

UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE

UFR SCIENCES HUMAINES



DIPLÔME D'UNIVERSITÉ D'HYPNOTHÉRAPIE

**« EXISTE-T-IL UNE PRATIQUE D'HYPNOSE EN URGENCE
COMME MODALITÉ DE SORTIE DE CRISE DU PATIENT ? »**

Mémoire présenté par Stéphanie BERRIER

**Sous la direction d'Antoine BIOY,
Professeur des Universités
Université de Paris 8 Vincennes St Denis
Responsable du D.U Hypnothérapie Dijon,**

Maître de Mémoire : Dr Guillaume CHABRIDON

Année universitaire 2021-2022

Remerciements

- ◇ Je remercie les patients et résidents : chaque jour, ils me font grandir dans ma pratique ;
- ◇ Aux intervenants du D.U pour leur transmission de leurs connaissances et leurs pratiques si enrichissantes ;
- ◇ A tous mes collègues du D.U qui par, leurs échanges, leur humour, leur énergie furent un soutien précieux pour moi ;
- ◇ A mon institution qui m'a accompagnée dans ce projet de formation ;
- ◇ Au Dr CHABRIDON, pour son accompagnement dans l'écriture de mon mémoire et sa présence bienveillante ;
- ◇ A ma famille, pour leur soutien et leur patience ;
- ◇ A la nature, source d'inspiration et si « hypnotisante » pour moi.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p 1
REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX	p 4
I-LA CRISE EXISTENTIELLE	p 4
1)La crise psychique	p 4
2)La crise du sujet âgé	p 4
3)Hospitalisation de la personne âgée et enjeux psychiques.	p 7
a)Le cadre hospitalier	p 7
b)La relation soignant-soigné	p 7
c)La finitude	p 8
d)Les angoisses primitives	p 8
4) La relation d'aide et clinique de l'incertitude	p11
II-COURANT HUMANISTE ET HYPNOSE	p 14
1) Théorie de C. ROGERS : les conditions nodales	p 14
2) Hypnose et les ressources du patient	p 16
a) Relation thérapeutique	p 16
b) Posture du thérapeute	p 17
c) La présence « être là »	p 18
d) La Perceptude	p 19
PROBLEMATIQUE	p 20
I-MA FONCTION DE PSYCHOLOGUE AU SEIN DE L'HOPITAL	P 20
1) La demande institutionnelle	p 20
2) Ma fonction de Psychologue	p 21
3) Ouverture sur l'hypnose	p 21
II-MA PROBLEMATIQUE	p 22
METHODOLOGIE DE RECHERCHE	p 23
I-SITUATION CLINIQUE DE MR B	p 24

II-SITUATION CLINIQUE DE Mme M	p 27
1- Contexte d'hospitalisation et histoire de vie.	p 27
a) Contexte d'hospitalisation	p 27
b) Histoire de vie	p 27
2- observation clinique	p 28
a) Arrivée en ULSD	p 28
b) Manifestation anxieuse	p 29
c) Amélioration de son état.	p 29
d) Douleur physique imminente	p 29
e) Hypnose comme modalité de sortie de crise	p 30
III- SITUATION CLINIQUE DE JO	p 32
1- Contexte d'hospitalisation et entrée en EHPAD	p 32
2- Histoire de vie	p 34
3- Comment l'hypnose se met au service de contenance des angoisses de JO	p 35
DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	p 40
I-Discussion autour de la problématique.	p 40
1-Changement de Posture du thérapeute et du patient.	p 40
a) Transe négative et émergence d'une détresse originaire	p 40
b)angoisses primaires.	p 43
c) Changement de Posture	p 45
d) La présence	p 46
2- Notion de « Transitionnalité de jeu et Ressources	p 48
a) La Perceptude	p 49
b) Ouverture sur cette question du transfert narcissique.	p 50
II- Questionnement éthique	p 51
CONCLUSION	p 53
BIBLIOGRAPHIE	p 56
ANNEXE	p 59
RESUME ET MOTS CLEFS	p 60

INTRODUCTION

D'aussi loin que je me souviens, cette rêverie, cette manière de m'échapper au monde a toujours fait partie de moi. Je continue à m'échapper quelques instants, durant une pause afin de « me ressourcer ». C'est un temps que je m'accorde pour être à l'écoute de moi-même, un « cadeau que je m'offre » c'est très agréable et vivifiant. L'hypnose n'est donc pas une inconnue ; elle est pour moi, une amie précieuse.

Toute cette année à me former à l'hypnothérapie, à comprendre ses enjeux, à pratiquer entre collègues et auprès de patients, m'a ouvert d'autres perspectives, m'a questionnée sur mon identité de psychologue et mis en lumière des questionnements dont ce mémoire fera l'objet.

L'hypnose est un phénomène naturel, un outil de soin formidable mais tout l'art réside dans l'art de l'utiliser : de savoir à quel moment et comment ?

Dans l'hypnose, la dimension de l'inconscient est très présente. La thérapie Ericksonienne est basée sur le postulat que chacun de nous possède en lui, « **une partie sage** », pleine de ressources positives, disponibles pour nous aider (LELARGE, 2017 p 13). L'inconscient est donc un réservoir de nos expériences, de nos apprentissages et de nos compétences.

L'expérience hypnotique va faire émerger chez le patient des ressources oubliées ou inconnues, qu'il ignorait posséder et ainsi, permettre le changement.

La richesse et la force de l'hypnose, résident dans les capacités du thérapeute à accéder à l'inconscient du patient, à s'adresser à lui ouvrant ainsi, les clefs des portes de sa guérison.

Patrick BELLET (2015, p 97) a une manière très poétique de décrire l'hypnose : « *c'est une langue vivante qui permet de voyager sans visa dans un pays nommé imagination. Ce pays est extraordinaire, dès lors que la frontière est franchie, beaucoup de limitations s'estompent, des libertés nouvelles apparaissent. Les découvertes se multiplient, les angles de vue se complètent, l'espace grandit... ce pays nommé imagination est étonnant ...* ».

Le retour des patients sur leur vécu hypnotique est toujours surprenant pour moi. Ce décalage entre l'intention du thérapeute et l'imagination du patient. Ainsi, l'originalité hypnotique et sa force, tiennent de sa nature interrelationnelle.

L'hypnose invite le thérapeute à être dans une intensité de présence, dans une disponibilité totale à la rencontre permettant au patient de vivre une expérience immédiate, dynamique et créative, ce que ROUSTANG (2015, p 492) appelle « **un état de conscience élargi** » qu'il nomme « **Perceptude** ».

Le choix de ma problématique s'inscrit dans ma pratique gériatrique et sa complexité.

En effet, depuis 21 ans, je suis psychologue clinicienne sur les secteurs gériatriques au sein d'un hôpital local, situé près de Lyon. Il s'agit de services sanitaires (médecine, SSR, ULSD) et de services médico-sociaux (EHPAD, PASA) d'environ 125 lits. Pour moi, la **gériatrie est une clinique de l'incertitude** : la maladie, la dépendance, la mort dessinent les contours. Elle confronte la personne âgée à de multiples deuils et lui impose de réaliser un travail du vieillir sans quoi, la personne commence à vivre un sentiment de perte de maîtrise, de vacillement.

L'arrivée d'un problème somatique aigu, d'un événement de vie (chute, accident...) confronte la personne âgée à être hospitalisée, à traverser une cohorte d'émotions, de sentiments. Une plainte, une souffrance, une douleur peut s'installer et se figer ; **l'enjeu d'une relation d'aide va se situer dans le rapport que le malade entretient avec lui-même mais aussi avec les autres et avec son environnement.**

Par ailleurs, la relation de soin en milieu hospitalier peut venir accentuer la douleur du patient car au-delà des soins techniques, médicaux, il y a une demande, une attente du malade à l'égard des soignants et comme le souligne Boris CYRULNIK (GALY, 2018 p 32), "*le médecin doit avoir à l'esprit qu'une parole est comme une molécule*".

Le patient peut donc avoir le sentiment que le médecin n'est pas présent à l'échange, qu'il se concentre uniquement sur la dimension objective du corps, oubliant sa subjectivité. Il se sent réifié (GALY, 2018 p 46) et son mal-être, s'accroît. Le patient entre alors en crise.

A cela s'ajoute, une dimension institutionnelle **car la place du symptôme est très importante à l'hôpital**. Le modèle médical prime et il y a peu d'espace de penser. L'activisme et l'agir prédominent. La demande médicale se résume à avoir une action immédiate sur le

symptôme : soit en l'atténuant, soit en le faisant disparaître. **Mais qu'en est-il de la place du psychologue dans cette relation d'aide en milieu hospitalier ?**

Ma fonction de psychologue est très disparate en fonction de mon champ d'intervention.

La mission du psychologue sur l'EHPAD est plus dans l'accompagnement de la personne âgée et de sa famille. Le bien-être du résident a toute sa dimension, et porter la vie jusqu'au bout s'inscrit dans un projet de vie commun. Le patient est avant tout un résident.

A contrario, sur les services sanitaires, la psychologue est appelée souvent pour contenir la crise, soulager l'expression vive d'une souffrance psychique dans une fonction que je qualifierai de « pompier ».

Ma mission s'inscrit aussi dans un soutien aux équipes soignantes. En effet, dans cette relation d'aide dite « asymétrique », les soignants se vivent souvent démunis face à l'expression vive d'émotions, d'une détresse, d'une douleur. Les aider à se positionner, à mettre du sens sur ce qu'il se vit dans le « ici et maintenant » donne un autre regard au soin et à la dynamique psychique du patient.

Cela étant, il existe des situations de soin où moi-même, je me sens démunie face à des patients en crise. Absorbée par leur angoisse, en totale communion avec leur douleur, leur corps prenant le pas sur la parole. Ces situations aiguës convoquant une urgence, urgence à apaiser, à soulager, à contenir et même, à réassocier. Situations où la parole trouve une voie d'achoppement.

L'hypnose trouve toute sa place, sa dynamique en lien avec sa dimension relationnelle.

J'ai pu observer dans ma pratique de l'hypnose, un changement rapide de posture du patient, une manière de sortir, voire de se décaler de leur symptôme.

Je me demande alors comment l'utilisation de processus hypnotiques, faisant appel en moi, à un ressenti intuitif face à une situation aiguë, à une manifestation brutale, peut-elle favoriser une sortie de crise du patient ?

Avant de revenir sur ma problématique, je vais dans un premier temps aborder la crise existentielle du sujet âgé et la relation d'aide asymétrique. Puis dans un deuxième temps, à travers l'apport de Carl ROGERS, je souhaite montrer comment l'hypnose est une thérapie centrée sur la personne transformant ainsi la relation d'aide. En effet, une qualité de présence et un changement de posture du thérapeute favorisent ainsi l'émergence de ressources du patient.

THÉORIES ET TRAVAUX PRATIQUES

I- La crise existentielle

L'entrée au sein des services hospitaliers gériatriques d'une personne âgée marque un temps de fracture. **Leur vie bascule et une insécurité interne peut surgir.** L'environnement hospitalier renforce cette situation de fragilité et de vulnérabilité par l'instauration d'une relation d'aide « asymétrique ». La personne se voit en position de « dépendance » et développe une forte attente à l'égard du corps médical. Une régression à des angoisses primaires peut se réactualiser au sein même de la relation d'aide.

Face à une incertitude ressentie, parfois envahissante, le patient vit ce monde hospitalier comme un monde « *insécure* » et même, parfois hostile. L'anxiété, l'angoisse, la dépression, la plainte somatique, la douleur en guise de modalités d'expression, y sont prégnantes.

C'est dans la relation soignant/soigné que l'éprouvé d'une crise se fait ressentir et je suis appelée alors pour « éteindre le symptôme » ou du moins, le rendre moins bruyant.

Mon écoute et mon soutien ne sont pas seulement auprès du patient. Je suis aussi dans une écoute singulière des enjeux de la relation soignant/soigné afin de pacifier, d'apaiser les tensions et remettre la personne hospitalisée au cœur du soin, de la resituer dans son histoire de vie.

