation d'éléments importants pouvant être à la base de l'évolution symptomatique. Chaque séance amène du matériel qu'il sera nécessaire d'approfondir au cours d'entretiens suivants. C'est « par la remise en scène des éprouvés restés en souffrance, l'actualisation des affects réprochés et parce qu'ils sont enfin écoutés et entendus que ceux-ci peuvent trouver à s'intégrer à l'expérience, être pensés, et qu'ils peuvent ainsi être enfin dépassés » (Lutz et Fix, 2007).

Aujourd'hui, S. est plus sereine, plus en confiance, elle se sent prête à ne plus laver sa chaise. C'est une nouvelle étape qu'elle souhaite accompagnée de séances d'hypnose et autohypnose. Nous pourrions procéder par étape en procédant à :

- une méthode de régression vers l'événement traumatique avec son époux lorsqu'elle était enceinte pour en changer la connotation émotionnelle.
- une technique d'exposition pour affronter son TOC de la chaise en hiérarchisant les variables (toucher avec la main, en laver qu'une partie...)

Pour autant, Thioly (2007) nous rappelle « qu'il ne s'agit pas de faire disparaître le symptôme, mais de restaurer cette fluidité, en guidant le patient dans le sens d'une activation de ses capacités adaptatives pour permettre l'émergence de solutions alternatives et plus satisfaisantes ». D'ailleurs, S. nous a confié la mise en place d'autres stratégies pour apaiser ses pensées obsessionnelles : Si S n'a pas eu la possibilité de laver la chaise sur laquelle elle s'est assise, elle change ses vêtements « infectés » et se lave les jambes au lait de toilettes car les vêtements « infectés » ont touchés ses jambes. Ces stratégies lui paraissent plus acceptables même si elles restent contraignantes.

DISCUSSION ETHIQUE :

Pour apaiser l'angoisse, S. nous confie beaucoup penser à nos séances mais également à nous, à notre visage. Elle rajoute alors : « Vous êtes ma thérapie ». Cette remarque met l'accent sur l'importance du lien praticien-patient, de la relation thérapeutique, du rapport hypnotique. « En hypnose, thérapeute et patient entrent à deux dans une expérience particulière, et cela peut contribuer à « créer des liens » » (Melchior, 1998). Dans notre cas, elle les a renforcés.

Cette relation hypnotique a permis d'approfondir le lien entre elle et nous et c'est ce lien qui lui permet aujourd'hui de s'apaiser. C'est à travers cette confiance, cette alliance que S. se sent la force aujourd'hui de se soulager de son TOC.

C'est d'ailleurs avec étonnement que nous constatons lors des séances que nous avons les mêmes pensées. Ainsi, lors de la séance sur la visite de sa maison d'enfance, nous invitons S. à ouvrir les fenêtres alors qu'elle s'apprêtait à le faire ; lors de la séance sur la randonnée, elle voyait apparaître la cascade avant que je lui décrive. Comme si nous étions en parfaite osmose.

L'hypnose nécessite une relation entre deux personnes et qui dit relation dit influence. Même si le professionnel doit avoir conscience de cette influence dans toute thérapie, il semblerait que « même si l'hypnose ne supprime pas le libre arbitre, l'état de conscience modifié dans lequel on se trouve en hypnose diminue la capacité de jugement et les moyens de contrer une éventuelle influence » (Bioy, 2017). Ainsi, la transe du patient augmente sa sensibilité aux suggestions du thérapeute, en d'autres termes il deviendrait plus influençable.

S. ne croyait pas en l'hypnose. S. nous l'a dit : elle nous fait confiance et c'est cette confiance qui l'a amené à expérimenter l'hypnose. S nous a rencontré en tant que psychologue pas en tant qu'hypnothérapeute. C'est un choix que nous avons influencé. Et c'est à partir de notre croyance sur l'efficacité de l'hypnose, qu'elle a souhaité se libérer de son TOC.

Nous avons choisi l'outil thérapeutique : l'hypnose mais également la méthode (suggestions plus ou moins directes, scripts, jeux de langage). Même si le choix de la métaphore se veut en lien avec le patient, la séance est bien construite par le thérapeute. De ce fait, face à un même patient, il y aura autant de scripts métaphoriques que de thérapeutes.

Il est donc indispensable de prendre conscience de cette influence et de s'adapter au plus près des besoins exprimés par le patient, de coller le plus possible à ses ressources, ses possibilités et ses désirs « dans le respect des croyances de chacun (religieuses, politiques ou philosophiques), et sans jamais mettre en péril l'intégrité psychique, psychique, sociale et morale des patients⁹.»