Il me semble important de définir cette notion de crise existentielle avant d'aborder la relation d'aide et les enjeux qui sous-tendent cette crise au sein de cette relation.

1 - La crise psychique

La crise psychique est une manifestation soudaine **d'une rupture d'équilibre**. Le dictionnaire de psychologie¹ définit la crise comme l'apparition « *d'émotions violentes, les frustrations longues et pénibles provoquent des crises nerveuses d'agitation et de colère* ».

¹ Dictionnaire Larousse : N. SILLAMY, Dictionnaire de Psychologie, Larousse, Crise, Orléans, 2000, page 71

Un équilibre est perdu pour le patient laissant place à des émotions négatives, à la recherche d'une issue.

Il y a donc **une urgence de la vie selon KAES face au** « *déferlement de désordre associé à la paralysie et la rigidification de ce qui constituait une souplesse organisationnelle du système.... Il y a le désir de vivre en dépit -non en déni- de la mort* » (KAES et al, 1985 p 20-21). Et ce dérèglement est à la recherche de nouvelles régulations, des ressources de l'être et ce qu'on nomme « les étayages du psychisme » (KAES et al, 1985 p 9).

A l'idée de crise est donc associée une menace mortifère et une attaque vitale, c'est sans doute par le vécu de crise que la notion de rupture apparaît fondamentale. Nous pouvons donc dire que toute crise comporte une menace aiguë pour l'intégrité du sujet, une menace de mort, mobilisatrice d'action pour la survie. Elle génère de l'angoisse en guise de signal d'alarme.

La crise tient donc son ambiguïté fondamentale, d'être à la fois libératrice de forces de mort et des forces de régénération. Elle met donc en marche tout ce qui peut apporter **changement, transformation et évolution.**

L'hypnose, pour moi, peut être un bon levier thérapeutique à la crise par sa dimension relationnelle et en ouvrant un espace potentiel de jeu : la transe et « *sans sa dimension relationnelle, l'hypnose se résumerait à une simple technique de distraction de l'attention. Mais, c'est bien dans sa dimension relationnelle que l'hypnose tire sa dimension thérapeutique, par un travail autour des perceptions que cette relation permet* » (BIOY, 2014 p15)

Quelles sont les manifestations de la crise chez le sujet âgé avant d'aborder sa nature ?

2- La crise et le sujet âgé

La personne âgée vit dans son corps un vieillissement et elle le ressent aussi dans sa psyché.

Marion PERRUCHON (1977 p 15) nous décrit comment le travail de la pulsion de mort s'inscrit dans la psyché du sujet âgé par des sentiments contradictoires. GOETHE à travers son poème, donne une belle illustration :

« Deux âmes habitent hélas dans ma poitrine, l'une de l'autre veut se séparer, l'une s'attache au monde d'un amour aride et robuste, se fixant par tous les organes, l'autre quittant la poussière s'élève vers les demeures des grands ancêtres ». Un douloureux tiraillement s'installe progressivement chez le sujet âgé.

Son corps est marqué par l'effet du temps, elle ressent progressivement des changements physiques en lien avec son âge : des rides, douleurs apparaissent. Un ressenti de vieillir se fait plus présent. La sensorialité est parfois touchée : une vision, une audition, pouvant créer un isolement et une solitude.

Le vieillissement passe aussi par un regard sociétal et culturel : l'image du « bien vieillir » s'opposant à l'image d'une vieillesse, sous le signe de la perte et de la décrépitude. Des changements aussi cognitifs et psychiques interviennent (une perte de mémoire, une dépression...).

Des changements dans les liens générationnels s'opèrent, pouvant aller jusqu'à un renversement de génération. Dans les formes extrêmes, la personne âgée perd progressivement du lien à son monde ou s'en retire, connaissant ainsi une désafférentation au monde, signe de pathologies.

Ne plus être en lien, en communication avec son environnement, ne plus être un acteur principal plonge la personne âgée dans une souffrance, un désarroi car nous sommes des êtres vivants relationnels (BIOY, 2013 p 101) et avoir un rapport au monde confère un sentiment d'appartenance, de continuité d'être. Ne plus l'être, contribue à une rupture et à une crise existentielle.

Au fil de son vieillissement, la personne âgée a une peur d'entrer dans cette **ultime vulnérabilité que serait celle de devenir dépendante impliquant ainsi, une perte de dignité.**

Cette peur originelle fait appel au « prototype de toute relation humaine inaugurant la dépendance psychique originelle à l'autre (GROSCLAUDE, 1989 p 3). Ainsi la dépendance est perçue comme un état de détresse, une impuissance à parer seule ses besoins, elle cristallise aussi la dépendance psychique dans la nécessité de « cet autre secourable- le *Nebenmensch* » freudien- pour penser, veiller inaugurant ainsi échanges et relations dans cette dynamique simple et compliquée qui ne cesse qu'avec la vie (GROSCLAUDE, ibid. p.4)² ».

² Un article de GROSCLAUDE issu de la 6ème journée de l'association Rhône Alpe de gérontologie Psychanalytique.

Il y a donc dans le retour à cette détresse originaire, le besoin de cet autre secourable ; c'est bien dans cette articulation que les enjeux de la relation soignant-soigné apparaissent.

Cette confrontation à la dépendance ou au risque de la dépendance, amène à repenser des concepts de WINNICOTT et de Mélanie KLEIN, d'autant plus quand la personne âgée est confrontée à une hospitalisation « urgente », inattendue, vécue comme une fracture psychique.

3- Hospitalisation de la personne âgée : enjeux psychiques

L'hospitalisation du sujet âgé face à un événement somatique le confronte à des enjeux psychiques qui varieront en fonction de la gravité de l'hospitalisation, de sa personnalité, du grand âge, de ses étayages, de ses expériences passées et surtout de ses ressources.

a) Le cadre hospitalier

L'environnement hospitalier, par sa configuration, est un univers froid. Le port d'une blouse d'hôpital et bracelet d'identification confèrent à la personne, son statut de patient. La chambre hospitalière est empreinte du strict minimum de matériels : lit, adaptable, fauteuil. La sonnette et téléphone restent des éléments de lien essentiel pour communiquer avec les soignants et avec l'extérieur, sans quoi la personne n'a pas d'autres moyens d'utiliser le cri comme appels ou de faire du bruit pour gêner le calme et le silence, vertus de soin que requièrent l'environnement hospitalier.

L'atmosphère dans laquelle est plongé un malade, ramène la personne à vivre constamment l'attente d'un autre, à subir les contraintes organisationnelles.

Dans ce temps d'hospitalisation, les personnes sont mises dans un face à face avec elles-mêmes, sorte de mise à nu de leur réalité et condition humaine. Elles subissent une situation et **ressentent dans ce temps, toute leur vulnérabilité voire leur extrême fragilité.**

b) Relation soignant/soigné

Il y a une injonction institutionnelle faite au patient : d'avoir une attitude basse, une position d'obéissance et de devoir accepter les soins. La relation s'inscrit donc dans une verticalité qui fera l'objet d'une autre partie de mon mémoire.

L'hospitalisation conduit à un risque psychique comme nous l'explique le Pr ALOUANI (2020, p 4) « *l'hospitalisation est un moment particulier où le risque de désorganisation du patient est majeur sur le plan psychologique et du coup potentiellement somatique* ».

Je constate souvent que l'hospitalisation est traumatisante pour la personne âgée, accentuée par le fonctionnement hospitalier (multiplicité des intervenants, circulation des informations complexes, sensation de non maîtrise des événements...). Elle décuple ainsi la peur naturellement déjà présente dans toute maladie. (Pr ALOUANI ibid. p.4).

L'angoisse à son apogée, prend le visage d'un débordement, d'une chute vertigineuse, de perte de maîtrise de sa vie. A son paroxysme, la personne peut se sentir vaciller et avoir le sentiment de « perdre pied », parfois d'être aux portes de la folie.

Cette expérience de détresse intense ne peut que renvoyer à une détresse originaire que WINNICOTT nomme la crainte de l'effondrement.

c) La finitude

Dans cette temporalité de l'hospitalisation, j'observe que la personne âgée va être forcément traversée par la question de sa finitude. Cette souffrance dans le « ici et maintenant » prend ses racines dans les expériences passées.

Martine RUZNIEWSKI (BIOY, 2013 p 26) souligne que toute souffrance implique la « *préexistence d'une autre souffrance secrète, fondamentale, fantasmatique et souvent antérieure à toute souffrance physique... Cette souffrance psychique d'une mort fantasmée, subodorée présumée est un préalable à l'édification d'une angoisse originelle d'un esprit encore libre de se créer sa propre image de la mort* ».

Lors de suivis de patients, je constate que des souvenirs douloureux remontent à la surface. L'hospitalisation rappelle en collapsus, un autre événement de vie jusqu'alors enfoui, qui fait écho. La relation soignant-soignée sera forcément marquée par l'expression d'une souffrance.

Cette question de la mort traverse tout être humain. FREUD nous rappelle « que l'inconscient ignore la mort » (1984, p102-107) et M. KLEIN dans son livre « l'amour et la haine » (1996, p.21) en montre les effets délétères sur la psyché : « *La mort représente la destruction la plus extrême que nous pouvons concevoir et naturellement, représente le comble des forces destructrices qui opèrent à l'intérieur de nous* » ce qui souligne **combien ce temps d'hospitalisation est un temps de crise faisant resurgir une angoisse de mort** concentrant

en elle-même, la résurgence de toutes les angoisses. La personne âgée est prise entre son désir de vivre et sa peur de mourir, mettant en scène une conflictualité pulsion de vie, pulsion de mort.

Cette incertitude de la vie ne replonge-t-elle pas le patient dans les affres d'angoisses primitives, tempête interne traversant inexorablement la relation d'aide ? La relation d'aide ne revisite-t-elle pas les relations primaires du sujet âgé ?

d) Les angoisses primitives :

La théorie de M. KLEIN et celle de D. WINNICOTT sont bien en lien avec ma pratique gériatrique. Leurs concepts sont toujours pour moi un cadre de travail et une aide à la compréhension de la clinique de l'âgé.

M.KLEIN désigne **comme angoisses primaires, les angoisses en lien avec un travail interne de la pulsion de mort**. Elle parle d'une position dépressive. Comment se manifeste alors la pulsion de mort ?

Pour M. KLEIN, l'envie est une des manifestations les plus impressionnantes de la pulsion de mort. Un sentiment de rage s'empare du sujet quand il se voit dépossédé de quelque chose. Il a le désir de prendre cette chose et de la détruire. La gratitude, au contraire sous la prédominance de la pulsion de vie, permet l'acceptation de la mort en marche (PERRUCHON, 1992 p. 47).

La lutte entre instinct de vie et de mort, est une lutte qui entraîne une menace d'anéantissement de soi (KLEIN, 1996 p.16), qui se joue au cœur de la relation initiale à la mère.

M. KLEIN parle de **position dépressive**. Si l'angoisse paranoïde est une angoisse de persécution qui porte sur la protection du Moi, l'angoisse dépressive porte sur la protection des bons objets intériorisés auxquels s'identifie le moi.

L'enfant pleure la perte de l'objet d'amour alors une nostalgie apparaît. Un besoin de réparation voit le jour à travers des expériences créatrices. Celles-ci vont fortifier les bons objets internes et secourir l'enfant dans les situations de détresse, il ressentira une sécurité intérieure et développera « la foi » en ses capacités réparatrices (ROUSSILLON et al, 2021p 190)³. Dans la position dépressive, l'objet est ressenti comme total.

³ ROUSSILLON R. *Manuel de Psychologie et Psychopathologie clinique générale*, 2021 p 181-195

Ainsi, l'intégration du « bon et mauvais objet », de l'amour et de la haine et la sollicitude à l'objet, permettent de diminuer l'intensité de l'angoisse ; le patient retrouve alors une certaine initiative. Il se sent plus libre d'utiliser ses dons et ses capacités. La personne recommence à éprouver du plaisir et, l'espoir renaît (KLEIN, 1975 p 90). La créativité s'en trouve accrue et toutes ces modifications aboutissent à un enrichissement de la personnalité. De manière à différencier la théorie de M. KLEIN à celle de D. WINNICOTT (1971), celui-ci parle **de la crainte de l'effondrement**. Il s'agit de sentiments de désintégration, d'angoisses inimaginables, des menaces « d'annihilation » **qu'il nomme « agonie primitive » en évoquant l'état de non-intégration.**

Toutes ces formes appartiennent aux éprouvés les plus précoces que l'humain traverse mais ils sont habituellement soutenus et intégrés par la fonction contenant et rassurante de l'environnement, ce que D. WINNICOTT appelle le « holding » et le « handling ».

Il parle aussi de **la préoccupation maternelle primaire pour traduire le lien qui s'instaure entre la mère suffisamment bonne et son enfant**. Nous allons définir ces concepts qui s'entremêlent :

- *Le holding* est l'ensemble des soins donnés à l'enfant par la mère et sa capacité à contenir ses angoisses à la fois sur le plan physique (le fait de le porter dans les bras, de le bercer) et psychique (la capacité de la mère de penser les émotions de l'enfant). On le traduit par **le contenant psychique, le portage**.
- *Le handling* traduit les soins de nursing : le laver, le changer, l'habiller... ces soins prodigués à l'enfant lui permettent de **se constituer une enveloppe, « une peau »** au sens où ANZIEU l'entend « un moi peau » sur lequel va s'étayer la constitution du moi, son identité.
- La capacité de rêverie : capacité à penser les émotions et à transformer les émotions incompréhensibles du bébé en images, pensées ou en rêveries.

L'enfant a donc besoin à la fois d'un portage physique et d'un portage psychique. La présence et la capacité de la mère à penser les émotions du bébé, à le rassurer, à lui permettre d'intérioriser **une sécurité affective et une permanence de « la mère suffisamment bonne »**, transforme l'expérience de détresse de l'enfant en capacité à « jouer seule en présence de l'autre ».

A contrario, quand les angoisses primitives se développent de façon excessive sans suffisamment d'apport environnemental et de contenance, elles constituent le **noyau d'expérience de détresse**, WINNICOTT parle de **crainte d'effondrement**. Elle vise une catastrophe à venir. En réalité, elle lutte contre le retour d'expériences d'effondrement et de non-intégration déjà vécues, à un moment où le bébé n'était pas encore mature, pour s'en forger une représentation.

Ces éprouvés précoces appartiennent à l'univers du bébé, impliquent chez lui des formes défensives normales et nécessaires au développement psychique : le rapprochement à l'objet, le clivage, l'agrippement.

Le parallèle entre la détresse primitive chez le bébé et une détresse chez les patients âgés que j'accompagne lors de leur dernier chemin de vie, **semble apporter un éclairage clef à cette clinique de l'âgé et aux éprouvés émergeant dans la relation de soin**, ce qu'on appelle « le nursing ».

Dans la continuité, ROUSSILLON⁴ dit : “ Ce n'est qu'à partir du moment où ces angoisses ne sont pas contenues et traitées par l'environnement qu'elles prennent une tournure pathologique et infiltrent le développement ultérieur. Les modalités défensives passent par le même éventail, du plus normal au plus pathologique : du démantèlement, (désorganisation des modalités sensorielles) à l'agrippement (cramponnement pour lutter contre la séparation et la désintégration) passant par le déni et le clivage.”

Je constate dans mon expérience gériatrique que pour se défendre de cette crainte de l'effondrement, des patients vont mettre en place des défenses au sein de la relation d'aide qui fera l'objet de la prochaine partie.

4 - La relation d'aide et clinique de l'incertitude

Je décrirai qu'au sein du monde hospitalier, la relation d'aide s'inscrit dans une verticalité : on parle de relation « asymétrique ». **Le patient cherche de l'aide auprès d'une autre personne qui possède nécessairement un savoir, un savoir-faire.** « *Le patient abandonne symboliquement au soignant une part de son indépendance et s'en remet à lui pour une part de ses responsabilités et décisions* » (BIOY et al, 2013 p 52).

Cette relation d'aide asymétrique réactive inconsciemment d'anciens conflits de dépendance (ZACCAÏ, 2006 p. 52) ». Dans cette relation surgissent des éprouvés, des processus

⁴ Dans le livre « manuel de psychologie et psychopathologie de clinique générale » de R. ROUSSILLON p 166

transférentiels à l'œuvre. Il faut donc **trouver la juste distance** sans quoi on assiste alors au développement de nombreuses défenses et attitudes contre-productives (ZACCAÏ, 2006 p. 42).

Lors de relèves, des patients sont décrits comme « difficiles, exigeants ». D'autres sont au contraire à stimuler, vécus comme « trop passifs ». Une désorganisation peut se vivre dans une relation éprouvante avec un sentiment de risque psychique pour le patient et le soignant : agitation, décompensation psychique, syndrome de glissement en guise de risque extrême. Par ailleurs, une douleur physique extrême, des somatisations font vivre au corps médical, une impuissance et une incertitude du soin.

Face à l'émergence d'angoisses primitives traversant la relation de soin, l'incertitude est présente et comment la surmonter ?

Je note que du côté du malade, tout individu en situation de difficulté physique ou psychique tend à **manifeste des attitudes psychiques régressives qui sont le retour à des comportements infantiles** (BIOY 2013, p. 53). La régression favorise les attitudes de transfert. Elle conduit à rechercher des professionnels « **tout-puissants** » **qui les rassurent**. Ainsi, s'adressent-ils parfois aux médecins comme s'ils savaient tout ».

Le patient cherche un auxiliaire du moi permettant **de pouvoir maintenir ce qui vit en lui, de séparé**. La satisfaction de ses besoins passe inmanquablement par un autre, elle en appelle à la préoccupation maternelle primaire des soignants (VIGNAT, 1992 p. 28)⁵, dans un double porter physique et psychique, de cette personne âgée devenue un « bébé vieillard ».

Une incertitude s'installe. L'incertitude d'un rétablissement du patient, éloignant les soignants de leurs tâches primaires : soigner et guérir.

Selon BIOY, « *l'ouverture du regard porté sur l'incertitude est sans doute une condition essentielle pour parvenir à l'intégrer comme un moteur de la relation de soin et évitera de générer des comportements inadaptés* » (BIOY, 2013 p. 72).

En effet, cerner, évaluer ce que le patient vit d'incertain guide la relation et permet un éclairage des possibles. (BIOY, 2013 p. 92). Cela nécessite de garder une attitude bienveillante et positive, d'abandonner une attitude de pouvoir en faveur de la rencontre humaine. **Il s'agit donc d'une attitude d'accueil sans jugement ni expression « d'un a priori ».**

Pour les soignants, face aux réactions des patients, le risque est toujours de mettre en

⁵ VIGNAT-La capacité de rêverie-9^{ème} journée d'études de l'association Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique p 28 à 29

place des contre-attitudes. Certains patients appellent constamment les soignants en se cramponnant à leur sonnette dans une identification adhésive.

D'autres font vivre aux soignants des sentiments, irreprésentables dans une identification projective. L'agressivité, le refus de soin, les attitudes revendicatrices font vivre aux soignants, des éprouvés négatifs, difficiles à mentaliser et comme le dit BIOY : « *nous sommes tous allergiques à la souffrance de l'autre...* » (BIOY, 2013 p. 112). Il arrive, dans des situations extrêmes, qu'un patient soit « pris en grippe », il devient alors urgent de décider d'une sortie rapide ou d'un transfert vers un autre lieu de soin comme pour assurer la survie du « groupe soignant ».

C'est bien là que l'éthique du soin prend toute sa valeur. Une manière de penser le soin, une situation, de lui redonner un sens en l'inscrivant dans une histoire de vie. La personne hospitalisée a une histoire, un parcours de soin (BIOY 2013 p.19) : « *une histoire de vie qui a commencé en amont, se poursuivra en aval, cet évènement va remanier à la fois le passé du patient et les projections qu'il se fait de son avenir* ».

Dans une relation de soin, nous ne pouvons pas faire l'économie de l'histoire de la personne hospitalisée. Mon rôle de psychologue est de ramener son histoire auprès des soignants, de leur faire comprendre l'importance de ne pas soigner qu'un corps, mais de prendre soin d'une personne dans sa globalité et la globalité de la situation, je dirai même, réinventer sa pratique à son contact (BIOY, 2003 p. 16). De ne pas oublier l'humain dans ce corps malade.

Nous pouvons dire que « *l'incertitude est une ressource et elle peut faire sens pour tous* » (BIOY, 2013 p. 2). La personne âgée peut alors inscrire son hospitalisation dans un continuum de son histoire et ne pas la vivre comme un point d'arrêt ou même un point final.

Cela demandera une dynamique relationnelle dans laquelle les soignants ne doivent pas se laisser enfermer par la détresse et les projections du patient. BLEGER parle lui de « *parties non différenciées de la personnalité déposées dans le cadre de soin* » (KAES, 1985 p. 4), afin qu'elles puissent être contenues par un environnement soignant permanent et sécurisant. **C'est ainsi que le patient pourra dépasser ses angoisses, se vivre en sécurité et prendre appui sur ce cadre de soin pour élaborer sa crise.**

L'hypnose permettra au patient de retrouver une horizontalité dans la relation de soin et dans sa dimension transitionnelle, de se remettre en mouvement, de déployer sa capacité de jouer en présence du thérapeute, lui permettant au fil du temps de se sentir exister et, de retrouver le chemin de son existence, de sa liberté. Et de trouver une issue à sa crise.

Cette année de DU m'a rapprochée du courant humaniste et j'ai découvert avec bonheur l'apport de Carl ROGERS concernant une relation d'aide et l'importance « *d'un soin centré sur la personne* ». Il apporte un changement de regard sur le malade, ne le réduisant pas à ses symptômes, à devoir se soumettre aux injonctions et décisions médicales dans un modèle « paternaliste », c'est-à-dire un médecin sachant ce qui est bon pour lui et décidant à sa place.

Il redonne une place au patient au cœur du soin dressant le contour d'un soin humanisant. Il rétablit les frontières de cette autonomie recherchée, d'une identification croisée et d'une **alliance thérapeutique basée sur une rencontre, une rencontre vraie.**

II- Courant humanisme et hypnose

1- Théorie de Carl Rogers : Les conditions nodales.

Carl ROGERS en évoquant une « thérapie centrée sur la personne » décrit les conditions d'un processus thérapeutique autour de ce qu'il nomme « **les conditions nodales** » (TUDOR 2014 p. 65). Ces conditions nécessitent que deux personnes soient en contact : la première personne est soit en état d'incongruence, soit en état de vulnérabilité ou anxieuse ; la deuxième personne, le thérapeute est soit congruent ou authentique dans la relation.

Le thérapeute ayant un regard inconditionnel vis-à-vis de la personne, cette dernière doit ressentir un regard positif et une empathie, il emploie même le terme « d'affection », **ce qui permettra l'émergence d'un climat psychologique positif facilitateur des processus thérapeutiques.**

Dans l'article R. DAVAL « *Les théories de Carl ROGERS* » (2008 p. 18), l'empathie est un processus de connaissances et implique la conscience de l'altérité de la personne. Il s'agit de voir l'autre comme il se voit, sans jugement, et de se mettre à sa place. Il ne s'agit pas de revivre émotionnellement ses émotions ni de se projeter en lui. Carl ROGERS évoque différents concepts :

- **La compréhension empathique** : le thérapeute perçoit l'exactitude des sentiments éprouvés, la signification qui donnent à ses conduites et la manière dont le patient vit les situations. Percevoir de manière empathique c'est percevoir le monde

subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne sans perdre de vue qu'il s'agit d'expérience et perceptions de l'autre (BIOY, 2014, p107). Les sentiments négatifs acceptés par le patient permettent alors aux sentiments positifs de se manifester. Il faut donner à la personne la possibilité de « se comprendre telle qu'elle est ». **La personne accède alors à la congruence.**

- **La congruence** : il est devenu capable d'affronter l'expérience vécue en pleine lucidité. **La congruence permet donc la connaissance authentique de soi et des autres.** En favorisant une écoute bienveillante et libre, le thérapeute permet d'accepter ce vécu négatif en lui et de l'aider à devenir lui-même, de trouver le chemin de son épanouissement et de son développement. Carl ROGERS indique qu'il s'agit d'apprendre à la personne à assumer sa liberté, sa responsabilité d'être humain. La subjectivité est un travail d'affranchissement.
- Il évoque même la notion **“d'auto-direction responsable”** (DAVAL, 2018 p. 8) : la personne se sent changée, transformée. Elle ne se sent plus prisonnière de schémas. La personne devient elle-même et tire profit de ses ressources.