Selon Bioy (2017), « ce n'est donc pas la suggestion qui est un instrument non éthique mais la possible attitude du professionnel ayant peu de recul sur sa pratique, ne s'interrogeant pas sur sa démarche thérapeutique, ou bien sûr qui serait volontairement malveillant ». Il est important également de souligner que l'influence est mutuelle. Le soigné influence également le thérapeute. Ainsi, « les fils de jeu d'influences croisés ne sont pas si facile à suivre mais nous obligent à rester conscients de la complexité qu'ils manifestent. » (Lutz, 2014).

⁹ Extrait de la chartre du diplôme universitaire d'hypnothérapie de l'université de Bourgogne - Dijon

Il nous faudra alors poursuivre le questionnement de nos intentions et nourrir notre réflexion par des temps de supervisions et d'intervisions.

La demande initiale de notre patiente était de « la libérer de son TOC de la chaise qui lui pourrit la vie ». Nous l'avons donc encouragé à procéder par étape et à reformuler ce problème en « j'aimerais être plus sereine ». La pratique de l'hypnose lui a permis d'améliorer la gestion de son anxiété mais il lui faudra plus de temps pour se soulager de son TOC. D'ailleurs cet objectif de supprimer ce TOC est-il bien raisonnable ? Ce symptôme a une utilité, alors devons-nous l'encourager à supprimer ce rituel ? L'abandon de ce rituel, ne risque-t'il pas de bouleverser son état psychique et l'équilibre autorisé par le symptôme ?

Comme le souligne Thioly (2017), l'hypnose permet un travail inconscient, « lieu où vont s'effectuer les changements thérapeutiques, qui échappent au thérapeute ». Ainsi, l'hypnose permet de mobiliser des processus mais nous n'avons pas le parfait contrôle sur les effets de cet outil. Et même si nous avons procédé par étapes avec beaucoup de précaution, nous n'avons pas la maîtrise sur le travail interne inconscient provoqué par cet état et ni sur l'effet de nos suggestions de changements. Ces questionnements mettent au premier plan, nos difficultés à laisser la place à l'incertitude. Il nous semble nécessaire dans notre pratique de quitter notre place de « sachant » et de parcourir, au côté de notre patiente, main dans la main, le chemin du changement et ce en respectant son rythme.

7. CONCLUSION

Les bénéfices de l'hypnose, constatés auprès de notre patiente anxieuse, nous ont permis de reprendre confiance dans notre pratique. La diminution de son anxiété, l'amélioration de son estime, la gestion de ses émotions lui permettra d'aborder son symptôme avec plus de force et d'assurance. Nous devons néanmoins poursuivre son soutien et les séances d'hypnose afin de l'aider à atteindre ce nouvel objectif.

Nous avons poursuivi la pratique de l'hypnose avec d'autres patients. Nous pensons, par exemple, à ce monsieur qui souffrait de céphalées inexplicables par le corps médical. Aucun médicament, aucun examen, aucune parole ne le rassurait, ne le soulageait. Cet homme était désespéré. Il passait tout son temps dans sa chambre et interpellait régulièrement les soignants impuissants. Dès la 1^{ère} séance, l'hypnose lui a permis un soulagement certes temporaire, mais suffisant pour lui redonner espoir et d'instaurer une relation de confiance (il avait été tellement déçu du corps médical qui ne « le comprenait pas, ne le prenait pas au sérieux »). Au fur et à mesure des séances, le soulagement de la douleur se prolongeait, lui permettant d'être plus accessible à la verbalisation de son anxiété.

Il en ressortait une peur de tomber (raison de son entrée dans la situation), de vieillir, une peur d'être dépendant. La plainte somatique a laissé place à un nouvel élan et un investissement dans les activités. Il a accepté de sortir de l'établissement jusqu'à commander un taxi pour rendre visite à son amie. Sans l'hypnose, nous pensons que nous n'aurions pas pu soulager aussi rapidement mais surtout aussi efficacement ce monsieur.

L'hypnose a changé notre pratique. Au cours des entretiens, nous restions souvent sur la problématique et les amenions à raisonner autour de ce problème. Avec l'hypnose, le patient « quitte la logique rationnelle » (Bioy, 2017). L'hypnose a pour intérêt de revenir au corps et aux ressources internes du patient. Nous avons donc ajusté notre pratique en nous focalisant d'avantage sur ce qu'exprime le corps du patient (sa posture, ses mimiques, ses gestes, ses rythmes respiratoires) et l'avons invité à faire de même (repérer les sensations de l'anxiété et en moduler les effets, changer les relations qu'il entretient avec son corps, ses relations aux autres et au monde qui l'entoure).