Ainsi Carl ROGERS veut rencontrer l'autre en tant que personne et il met en exergue que *« confirmer l'autre, c'est accepter toutes ses potentialités, c'est l'aider à laisser celle-ci se développer et s'épanouir. Confirmer l'autre, c'est faire confiance à sa créativité et l'aider à la mettre en œuvre »* (DAVAL, ibid., p 8).

L'hypnose est un outil thérapeutique trouvant sa valeur dans le fait qu'elle est une thérapie centrée sur le patient avec une place centrale à la relation en hypnothérapie (BIOY, 2014 p. 15). L'hypnose va permettre au patient de retrouver une horizontalité dans la relation d'aide et de faire émerger un élan vital. La personne est en contact avec ses ressources.

BIOY (2003 p. 35) parle de *« réinscrire le patient dans sa vie en le réinscrivant dans ses choix, de l'amener à sortir de cette impression de subir pour lui redonner une liberté d'agir »*.

Toute la créativité du thérapeute doit être mis au service du réveil de la créativité du patient (BIOY, 2014, p108)

2- Hypnose et les ressources du patient :

Dans le livre « se former à la relation d'aide » BIOY met en exergue « *qu'un seul savoir prévaut : celui du patient puisque la thérapie s'intéresse à lui, à sa subjectivité mais aussi aux ressources qui lui appartiennent et que l'on veut mobiliser pour qu'il puisse construire sa solution, il faut bien admettre qu'il est détenteur de son savoir* » (2003, p 12). Le thérapeute doit supprimer le souci du résultat à l'égard du patient au profit d'une disponibilité totale à la rencontre.

Le thérapeute doit être à l'écoute du savoir intime du patient et de son monde. L'hypnose fait alors resurgir les ressources du patient en convoquant son monde interne dans une relation thérapeutique, invitant ces aspects de congruence, de relation empathique. Il fait émerger en lui des perceptions de son monde que ROUSTANG qualifie de « **Perceptude** », **favorisant ainsi un espace de créativité, de « jeu »** et je dirai du « Je ». L'hypnose passe aussi par **une communication singulière du thérapeute et une qualité de présence** favorisant les processus hypnotiques et une remise en mouvement de processus psychiques, qui étaient jusqu'alors figés.

a) La relation thérapeutique

Ce n'est pas l'hypnose elle-même qui est thérapeutique mais la relation qui en favorise sa valeur thérapeutique et permet au patient d'agir sur son univers interne. L'essence même de l'hypnose interroge cette notion de relation thérapeutique et ce qui se joue dans cette rencontre de deux personnes. La notion d'accordage et de synchronisation avec son patient prend tout son sens.

Il demande aussi au thérapeute d'être en résonance avec le patient ce qui implique pour lui, une observation et une écoute fine, de rejoindre le patient là où il est. Le thérapeute va développer une attention particulière pour s'ajuster au patient et l'amener à mobiliser ses ressources (BENHAÏEM, 2012 p. 84).

ROUSTANG (BENHAÏEM, 2012 p. 86) met en lumière que la relation thérapeutique dès son commencement, est marquée par le signe de sa disparition, **le thérapeute doit être en totale présence et à l'écoute de ce que vit le patient dans la transe.**

Le thérapeute favorise donc chez le patient **cette dimension de la transitionnalité du jeu en développant cette « capacité à être seul en présence de l'autre »** ; il répond toutefois

à un préalable qu'un espace de sécurité soit créé, permettant d'envisager avec une plus grande sérénité, l'exploration de son univers (BIOY, 2003, p 42).

L'autoréalisation, c'est-à-dire la capacité pour le patient de se plonger totalement dans ses expériences de vie, sans peur, en assumant ses émotions, nécessite donc un espace intérieur suffisamment sûr, source de confiance pour le patient. Cet espace constitue un espace de repli en cas de difficulté.

La qualité de cet intérieur va agir positivement sur la résolution de problèmes, **le patient va regarder en face ses difficultés comme ses ressources**. Le thérapeute n'intervient pas dans les mouvements psychiques à l'œuvre, il s'attache à leur donner une contenance et permettre leur expression.

b) Posture du thérapeute

Le thérapeute va donc redonner une certaine **responsabilité au patient**, celle de se réinscrire dans ses choix, de l'amener à sortir de cette impression de subir, de sortir de ce rapport de soumission à son symptôme. Redonner la liberté d'agir et d'être acteur de ses nouvelles ressources, de sa guérison interne (BIOY, 2003, p. 41).

Ce n'est pas **le thérapeute qui a le pouvoir de guérison mais bien le patient lui-même**. Le thérapeute permet au patient de découvrir une nouvelle modalité de présence à soi et au monde. Le patient s'installe dans une nouvelle posture (BIOY, 2014, p163). Il devient acteur de son autonomie, de sa liberté ; libre d'aller explorer des futurs possibles et de nouveau, une énergie de vie circule. Ainsi le symptôme perd de son intensité : « *il suffit de lui proposer une place pour qu'il devienne un ami* » (ROUSTANG, 2015 p. 15) ». L'hypnose va donc soigner l'immobilisation et sortir le patient de la focalisation à son symptôme en créant de la fluidité (BIOY, 2014, p163) et un mouvement de vie.

La posture du thérapeute dans la relation thérapeutique, sa présence, sa manière « d'être là » en même temps que le patient se met en action, joue un rôle primordial dans les processus de changement. Carl ROGERS, met l'accent sur la force de l'expérience qui se déroule devant soi et en soi, d'une manière immédiate (BRETON, 2020 p. 12).

Il me semble important de pouvoir revenir brièvement sur cette qualité de présence du thérapeute dans les processus hypnotiques avant d'aborder la notion de « **Perceptude** ».

c) La présence : « être là »

« On pourrait définir la notion de présence à l'autre comme le fait d'être là tout simplement. (BIOY et al, 2017, p. 92). Il s'agit donc pour le thérapeute d'être dans **un mouvement d'accueil sans savoir ce qui se passe** ; le thérapeute n'est pas en retrait mais il se laisse porter « *il s'agit d'une danse à deux, de l'hypnose, un moment où chacun participe à l'environnement perceptif de l'autre* » (BIOY et al, 2017 p. 93).

Cette notion de présence est un socle élémentaire et essentiel sur lequel repose une communication thérapeutique (BIOY, 2017 p. 94). La présence est un état de disponibilité qui dépasse une disponibilité physique, c'est une présence dynamique entre deux êtres. Elle permet d'interagir de manière vraie. La présence porte l'intensité de l'interaction dans l'instant, elle marque la qualité d'interaction véritable.

La présence devient la présence thérapeutique. En étant simplement présent, il installe une relation positive, bienveillante propice au changement. La présence se vit.

Ce qui est thérapeutique dans l'hypnose n'est pas l'hypnose mais le basculement depuis **un mode de représentation de présence et la rencontre avec l'autre est un moyen infallible de ce basculement** » (GALY, 2018 p. 74). : « *Il s'agit d'assurer une présence valable et vous n'auriez rien d'autre à faire que de vous en remettre à votre interlocuteur pour qu'il se mette en mode guérison par lui-même* ».

Le patient en connivence avec le thérapeute **se laisse porter par la musique de la transe**, alors s'ouvre « *un espace transitionnel au cours duquel le patient doit croire au pouvoir du thérapeute pour s'installer dans ce petit théâtre de l'hypnose et celui-ci va alors comprendre que le pouvoir est en lui et non en l'autre, qui l'accompagne* » (BIOY, 2017 p. 71). Il intériorise donc cette expérience.

La communication va être guidée par la résonance du thérapeute, celui-ci va se mettre au niveau psychique et émotionnel du patient. Il va avoir une attention flottante et être en totale écoute avec son patient, invitant ainsi à « *entrer en communication étonnamment intuitive avec son patient pour lui proposer ce qui lui semblera le plus juste* (BIOY, 2014 p. 160) ».

Le thérapeute déploiera ainsi sa capacité de rêverie en s'ajustant en permanence à lui et favorisant une relation au sein duquel le patient s'autorisera à « jouer » et à mobiliser ses ressources.

d) La « Perceptude » :

En thérapie par hypnose comme l'indique ROUSTANG, **tout est là** : « *on laisse venir l'indistinct et le vague du tout à la fois des pensées, des représentations, des perceptions, des sensations, ce qui produit un état de confusion dans lequel on s'installe sans boussole et sans gouvernail. Le symptôme est alors submergé, emporté, défait de ses attaches et donc contraint d'accepter ou de subir tous les aspects de la forme de vie ou du flux de la vie* ». La guérison psychique passe par la sensorialité d'après ROUSTANG, **nous ne souffrons pas de réminiscence mais de défaut de sensorialité** (ROUSTANG, 2015 p. 66).

En réactivant le mouvement induit par la sensorialité, thérapeute et patient réinventent un mouvement vers la vie. **La guérison est donc toujours l'invention d'une nouvelle modalité d'existence.**

Dans l'hypnose, l'esprit critique est abandonné au profit de l'imagination sollicitée par l'expérience sensorielle et corporelle. L'hypnose permet de faire sauter les verrous de la maison dans laquelle le patient s'était barricadé, grâce aux mouvements et aux gestes qui se manifestent dans la transe hypnotique.

ROUSTANG développe cette notion de « Perceptude » pour désigner **l'état d'une personne plongée dans son univers perceptif, sans l'intervention de son esprit critique ou de ses émotions**. Cet état de conscience élargi convoque chez le patient une nouvelle sensorialité corporelle et il pourra créer son réel, une nouvelle perception de son monde.

Alors que la perception habituelle segmente, la « Perceptude » est un état de perception de la continuité de l'être et de la continuité de tous nos liens avec son monde.

Marc GALY (2018 p. 160) nous la décrit comme « *laisser place à la rêverie, un va-et-vient perpétuel entre présence et absence sans aucune volonté et contrôle, bien vouloir être là, au temps présent dans « être là et pas là » être là physiquement et ailleurs mentalement, dissociation du corps et du mental : ici et ailleurs* ».

Ainsi la transe est un espace transitionnel, un espace potentiel de jeu (à la limite de ce qui est subjectif et ce qui est objectivement perçu) permettant au patient de déployer sa capacité à jouer en présence d'un autre et d'intérioriser cette expérience de jeu.

Avec le concours de l'imagination, la perception d'une situation peut transformer une construction virtuelle en la rendant réelle (BENHAÏEM, 2012, p 58). La personne ne fait rien, cesse de s'agiter, s'immobilise, indéfiniment, pour laisser apparaître le vrai mouvement, celui où on se sent vivant (ibid. p. 39). Le symptôme se change donc en énergie.

« C'est l'acte hypnotique qui transforme le symptôme figé en circulation tranquille de l'énergie » (ibid. p. 44).

WINNICOTT met en avant que jouer est un phénomène transitionnel. Il s'agit d'une expérience vitale, essentielle pour l'enfant à savoir qu'elle lui confère un sentiment d'exister, et que « la vie vaut la peine d'être vécue ». L'enfant accède au sentiment d'être soi et au vrai self.

Le thérapeute en hypnose permet au patient de retrouver une existence authentique en créant des relations vraies. Il devient lui-même (DAVAL, 2008 p. 5).

PROBLEMATIQUE

I- Ma fonction de psychologue au sein de mon hôpital :

Avant d'aborder ma problématique, il me semble important d'interroger la demande institutionnelle et ma fonction de psychologue, afin de montrer comment l'hypnose me permet de faire « un pas de côté », de me décentrer de ma pratique habituelle, d'ouvrir de nouvelles perspectives de soin.

a) La demande institutionnelle

La durée de séjour devient une préoccupation permanente des hôpitaux dans une logique financière. Les médecins et les soignants sont soumis à cette pression permanente et par conséquent, le patient doit retrouver le chemin de l'autonomie le plus rapidement possible afin de permettre un va-et-vient permanent de patients pour assurer la survie des hôpitaux.

Cette exigence institutionnelle est difficile à tenir en gériatrie : les comorbidités, les pertes physiques en cascade sans compter les aspects sociaux entrent en jeu. Nous entrons dans une clinique de l'incertitude. La temporalité devient un paramètre flou.

La charge émotionnelle au sein de ces services gériatriques est très forte du fait des soins de nursing et des enjeux psychologiques au sein de la relation d'aide.

b) Ma fonction de psychologue

Je suis constamment tiraillée entre une dimension du soin (« le care ») demandant d'avoir une écoute singulière, une disponibilité et qualité relationnelle auprès de la personne âgée pour l'accompagner dans sa temporalité, son vécu personnel. Et une demande croissante de prises en charge sur le sanitaire, à intervenir en urgence, à agir sur le symptôme des patients dans une fonction de pompier (de « cure ») dans lequel l'institution me convoque.

Mon idéal de soignant est battu en brèche. Il n'y a pas de place pour la pensée et la réflexion. L'agir prime sur la pensée et la temporalité se confond avec l'immédiateté.

c) Ouverture sur l'hypnose

Notre établissement s'est ouvert à l'hypnose dans le cadre de sa réflexion sur la douleur (au sein du comité de lutte contre la douleur).

Des formations d'hypnose conversationnelle ont eu lieu auprès des équipes soignantes afin de sensibiliser des soignants à une communication centrée sur la personne ; une communication positive apportant un confort, un bien-être, un relâche des tensions.

L'utilisation d'une communication hypnotique, permet au soin de se réaliser dans de bonnes conditions tant pour le patient que pour le soignant, en atténuant la douleur physique, l'anxiété et d'autres symptômes. Cela donne le contour d'un soin humanisant réalisé dans une qualité relationnelle.

L'être humain est un être de relation (BIOY et al, p 46) et notre existence est en grande partie constituée par la relation que nous entretenons avec les autres.

Lorsque nous travaillons en gériatrie, la personne a besoin avant tout d'une qualité de présence pour faire face à la crise que représente l'hospitalisation, cette cassure dans sa vie.

La méthode de validation de Naomi FEIL et celle de « l'HUMANITUDE » de GINESTE nous montrent combien la prise en charge des maladies de mémoire passe avant tout par une qualité de présence et un regard humanisant sans quoi la personne est réduite à sa maladie et développe des troubles du comportement en lien à son environnement.

Je fus formée à l'hypnose conversationnelle. Dans ma pratique, celle-ci est d'une grande richesse en gériatrie. Il y a une manière de poser sa voix, d'être dans une musicalité, de créer des enveloppes mais aussi de jouer, d'aller loin dans une sensorialité. Au-delà d'un plaisir partagé, il y a une communication authentique et vraie.

Les personnes âgées sont très sensibles à une qualité de présence, à notre manière de s'adresser à eux d'autant plus qu'ils sont atteints de maladie de mémoire.

En réalisant ce D.U hypnothérapeute, je souhaitais aller plus loin, ne pas réduire l'hypnose à une simple modalité de communication. Apprendre à soigner avec l'hypnose. Le D.U m'a permis de traverser cette expérience de transe hypnotique, de la vivre à travers cette année d'apprentissage et au cœur de ma pratique, de pouvoir en saisir les enjeux.

Connaître des outils et des techniques de soin au service de cette clinique de l'âge, m'a ouverte sur un cadre nouveau, autre que psychanalytique, où la dimension de l'inconscient n'est pas convoquée de la même façon. Ma posture de thérapeute se modifie aussi au sein de l'institution.

Par conséquent, il s'agit pour moi **de faire un « pas de côté » sur ma pratique et de repenser ma place de psychologue. Cet outil a aussi un impact personnel dans ma dynamique de changement.**

II- Problématique :

C'est dans la rencontre avec une patiente que je fus saisie par un questionnement. Cette patiente que j'avais vue plusieurs fois en médecine, montre soudainement des signes d'anxiété durant son séjour au SSR. L'équipe m'alerte.

A mon arrivée, je suis convoquée par l'image de son corps. Allongée sur son lit, elle est figée et immobile. Je sens toutes les tensions dans son corps. Au cours de l'entretien, elle exprime des inquiétudes à l'égard de son mari qui commence à présenter des pertes de mémoire. Leur séparation est douloureuse.

Au vu d'une tension palpable, difficile à faire retomber, je lui propose intuitivement une séance d'hypnose. L'hypnose s'offre à moi comme une ouverture à ce corps, immobilisé et figé au bord du gouffre d'une angoisse qui l'entraîne vers un mal-être. Je lui demande ce qu'elle aime faire habituellement, ce qui lui procure du bien-être. Elle évoque une balade.

En hypnose formelle, je lui fais vivre une balade. Une image alors surgit, celle d'un bain chaud réactivant le plaisir de la chaleur de l'eau. Le fait de se voir dans ce lieu l'apaise. L'image du bain fait écho pour moi au « baquet ».

Quelques jours après cette expérience partagée, elle m'interpelle dans les couloirs et me fait part du bienfait de cette séance sur elle. Je fus saisie car quelque chose a eu lieu dans la rencontre, je ne savais quoi ! Je fus surprise de la rapidité de son changement et du bien-être ressenti.

Par mon saisissement, je voulais comprendre, donner du sens aux enjeux psychiques en jeu. L'objet de mon mémoire porte sur un questionnement :

« Existe-t-il une pratique d'hypnose en urgence comme modalité de sortie de crise rapide du patient ? Le changement de posture du thérapeute au cœur de sa prise en charge psychologique n'induit-elle pas un changement de posture rapide du patient hospitalisé ? »

L'hypothèse permettrait de mettre en avant que : *« L'hypnose est un bon outil d'alliance thérapeutique rapide pour répondre aux situations complexes de comorbidités au sein des services gériatriques ? »*

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Sur la médecine gériatrique, les patients âgés sortent rapidement ; le séjour étant court, je réalise quelques entretiens, certains patients poursuivront leur séjour sur le SSR. L'hospitalisation au SSR me permet un suivi plus soutenu et régulier car les patients restent minimum un mois. **Le SSR est un lieu de « crise » des patients.** Sur les lieux de vie, l'alliance thérapeutique est déjà présente et au fil du temps, nous connaissons bien le résident, son histoire et son projet de vie.

J'ai fait le choix de présenter des vignettes cliniques, elles représentent ma pratique quotidienne. **Ces allées et venues au sein des services à la rencontre des patients**, parfois des entretiens ont lieu dans une chambre à 2 lits quand le malade ne peut se déplacer dans mon bureau. « Je suis donc au chevet du malade ».

Ces vignettes mettent en lumière la rencontre. Dans cette rencontre, il y a souvent une demande à déchiffrer derrière le symptôme. Sur les secteurs sanitaires, je dois être dans une écoute rapide des enjeux psychiques du patient de manière à amorcer un travail psychique. Sur les lieux de vie, l'accompagnement et le tissage du lien ont lieu au fil des années.

I- Situation clinique de Monsieur B

L'équipe de médecine m'appelle pour voir M. B., celui-ci est angoissé. Quand j'arrive dans la chambre, ses enfants sont là. Une souffrance familiale se lit sur les visages, un regard nouveau porté sur leur père. Les enfants sont inquiets de la situation médicale. Celui-ci se trouve alité avec une sonde et, depuis une semaine, son état se dégrade. Les enfants se retirent pour que je puisse m'entretenir avec lui.

M. B. évoque que sa vie a basculé d'un coup. Il était chez lui, autonome et d'un coup, son état de santé s'est altéré, hospitalisé aux urgences puis chez nous, en médecine. **Il est face à la gravité de son état de santé.** Son discours est teinté de colère : *« j'ai 95 ans, pourquoi nous fait-on vivre si âgé, à quoi ça sert ! »*. Il ne craint pas la mort mais la souffrance.

A travers l'expression d'une colère vive, une forte détresse se fait sentir, face à la brutalité des événements somatiques, le mettant face à face à sa finitude *« tout allait bien et d'un coup me voilà ici, à mon âge que peut-on espérer de la vie maintenant ? Pourquoi nous fait-on durer, à quoi « ça » sert »*. Je sens une anxiété à travers son corps. Son discours est teinté d'un désespoir.

Malgré un charisme qui se dégage de lui par une élégance naturelle, toutes ses pensées sont tournées vers une demande de mourir, d'en finir, de le laisser mourir dans la dignité. Le patient est absorbé par sa douleur morale, pris dans l'enjeu de sa fin de vie, dans une réalité qui lui rappelle son âge, sa finitude. Sa famille en miroir, vit le même désespoir.

En sortant de l'entretien, la famille m'informe que M. B. a perdu sa femme il y a 10 ans d'un cancer. Sa déchéance pour leur père fut insupportable. Cet accompagnement a été traumatisant pour M. B. au point de ne plus reparler de sa femme, ce qui donne du sens à sa

peur de se voir déchoir, de devenir dépendant. La mort étant plus douce que la déchéance. Assister au spectacle de sa décrépitude lui est insupportable, il souhaite mourir dans la dignité.

M. B. est un homme qui a décidé toute sa vie, et il a besoin de contrôler les choses. A l'issue de cette entrevue, je garde en tête que M. B. est attaché à son jardin qu'il affectionne. Ayant entamée ma formation d'hypnothérapie, je me demande si une séance d'hypnose l'aiderait à se réassocier en convoquant son jardin, en le replongeant dans une sensorialité qui pourrait lui redonner une contenance et le rattacher à la vie. L'état de M. B. est très précaire selon les médecins, il est en soins palliatifs. Nous ne savons pas comment vont évoluer les choses pour lui.

Lors d'un deuxième entretien : après un temps d'échange où il peut déposer son vécu, je lui propose avec son accord une séance d'hypnose. Je commence par un ancrage du corps dans son lit : *« de sentir la position confortable, de sentir les points d'appui sur son matelas, de sentir ce corps qui s'enfonce dans le matelas, les bras, les jambes, les mains, le dos, de pouvoir sentir la respiration douce et calme entrée par le nez. Je l'invite à sentir toute cette respiration se diffuser dans son corps, en lui et je réalise un body scan de ses parties du corps »* afin de pouvoir être au plus près du corps et des sensations corporelles, afin que la respiration l'aide à se recentrer sur lui et à permettre un relâchement des tensions.

M. B. met du temps à fermer les yeux et au fil de ma voix, je vois son corps crispé se détendre et se relâcher, ses mains s'enfoncent dans le matelas, son visage change. Il se lisse, une sérénité au fil de la séance gagne son visage. Je sens un relâchement et j'observe que son corps est calme, détendu sur le lit. *Je l'invite à aller dans un lieu ressource « peut-être un jardin »*. Le calme est là dans son corps et je continue à être dans la sensorialité, à développer des possibles en restant le plus vague possible, l'invitant à observer *« la couleur des fleurs, des arbres, les sons des oiseaux, les bruits, les odeurs, les légumes qui composent le jardin, peut être des insectes, une saison..... »*.

Il ne dira rien durant la séance et je ne lui demande rien. Ce silence me paraît nécessaire comme pour ne pas briser un mouvement de calme qui s'installe durablement. Je sais que sa famille attend dehors pour le voir. J'en viens au retour, à remettre de l'énergie, à lui demander une grande respiration. La peur m'envahit, je dois répéter à plusieurs reprises avec une voix plus forte : le resituant dans la chambre d'hôpital, dans le "ici et maintenant". Il reste impassible

et continue à fermer les yeux comme « s'il était mort » comme s'il n'allait jamais revenir, suscitant de la peur en moi « *comment vais-je le faire revenir ?* ». Je poursuis ce retour et me confronte à une angoisse du débutant en hypnose : « va-t-il revenir ? comme s'il n'allait pas se réveiller ». La peur me gagne et à un moment donné, ses yeux s'ouvrent ; je suis soulagée et c'est moi qui « respire ! ». Il reste allongé sans rien dire, il ouvre les yeux et est dans une position d'attente. Je suis tout de même assez contente de moi : il me semble qu'il a « lâché prise » durant la séance.