Et pourtant, l'introduction de cet outil dans notre pratique nous a, dans un premier temps, déstabilisée. Nous étions, jusqu'à lors, avant tout « une oreille bienveillante » et nous intervenions pour encourager, relancer, reformuler, valider l'élaboration de nos patients. L'hypnothérapie vise à devenir expert des techniques de communication : « le choix des mots, les moments où ils vont être dits, la façon de les dire, leur éventuelle répétition ou le jeu autour des mots, sont autant d'éléments qui vont permettre cette délivrance du message utile au patient, et permettre à ce dernier de modifier ses perceptions et ses croyances d'une manière qui lui soit bénéfique » (Prévoit-Stimec, 2017).

Cette formation n'est qu'un premier pas dans l'expérience de l'hypnose, il nous faudra poursuivre notre pratique, nos lectures, notre participation aux colloques et aux supervisions afin d'approfondir notre apprentissage et notre maîtrise des techniques de communication hypnotique.

Nous nous sommes rassurés par la préparation de script et la mémorisation de phrases clés. Pour autant, nous constatons qu'au fur et à mesure de notre familiarisation à la pratique de l'hypnose, il nous était plus facile d'improviser des séances ayant déjà acquis des automatismes. Il nous sera ainsi plus aisé de nous adapter à « l'état actuel du patient, à ses souhaits, ses ressentis, ses besoins qui sont en mouvance permanente » (Floccia *et al*, 2018). Aussi, nous serons d'avantage en cohérence avec notre patient si nous n'avons pas à nous concentrer sur ce que nous devons dire. La communication hypnotique sera davantage fluide.

Depuis le début de la formation, nous avons testé l'hypnose sur nous-même avec les intervenants et nos camarades de cours. Cependant, il nous semble indispensable de la pratiquer auprès d'un thérapeute afin de profiter d'une séance « sur mesure » et d'en approfondir l'expérimentation. Ensuite, nous pourrions poursuivre plus efficacement notre apprentissage de l'autohypnose.

En effet, pour Thioly (2007) « Il est important de souligner ici que le thérapeute lui-même, s'il veut demeurer en contact avec le patient et l'accompagner judicieusement dans l'exploration des potentialités activées par cet état de conscience particulier, devra lui aussi être capable de cette sorte d'attention élargie. D'où l'importance du travail d'expérimentation sur soi-même d'états de conscience modifiée au cours de l'apprentissage de l'hypnothérapie. Plus explicitement qu'ailleurs, le thérapeute est ici son principal instrument, et pour qu'il puisse en tirer quelque chose d'utile, il a à le travailler et à le connaître le mieux possible ».

L'hypnose étant adaptable à toutes les personnes quelques soient leurs pathologies, nous pourrions proposer cet outil à de nombreux patient âgés même ceux présentant des troubles cognitivo-comportementaux à des stades sévères (Floccia *et al* (2018) en ont d'ailleurs montré les bénéfices).

8. BIBLIOGRAPHIE

- Albert E, Chneiweiss L. L'anxiété au quotidien. Paris : Odile Jacob ; 1992
- American Psychiatric Association. Mini DSM-5 Critères Diagnostiques. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2016
- André C. Psychologie de la peur : craintes, angoisses et phobies. Paris : Odile Jacob ; 2004
- Benoit M, Bonin-Guillaume S. Les états psychiatriques. In : Palazzo J, Baudu C, Quaderi A. Psychothérapies du sujet âgé, prise en charge des pathologies du vieillissement. Issy-les-Moulineaux: Masson ; 2016. p. 46-57
- Bioy A. L'hypnose. Paris : Presses Universitaires de France ; 2017
- Bioy A. Relations et alliances. In : Bioy A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff : Dunod ; 2017. p. 61-78.
- Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. Hypnose. Paris : Dunod ; 2010
- Bouisson J. Psychologie du vieillissement et vie quotidienne. Marseille : Solal ; 2005
- Charazac P. Aide-mémoire psychogériatrie. Paris : Dunod ; 2011
- Charazac P, Joubert C. Paradigme familial et du lien. In: Talpin JM, Péruchon M, Charazac P, Joubert C, Brouillet D, Martin S, Chevance A. Cinq paradigmes cliniques du vieillissement. Paris : Dunod ; 2005. p. 47-78
- Floccia M, Sol F, Bidalon F, Le-Ru F. Grands principes. In : Floccia M. Hypnose en pratiques gériatriques. Malakoff : Dunod ; 2018. p. 33-79
- Floccia M, Sol F, Lagouarde S, Bidalon F. Généralités. In : Floccia M. Hypnose en pratiques gériatriques. Malakoff : Dunod ; 2018. p. 3-32
- Giffard B, Desgranges B, Eustache F. Le vieillissement de la mémoire : vieillissement normal et pathologique. *Gérontologie et société* 2001; 97 : 33-47
- Guillou M. Grand âge et dégradation cognitive. In : Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Hypnothérapie et Hypnose médicale. Paris : Dunod ; 2014. p. 204-208
- Guillou M. Hypnose et personnes âgées. In : Bioy A. 15 cas pratiques en hypnothérapie. Paris : Dunod ; 2017. p102-113
- Katz C, Sc. B, Stein Murray B, D.M, FRCPC, Sareen J. Les troubles anxieux dans le DSM-5 : Nouvelles règles sur le diagnostic et le traitement. Les troubles de l'humeur et de l'anxiété conférences scientifiques 2013 ; 2 ; 3
- Lutz B. Influence. In : Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Hypnothérapie et Hypnose médicale. Paris : Dunod; 2014. p. 151-155
- Lutz B, Fix C. Régression et hypnothérapie. In : Bioy A, Michaud D. Traité d'hypnothérapie: Fondements, Méthodes et Applications. Malakoff : Dunod ; 2007. p. 213-244