Lorsque je lui demande ce qu'il a ressenti au cours de la séance, il me dit dans une brutalité « **rien du tout, je n'ai rien senti, cela ne m'a rien fait du tout** ». Je fus surprise par sa réponse car dans l'observation je ressentais plutôt un effet positif. Je fus refroidie et je pris en pleine face « la violence de ses mots » comme s'il venait me dire « vous ne pouvez rien pour moi », je suis restée béate.

Lors de notre dernier entretien, l'équipe me dit qu'il est mal sur le plan psychique suscitant l'inquiétude des soignants. Lorsque j'arrive, il se montre obnubilé par le fait de n'être pas mort ce matin ». Il me dit « *j'ai cru mourir, j'ai cru que c'était le moment* », il a dans ses yeux, un désarroi : « *Pourquoi je ne suis pas mort ?* » me dit-il, j'ai ressenti que cela venait comme une incompréhension « *j'ai cru que le moment était là, que c'était fait* ».

Une grande tristesse se lit dans ses yeux, son regard figé et il est dans cette ultime tentative de contrôler la mort. Que dire ? Comment l'aider ? Je mets ma main sur son épaule en guise de consolation. Établir un contact avec lui, entrer en contact me semblait primordial, de toucher le corps pour sentir un geste, le relier à moi et à son environnement.

Il est tellement absorbé par sa plainte, je l'invite à m'écouter et à suivre ma voix, je l'invite à prendre contact avec sa respiration, à sentir son corps, à aller au même rythme que moi dans la respiration. **Il ne me quitte pas du regard et une synchronisation a lieu : « nous sommes ensemble dans un mouvement de respiration ».**

Je ne suis pas vraiment de schéma, j'écoute mon intuition et être là, avec lui, ne pas le lâcher me semble primordial. Je l'invite de nouveau à respirer, dans une respiration fine et naturelle, à pouvoir sentir ses tensions et les chasser comme le vent chasse les nuages. Je le reconnecte à « ses sens » et l'invite à retrouver un ancrage à l'image d'un bateau ayant perdu son port, le phare au loin lui indique le chemin du retour au rivage. Cette conversation est là pour qu'il sente

une présence près de lui avec toute mon intentionnalité, de ne pas le laisser seul face à sa détresse, de le relier à moi et aux autres.

Dans cette ultime tentative de le réassocier à travers la sensorialité de ma voix, par une communication hypnotique, il me remercia à plusieurs reprises. Avant de partir, je porte ma main à son épaule.

Face à cette « totale souffrance : « total pain », je me suis sentie bien démunie et j'ai convoqué dans la rencontre, ma « préoccupation maternelle ». A travers un ancrage du corps, une tentative de le ramener à ses sens. Je n'ai pas revu M. B., il est décédé quelques jours plus tard. Peut-être qu'après coup, à la lumière des enseignements, une autre manière d'aborder la première séance aurait pu se faire, car M. B. avait besoin de contrôler ? Cela reste pour moi un questionnement.

II- Situation clinique Madame M.

1) Contexte d'hospitalisation et histoire de vie.

a) Contexte d'hospitalisation :

Mme M., 90 ans, est arrivée en ULSD pour un accompagnement de fin de vie. Son état cardiaque, pulmonaire et rénale sont dégradés. Elle a l'oxygène en permanence et elle ne peut plus marcher seule, elle a une dépendance totale.

Sa fille a souhaité un rapprochement familial pour qu'elle puisse l'accompagner dans sa fin de vie. Avant de venir dans notre service, Mme M. a eu une fracture fémorale en raison d'une chute et les problèmes de santé se sont cumulés, en cascade. Elle a perdu son mari un an auparavant, la confrontant à une solitude douloureuse. Son mari avait une maladie rénale, il était dialysé plusieurs fois par semaine pendant 10 ans.

b) Histoire de vie :

Elle est la cadette d'une fratrie de 4 enfants. A l'âge de 8 ans, elle a perdu son père des suites de la guerre de 1914, ce fut un événement traumatique pour elle, une perte initiale qui a changé sa vie. Avec sa mère, elles se sont appuyées l'une sur l'autre.

Mme M. après son bac, a été vendeuse et ensuite, elle a travaillé dans une entreprise d'expertise automobile, au secrétariat. Elle avait un bon poste et aimait son travail ; son mari lui, travaillait dans les assurances.

Elle a eu sa fille lors d'un premier mariage. Divorcée, elle s'est remariée et son deuxième mari a élevé sa fille. Elle a deux petits-fils adoptés. Mme M. a vécu à travers son mari, sa fille et ses animaux, elle n'avait pas beaucoup d'amis.

2) Observation clinique :

a) Son arrivée en ULSD :

Mme M. a le sentiment d'avoir été arrachée à sa région et à ses chats « Abricot et Minette ». Ils sont omniprésents dans sa chambre. Ils sont partout en photos, sur une couverture, et un coussin. Elle parle d'eux constamment. Ses chats sont comme ses enfants et ils recueillent toute son affection.

Elle a la visite quotidienne de sa fille et de son petit-fils. Avec sa fille, elles se téléphonent matin et soir. Mme M. a besoin d'être rassurée constamment, ce qui laisse entendre la présence d'une dépendance affective et psychique à l'autre.

Lors des entretiens avec moi, des vécus traumatiques apparaissent. Elle évoque la mort de son mari. Un matin elle dit : « *il est parti à l'hôpital et je ne l'ai jamais revu* ». Elle a reçu un appel du médecin annonçant sa mort, elle a été sous le choc. Il semble néanmoins que son mari avait exprimé quelques jours avant sa mort, son désir de mourir ; il ne supportait plus les traitements et sa maladie. Un vécu traumatique autour de la perte de son mari traverse son discours ainsi qu'un sentiment de solitude.

La mort de son père lors de son enfance revient en boucle et représente une perte originelle qui a marqué toute sa vie.

Elle a du mal à supporter sa dépendance physique qui lui renvoie à une perte de maîtrise.

b) Manifestation anxieuse :

Sa dépendance physique la confronte à de fortes angoisses. Elle mobilise toute la journée la sonnette pour avoir une présence. Elle ne peut pas vivre seule, une peur l'habite. Son sentiment d'abandon se répète inlassablement dans son appel à l'autre.

Elle a beaucoup de demandes à l'égard des soignants, « elle se cramponne » à eux, faisant émerger des contre-attitudes : de fuite ou d'agacement.

Mme M. partage la chambre avec une voisine. Un sentiment de jalousie s'exprime à l'égard d'elle. Elle a l'impression que les soignants s'occupent plus de sa voisine qu'elle. Elle est en quête d'affection et d'attention, constante.

Sa fille décrit un fond dépressif ayant existé toute sa vie et un caractère difficile. Son mari devait mettre des limites. A la retraite, Mme M. a eu un épisode d'alcoolisation dont elle a mis fin, seule.

Sa peur de l'abandon se manifeste dans son attitude d'agrippement à l'autre, ne supportant pas la séparation.

c) Amélioration de son état :

Son état de santé s'améliore. Elle récupère l'autonomie de la marche et se promène en cadre dans les couloirs. Elle n'a plus besoin d'oxygène. Ce rétablissement est spectaculaire. Elle retrouve son élégance naturelle. Elle reste en quête de présence, participe aux activités proposées en animation et au PASA. Elle a besoin de pouvoir s'appuyer sur moi psychiquement en entretien. Elle garde toutefois la nostalgie de ses chats, de sa région. Une tristesse d'être coupée de ses attaches. Après avoir eu une période plutôt positive, une douleur à une jambe s'installe brutalement.

d) Douleur physique imminente

Cette douleur paroxystique prend toute la place, accompagnée de cris et de grimaces. Les antalgiques ont peu d'efficacité. Mme M. ne contrôle plus ni sa douleur ni son angoisse. Elle est accrochée à son téléphone. Un jour, elle passera à sa fille 62 appels.

La fille est épuisée et perd son calme. Elle se sent « phagocytée », étouffée, déclenchant des colères de sa part. Elle ne supporte plus l'attitude infantile de sa maman. Elle la gronde comme une petite fille. Un reversement de génération s'opère sous nos yeux. La fille devient « la mère », renforçant inconsciemment une position régressive et la réactualisation d'une scène passée.

Mme M. manifeste des angoisses au point qu'un délire apparaît : elle est persuadée que sa fille a eu un accident, qu'elle est morte, elle ne peut se défaire de cette idée. La perspective d'un

danger imminent l'envahit. L'angoisse de mort est prégnante ; il devient difficile de la « raisonner ».

Mme M. régresse, elle tient son coussin serré très fort contre elle à l'image d'une petite fille tenant son doudou. Les soignants sont confrontés aux appels incessants « Madame, s'il vous plaît Madame » dans une sorte de débordement interne sans pouvoir l'apaiser par la présence, sans pouvoir répondre à une demande.

Un agrippement à l'autre devient la seule modalité relationnelle. Elle nous fait vivre sa détresse et une impuissance à l'apaiser. Une contention sera mise plus tard car Mme M. se laisse glisser, expression d'un glissement psychique. La souffrance de Mme M. est telle que nous demandons l'avis du psychiatre.

e) Hypnose comme modalité de sortie de crise

Un soir, alors que je sortais de la chambre d'un patient, j'entends crier Mme M. : « *s'il vous plaît venez* », répétant incessamment « *ne me laissez pas toute seule* » puis elle se met à gémir. Je suis touchée par cette détresse.

Face à ce débordement, j'essaie de l'apaiser par les mots, ceux-ci ne semblent pas avoir d'impact sur elle. Elle reste dans une angoisse incontrôlable. Elle ne cesse de me demander « *de rester avec elle* » « *restez, restez avec moi* » avec un débit de parole rapide, un ton haché et suffoquant.

Un appel qui devient cantique, prise dans une spirale psychique qui l'entraîne malgré elle dans l'abîme d'une « terreur sans nom ». « *S'il vous plaît restez avec moi, je vous en prie, s'il vous plaît, restez* ». **La détresse laisse la place à une supplication.** Devant mon impuissance à la soulager, il me vient à l'esprit de lui proposer de l'hypnose.

Philippe AÏM décrit bien mon ressenti face à Mme M, ce sentiment de devoir contenir en « urgence » une situation qui me dépasse. Il décrit que : « *n'importe quelle situation peut dégénérer et s'accélérer. N'importe quel praticien peut se sentir pressé et accéléré par les circonstances, par le contexte, par l'état psychique ou l'urgence médicale organique et ne peut s'imaginer dans la caricature de l'hypnose relaxante et lente* ». Alors se pose les questions suivantes « *comment aider le patient à trouver, efficacement dans le cadre d'une relation soignante, les ressources nécessaires pour gérer et apaiser une situation urgente ? Comment donner rapidement l'essentiel du potentiel de cette technique, qui semble demander attention,*

précision, calme, lenteur et un temps de réponse ? Bref, de quelle manière faire de l'hypnose quand tout s'accélère ? » (2021 p15)

C'est bien là le paradoxe ? ! Comment faire de l'hypnose quand tout s'accélère et permettre au potentiel de cette technique d'être efficiente ? Comment lever l'intensité de cette angoisse à travers une expérience hypnotique ? Je fais appel à mon intuition, à une écoute intuitive, de corps à corps, j'ai fait appel à une résonance et à ma capacité de rêverie.

Ainsi, je me suis rappelé la technique de focalisation. Naturellement, je me montre plus directive avec Mme M. pour ne pas la laisser dériver dans son angoisse. Tenir et être tenu est l'enjeu. Je l'invite à m'écouter, à fixer un point et à choisir un objet, elle choisira un petit baume du tigre posé sur sa table. Je l'invite à le regarder fixement et à ne plus le quitter des yeux. Je décris les sensations de flou, de picotement des yeux, de visions qui se brouillent pour laisser la place à l'envie de fermer les yeux. ».