- Marchand M. Regards sur la vieillesse. *Le journal des psychologues* 2008 ; 256 : 22-26
- Melchior T. *Créer le réel*. Paris : Editions du Seuil ; 1998
- Nolan K, Grégoire J. Comprendre le trouble obsessionnel compulsif : intégrer l'analyse transactionnelle et la psychanalyse. *Actualités en analyse transactionnelle* 2010 ; 136 : 1-29
- Peruchon M. Les compétences somato-psychiques au cours du vieillissement et de la vieillesse. In : Talpin JM, Péruchon M, Charazac P, Joubert C, Brouillet D, Martin S, Chevance A. *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement*. Paris: Dunod ; 2005 p. 23-45
- Piolino P, Desgranges B, Benali K, Eustache F. Episodic and semantic remote autobiographical memory in ageing. *Memory* 2002; 10: 239-257
- Prévost-Stimec I. Interactions langagières. In : Bioy A, Servillat T. *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose*. Malakoff : Dunod ; 2017. p. 45-60
- Quinodoz D. Psychothérapie de personnes âgées: le point de vue d'une psychanalyste. *Psychothérapies* 2002 ; 22 : 105-114
- Roustang F. *Il suffit d'un geste*. Paris : Odile Jacob ; 2004
- Thioly F. TCC et hypnose d'inspiration ericksonienne. In : Bioy A, Michaud D. *Traité d'hypnothérapie: Fondements, Méthodes et Applications*. Malakoff : Dunod ; 2007. p. 19-147
- Van Craen W. Le traitement de l'anxiété. In : Bioy A, Michaud D. *Traité d'hypnothérapie: Fondements, Méthodes et Applications*. Malakoff : Dunod ; 2007. p.405-420
- Watkins JG. The Affect Bridge: A Hypnoanalytic Technique. *International Journal of Clinical and experimental Hypnosis* 1971 ; 19 : 21-27
- Watkins JG, Watkins HH. *Ego States : Theory and Practice*. New York : W.W. Norton ; 1978
- Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press ; 1958

HYPNOSE ET TROUBLES ANXIEUX

Apaiser une personne âgée anxieuse souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif

RÉSUMÉ

Il est souvent nécessaire pour le psychologue en gérontologie de trouver des outils complémentaires à sa pratique clinique afin de pouvoir aider et soutenir efficacement les patients âgés, sans risque de démotivation. Aujourd'hui, l'hypnothérapie fait ses preuves dans l'accompagnement des personnes âgées et dans les troubles anxieux.

L'objectif de cette étude est de questionner l'apport de l'hypnose dans la psychothérapie du sujet âgé anxieux, notamment dans l'apaisement d'une personne présentant un trouble obsessionnel compulsif envahissant.

L'analyse de cette situation clinique a permis de valider les hypothèses selon lesquelles l'hypnose, en accédant à une reviviscence des souvenirs, aiderait cette patiente à mieux gérer seule son anxiété et à renforcer son estime jusqu'à se sentir prête à se soulager de son comportement obsessionnel. Néanmoins, le symptôme ayant une place dans l'équilibre psychique de cette patiente, il lui faudra poursuivre les séances d'hypnose et de soutien en procédant par étapes. Aussi, ce travail a mis en évidence que l'efficacité de l'hypnothérapie prend son sens au travers d'une communication et d'une relation hypnotique bienveillante et adaptée aux désirs exprimés par les patients.

Enfin, l'intégration de l'hypnose dans la pratique professionnelle suppose de poursuivre la réflexion et le questionnement sur ses enjeux.

Mots-clés : Hypnothérapie, personnes âgées, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, relation hypnotique.