Cette focalisation fait tomber l'angoisse de Mme M. concentrée, elle fermera quelques minutes les yeux. Ses yeux s'ouvrent de nouveau et elle me fixe. Elle ne me lâche pas du regard, les yeux dans les yeux comme une attache. Je lui demande ce qu'elle aimait faire autrefois.

Elle évoque la cuisine et je l'emmène dans cette action de cuisiner. Elle me dit qu'elle aime cuisiner, faire cuire les patates et puis, je lui demande comment elle les préparait. Son mari aimait s'occuper de la viande, il aimait la faire mijoter. Ensemble ils aimaient cuisiner et nous revisitons sa cuisine, les objets : ses couverts, ses casseroles, comment elle dressait la table. Elle parle et décrit tout.

Nous revenons sur les odeurs, les couleurs de son plat, nous continuons à visiter la décoration et le déroulé de la préparation du repas. Ma voix rythme et elle se laisse porter, guider.

Au bout d'un temps, Mme M. s'arrête et me dit « *j'ai peur la nuit, je ne dors pas, j'ai des cauchemars, je vois ma mère, mon père, ils sont là, ils viennent la nuit, je les vois* ».

Je suis saisie par ces images de morts qui la hantent les nuits, donnant sens à la manifestation d'angoisse plus importante le soir. **Il y a la venue d'une mise en représentation de son angoisse de mort ; elle prend enfin corps dans des mots.**

Cette première expérience positive d'apaisement me permet d'aller plus loin en hypnose chez Mme M. car elle est réceptive à cet outil.

Je retourne voir Mme M., elle continue à serrer fort son coussin dans ses mains. Nous abordons sa relation aux chats et elle exprime une tristesse en disant « *je ne sais pas si je les reverrai un jour, mes chats* ».

Lors de cette deuxième séance, j'utilise le même procédé, la focalisation sur un point. Je l'invite à réactiver l'image d'un chat, ses mouvements, ses positions dans une pièce. Comment celui-ci s'installe dans un canapé. Mme M. réagit à mes suggestions en parlant tout le long de la transe. Je construis avec elle des images convoquant ce lien affectif, sa relation aux chats.

Nous parlons d'un chat se faisant caresser et j'exploite avec elle tout le registre sensoriel : « *sentir son poil, long ou court, doux ou épais, elle évoquera le terme « doux comme le velours* ». Nous en venons au ronronnement, la caresse de la tête ou sous le menton, le petit bruit, la position de la tête du chat. Elle semble apprécier cet instant qui réactualise celui d'un contact, d'un souvenir agréable. Mme M. ne ferme pas les yeux. Lorsque je réintroduis le retour, elle me dit « *spontanément* », « *ne vous arrêtez pas, continuez, continuez, j'aime bien quand vous parlez* ».

Mme M. dans ce temps de transe, s'est sentie portée, bercée par la musicalité de ma voix. Dans sa demande de continuer ce bain sonore, Mme M. me convoque dans une relation maternante et il me vient à l'esprit d'exploiter lors d'une prochaine séance **un conte métaphorique à l'image d'une mère racontant une histoire à son enfant, de manière à pouvoir transformer ses émotions**. Malheureusement Mme M, atteinte du Covid, décédera une semaine après.

III-Situation clinique de JO :

1) Contexte d'hospitalisation et d'entrée en EHPAD

JO, âgé de 62 ans, est entré au sein de notre EHPAD l'année dernière après être resté de longs mois en médecine et en SSR gériatrique. Il était alors impossible d'envisager un retour à son domicile en raison de ses troubles cognitifs et de ses problèmes physiques inhérents à son éthylisme. JO est en fauteuil roulant. Avant d'être hospitalisé, JO ne travaillait plus. Il n'arrivait plus à faire face à la vie quotidienne. Son appartement était insalubre et ses papiers entassés. Il

était livré à lui-même. Une chute a précipité son hospitalisation. Un frère l'a soutenu et accompagné jusqu'à ce qu'il soit en sécurité en EHPAD.

JO durant son hospitalisation en secteur sanitaire, manifeste de fortes angoisses, des attaques paniques. JO dans le passé, a connu plusieurs hospitalisations en psychiatrie, des hospitalisations de plusieurs mois face à des épisodes dépressifs.

Lors des entretiens, JO a conscience de son état d'angoisse, angoisse présente toute sa vie. **Être seul, lui est insupportable.** Il lui revient en tête qu'enfant, il a eu une maladie grave ayant nécessité de l'oxygène. Il a éprouvé une peur d'étouffer, ses parents le veillaient. A l'armée, il est tombé malade et fut hospitalisé en psychiatrie. Être loin de ses parents lui était insupportable. **Toute séparation le confronte à une peur panique et à une détresse.**

L'entrée en EHPAD, l'a beaucoup apaisé. Il a sa chambre, ses repères. Il a toujours besoin de la présence d'une autre personne. Une relation affective s'est nouée entre lui et une résidente. Chacun, en l'absence de l'autre, se cherche. Ils passent leurs journées ensemble. Il y a beaucoup de tendresse, d'affection entre eux. Leur relation fait naître en moi « l'image des inséparables : ses petits oiseaux collés l'un à l'autre ». Avec moi, une alliance thérapeutique solide s'est créée. Il profite de la vie institutionnelle en allant à toutes les activités d'animation. Il se montre soucieux des autres, il est de nature empathique. Il ressent une sécurité affective en EHPAD car il y a du monde, du passage et de la vie. Il aime qu'on l'appelle JO.

Un diagnostic de Korsakoff⁶ avait été émis à son sujet mais je reste interrogative. Je constate qu'il n'a pas de fausses reconnaissances depuis son arrivée.

En revanche, des angoisses surgissent en lien avec son travail. Il craint de louper son travail, il croit que son camion l'attend en bas. Manifestations de pertes mnésiques que je retrouve chez d'autres résidents au vu de l'effacement de leur temporalité. Le travail représente pour JO un étayage vital à travers lequel il a construit son identité.

⁶ Le syndrome de Korsakoff, aussi appelé syndrome amnésique ou de démence de Korsakoff est un trouble neurologique qui se caractérise par des oublis importants d'une grande partie des informations perçues par le patient qui surviennent au développement de la maladie (on parle alors d'amnésie antérograde). Dans certains cas, l'amnésie touche également la période antérieure à l'installation du syndrome, on parle alors d'amnésie rétrograde. Les personnes atteintes peuvent fabriquer des fausses reconnaissances ainsi que des troubles de l'équilibre et de la marche.

2) Histoire de vie

JO a trois frères et une sœur. Il parle beaucoup de son père avec lequel il a une complicité. Il a été apprenti-boucher puis chauffeur-livreur. Il s'est marié et a eu 4 enfants. Ses enfants sont au courant de son entrée en EHPAD mais ils ne souhaitent pas le voir actuellement.

JO décrit qu'il aimait faire la fête et il ne savait pas dire non. Sa femme a demandé le divorce et ce fut le début d'une chute sans fin. En dehors du travail, il aime la chasse, la pêche, le jardin, la pétanque. JO est sociable et il aime partager sa vision des choses. Un frère et un ami restent en contact avec lui.

3) COVID et résurgence de son angoisse :

Mi-janvier, la situation du COVID gagne notre EHPAD. Presque la moitié des personnes âgées sont atteintes et la question est de savoir comment gérer la situation et arrêter la propagation. L'institution prend alors la décision d'un confinement du service EHPAD.

Un « SAS » a été créé ; des toiles sont dressées de chaque côté de l'entrée et à la sortie de l'unité. Aucune personne âgée ne peut et ne doit sortir du service. Les résidents peuvent circuler dans cet espace fermé et rester entre eux. Les visites des familles et proches sont interdites, les animations suspendues. Le confinement dure 3 semaines. Les résidents ressentent le poids de l'isolement et la solitude. Il faut « tuer le temps ».

JO, quelques semaines après la sortie du confinement commence à changer de comportement et progressivement un mal-être s'installe en lui, un mouvement dépressif. Il exprime avoir mal vécu ce confinement. Il décrit que la « *tête ne va pas bien* » et il présente une recrudescence d'angoisses la journée mais surtout sur le soir.

JO m'interpelle sur « sa tristesse ». Sa position du corps dans son fauteuil n'est plus la même. **Il se positionne au bord de son fauteuil roulant, prêt à tomber. Avec ses jambes, il fait avancer son fauteuil comme s'il faisait une course, déchargeant ainsi son agitation. Il tourne dans les couloirs en boucle à la recherche d'une issue à son mal-être.**

4) Comment l'hypnose se met au service d'une contenance des angoisses de JO

Lors d'un premier entretien : JO exprime son mal-être dans son corps. Il donne des grands coups avec son fauteuil, il avance et recule, tapant ma table puis mon bureau.

A un moment donné, il donna un grand coup (poussant avec ses pieds), j'ai cru que son fauteuil basculait en arrière. Il met en scène son vécu interne de chute et d'excitation psychique. Je retiens donc son fauteuil avec mes mains pour faire cesser les mouvements, le maintenir près de moi. Il me fait vivre une agitation : « *c'est une marmite prête à sauter* ». Il est au bord de l'implosion. Il évoque son travail : « *il doit aller au travail maintenant, on l'attend* ». Je valide ses émotions après avoir essayé de le raisonner. Nous reparlons de son travail, afin de savoir comment cela se passait pour lui, ce qu'il aimait dans ce travail.

Je continue à maintenir son fauteuil roulant et soudain, il me dit « *ça me serre ici* » me montrant son sternum. Face à ses sensations physiques d'oppression, mes mots ne font pas retomber son agitation psychique. Je lui propose une séance d'hypnose afin de faire redescendre l'intensité de son angoisse. Une alliance thérapeutique est déjà présente.

Je l'invite à s'installer dans son fauteuil le plus confortablement possible, à épouser la forme du fauteuil. Il ira chercher avec ses pieds à poser son corps loin dans le fond du fauteuil (ainsi, il n'est plus au bord du fauteuil comme s'il était au bord d'un précipice, prêt à tomber).

J'invite JO à prendre une inspiration, à sentir une respiration douce entrer en lui, la sentir au bord de son nez, un air frais ou chaud. JO suit mes mouvements respiratoires, il s'accorde à moi, il me scrute, il cherche à se synchroniser avec moi. Une détente s'installe et je passe en revue toutes les parties de son corps jusqu'à ses pieds "qui respirent". À un moment donné, il s'autorise à fermer les yeux.

Il se relâche dans son fauteuil roulant, j'évoque que les tensions sont chassées à l'image du vent chassant les nuages dans le ciel. La respiration continue son travail et se diffuse dans tout son corps dis-je. Je ratifie « *bien, c'est bien* ». La transe installée, j'invite JO à revoir un lieu, un lieu de pêche (je sais qu'il aime pêcher et cela lui procure une détente). J'évoque avec lui un étang et l'invite à percevoir : l'eau, le calme, la forêt, les arbres, les feuilles, les couleurs des feuilles, le bruissement des feuilles, la tranquillité, l'air frais ou chaud, la couleur du ciel, les oiseaux, les sons, les odeurs.... Je l'invite à être dans une sensorialité.

JO d'un coup, ouvre les yeux et il se met à me parler d'un étang vers son village natal, il prenait des poissons avec ses copains : des truites, « *c'est bon la truite* » me dit-il. ; « *surtout*

la truite saumonée », il évoque comment il cuisinait cette truite avec de « *la persillade* ». Cette invitation à la pêche le replonge dans des souvenirs et il me raconte « *il allait souvent avec ses copains pêcher, il faut se lever tôt* ». Il ramenait beaucoup de poissons et il en donnait aux voisins. Je le laisse parler. Je fais un retour. Il se sent mieux, il n'éprouve plus une sensation désagréable. Je le conduis aux activités.

Je le vois lors **d'une deuxième séance**, il reste agité dans son fauteuil. Il est affolé car il doit partir au travail demain. Il a son camion garé près de chez lui. Il est effrayé de ne pas pouvoir se rendre au travail maintenant ; son ton exprime une panique. Je valide ses émotions, j'essaie de faire tomber l'angoisse en lui indiquant le jour (pour essayer tant bien que mal de le ramener à la réalité). Il se calme en réalisant que c'est le week-end, il me dit « j'irai lundi au travail ». Je lui propose une séance d'hypnose avec focalisation d'un point. Il suit mes suggestions et d'un coup, il me dit « pipi » mettant fin à la séance. Une résistance, une abréaction est survenue.

Lors d'une troisième séance, je lui demande à nouveau de focaliser sur un point, je reviens sur la respiration, nous sentons un relâchement et d'un coup, ses yeux s'ouvrent, il me réitère la même demande. Je l'amène afin qu'il soit pris en charge. Il me dit avec inquiétude « *je reviens après* ». JO veut reprendre le travail hypnotique. A son retour, nous continuerons sur un entretien classique. J'observe que son corps sur la troisième séance est plus calme, l'agitation a l'air de s'estomper. Il ne se balance plus avec son fauteuil, il ne va pas à toute vitesse dans les couloirs. Je décide de le revoir et de poursuivre les séances d'hypnose. Il est réceptif et je note un changement.

Lors d'une quatrième séance, je lui demande comment il se sent « **il exprime être fatigué, épuisé, ses jambes sont comme des « chiques molles », il n'a plus d'énergie, il est vidé** ».

J'essaie de comprendre, **il me dit qu'il est triste et « ça » tourne tout le temps dans sa tête, il a comme un vélo dans sa tête.**

Je lui demande de s'installer confortablement, le plus confortablement possible dans son fauteuil. Il a le dos droit, il épouse le dossier de son fauteuil.

Je lui demande de rapprocher ses mains, petit à petit ; ses mains qui se rapprochent “sont de plus en plus près, elles se rapprochent de plus en plus jusqu’à ce qu’elles se touchent, alors vous pourrez fermer les yeux”. Il écoute attentivement et il joint ses mains avec force.

Alors j’aborde avec lui ce petit vélo dans sa tête qu’on souhaite ralentir : « *on pourrait imaginer qu’il y a une télécommande dans ses mains et je lui indique qu’il peut appuyer sur la télécommande pour ralentir ce vélo dans sa tête soit en appuyant sur ralenti, ou sur pause* ». Je l’invite à imaginer. A côté du premier écran, existe un autre écran, une autre chaîne ». Je lui indique qu’il peut aussi utiliser la télécommande pour regarder un beau film, celui d’un beau souvenir, un souvenir agréable pour lui. Son visage se détend, je ratifie « *bien, c’est bien* ».

Je m’adresse à lui pour savoir s’il a un beau souvenir. Il ouvre les yeux et il me dit « *c’est la chasse, il y a mes chiens « Dolly, Gina et Dobol* », je lui demande de me dire comment sont ses chiens : « *elles lui expriment plein d’affection, elles remuent la queue, elles essaient de grimper sur lui pour se faire caresser, il les caresse. Il exprime qu’il est avec son père, cela fait 60 ans que son père chasse* ». JO converse « *il est dans les bois vers la maison de ses parents, il exprime que ses chiens cherchent le gibier, ils aboient, alertent et ils repartent avec des perdrix, des faisans et des lièvres. Il évoque « les sangliers, c’est plus rare » il ajoute « je ne repars jamais sans rien de la forêt, s’il y a un seul champignon je repars avec* ».

Ses yeux pétillent, il sourit en évoquant ce souvenir «*il évoque que les champignons c’est bon, il les connaît bien* » je lui signifie de prendre ce qui est bon pour lui. De continuer à observer cette forêt. J’effectue le retour tout en l’invitant à « *garder en lui la force et l’énergie de cette forêt. Je lui demande de revenir ici, de reprendre contact ici avec mon bureau, avec son lieu de vie, et dans ce bureau avec les plantes, les tableaux, la lumière* ».

Quand je lui demande comment il se sent, il est content mais **il sent une barre dure raide au-dessus de sternum, il dit « être tout bloqué »**.

Je ne peux pas le laisser avec cette sensation physique désagréable, je reprends la séance. Je l’invite à reprendre une respiration et je compte jusqu’à 5 (avec l’ouverture des yeux à l’inspiration et fermeture des yeux à l’expiration) et à 5 je lui demande de fermer les yeux, ce qu’il fera. Je l’invite “à imaginer un petit ruisseau et un morceau de bois qui empêche l’eau de s’écouler”. Je l’invite à percevoir ce ruisseau et ce morceau de bois, et à trouver une solution. Nous regardons ce bois, sa texture, sa couleur, sa forme, sa grandeur, son odeur.

Déterrer, soulever ce bois, peut-être creuser la terre, peut-être enlever ce bois progressivement, le soulever petit à petit, enlever la terre avec ses mains, peut-être trouver une autre solution. Il ouvre les yeux de nouveau. *« J'indique que l'eau recommence à passer petit à petit, un filet, peut être un plus grand filet jusqu'à ce que la force de l'eau puisse la laisser passer, dessus, à côté, l'eau retrouve sa vitalité, sa fluidité »*. Je ratifie et je lui dis que l'inconscient continue à travailler. Je fais un retour. Je lui demande comment il se sent. Il exprime se sentir plus léger mais il reste une raideur. Je garde en tête son ressenti. Il est plus apaisé qu'à son arrivée.

La sensation de fatigue transformée en une barre dure, laisse entendre une résistance. Il est parfois difficile de quitter la sûreté du symptôme.

Cette sensation de mal-être psychique prend une forme corporelle. L'énergie psychique est bloquée dans son corps et lui apporte un inconfort. Comment permettre une remise en mouvement ? A l'énergie psychique de circuler de nouveau ? Ma suggestion et l'action dans l'imaginaire, permet à JO de transformer sa sensation désagréable en sensation plus confortable pour lui. L'hypnose permet un changement de comportement de JO.

La séance a été riche, cette créativité et cette co-construction étaient surprenantes. Dans ce temps, j'étais en totale écoute, totalement avec lui, dans cet accompagnement de l'immédiat, de l'instantané où je bâtis les suggestions "sur mesure".

Cinquième séance :

JO se sent moins tendu. Après avoir fait une induction légère, il évoque spontanément son jardin. Il passait sa vie dans son jardin, il exprime qu'il finissait son travail à 17 h et tout de suite, il s'occupait de son jardin jusqu'au soir : *« j'étais tout le temps dans mon jardin »*.

Je me saisis de ce qui vient spontanément chez JO pour entrer en hypnose conversationnelle et potentialiser son univers sensoriel, de manière à aller plus loin dans ses ressentis et perceptions positives. Approfondir la conversation pour aller chercher des émotions agréables. JO en déployant son imaginaire est actif et il se sent exister à travers la relation.

Il relate *« qu'il faisait des salades, des blettes, des radis, des carottes. Je lui demande s'il y avait d'autres légumes. « Des melons » dit-il. Il évoque qu'il faut "éclaircir la raie pour que les carottes grossissent, il faut pincer et éclaircir" ». Je lui demande comment était la terre, sa couleur, sa texture : « elle est de couleur marron, marron foncé, c'est de la bonne terre. Il faut bêcher et enlever les pierres »*. Je lui demande comment étaient ces pierres, leurs textures, leurs tailles : *« de tailles moyennes, faciles à enlever »*, il ajoute : *« Ah oui j'avais aussi des*

tomates, et pour qu'elles grossissent, il faut les tailler ». D'un coup, surgit le souvenir de la sieste « *je faisais la sieste l'été sous les arbres* ». Je lui demande quels arbres. Des grands, des petits ? « *J'avais un figuier, un abricotier, un cerisier – manger les fruits sur l'arbre, les bonnes cerises* ».

Je lui demande si une personne lui a appris à faire le jardin. « *J'ai appris seul à faire le jardin, mon père m'aidait à récolter. Il y avait aussi ma femme, elle a l'habitude de ramasser, elle va vite, elle finissait les rangs avant moi, elle était au bout que moi j'étais au milieu ; elle a l'habitude de jardiner, son père avait un grand jardin. Elle repassait après moi.* Il poursuit « *J'avais acheté un stérilisateur pour faire des bocalaux. Je donnais des légumes aux voisins, j'étais fatigué mais c'était la bonne fatigue, je travaillais jusqu'à 20 h dans le jardin, parfois plus. Je me souviens je mangeais la soupe et je me mettais devant la télé, j'aimais regarder les films, j'aimais bien les anciens films* ». Puis il lui vient un autre souvenir « *j'aimais bien quand ma femme me massait* ». Dans cet échange, JO parle de son jardin avec plaisir et **j'entends combien il évoque la bonne fatigue qui s'oppose à sa fatigue actuelle, fatigue dépressive.**

Il réactualise dans la conversation des ressentis bénéfiques pour lui sans faire revenir de la nostalgie, de la tristesse. J'ai l'impression d'être avec lui dans ce jardin : il l'imagine et je l'imagine avec lui. **Il y a une co-construction, un espace intermédiaire entre nous** (BIOY, 2014, p156). **ROUSTANG parle de « danse à deux »**. JO retrouve du plaisir partagé et une sérénité. Pour le retour, je l'invite de nouveau à avoir une grande respiration, à retrouver de l'énergie dans son corps. JO s'étire. Il me dit « merci » deux fois de suite.

Ce remerciement de JO me laisse entendre qu'il a été touché par mon empathie. Il a senti un mouvement en lui s'opérer et, la transe est un lieu de rencontre, celle d'une rencontre authentique et vraie.

Je découvre grâce à la transe des facettes de JO jusqu'alors inconnues. En entretien classique, cette richesse clinique ne serait pas venue. Il y a dans la transe, une rencontre convoquant **une qualité de présence, un rapprochement de l'univers sensoriel du patient sur lequel le thérapeute s'appuie**. Nous construisons un maillage ensemble et JO tisse avec son imaginaire, le tissu de sa vie avec des fils de couleurs différentes qui seraient des perceptions anciennes et nouvelles ». Il crée un pont entre un avant et un après. Pas à pas, cette création lui confère un sentiment d'exister.

Le comportement de JO s'apaise non sans lien avec l'expérience hypnotique. **La peur, le manque cèdent le pas à la créativité, JO n'est plus seul. Grâce à la relation thérapeutique, il retrouve le lien à son univers sensoriel.**

L'hypnose pour JO est un bon indicateur de travail thérapeutique.

DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

L'hypothèse à la lumière des vignettes cliniques se confirme en bonne partie.

Je peux dire que l'hypnose est un bon outil rapide de relation thérapeutique face à des situations complexes de comorbidités du sujet âgé. Dans ma pratique, le changement de posture du thérapeute favorise bien un changement de posture du patient.

I-DISCUSSION AUTOUR DE LA PROBLEMATIQUE :

1) Changement de posture du thérapeute et de celle du patient.

a) Transe négative et émergence d'une détresse originaire.

Philippe AÏM (2021 p 17) cite *“une douleur ou une angoisse est là, et elle focalise l'attention du patient, le reste semble s'effacer. Certains appellent cette absorption « une transe hypnotique négative », ce réflexe est animal, un mécanisme de protection”*. Il y a donc une dissociation présente, comme un réflexe archaïque de protection.

En effet, beaucoup de patients à l'hôpital sont en transe négative et déjà dissociés ; leur symptôme capte toute leur attention. Leur symptôme est accentué par un sentiment d'insécurité inhérent à l'environnement hospitalier et une relation asymétrique, renforçant encore plus cet état dissociatif.

Les patients régressent à une position infantile, où l'émergence d'une détresse primaire resurgit et demande à être contenue par le retour d'un soignant ou d'un thérapeute « suffisamment bon », faisant référence à « la mère suffisamment bonne » de WINNICOTT. La transe négative est une protection psychique à la recherche d'une issue.

Le thérapeute par une communication soignée, permet au patient de changer sa posture, facilitée par une dissociation, déjà présente. Pour illustrer cela, BIOY dans le chapitre sur la suggestibilité et sur l'adaptation à la situation ((2014 p. 7-8), nous indique : *“lorsque le patient est en proie à une émotion forte, à une anxiété massive. Alors la dissociation est d'emblée présente et le travail des suggestions est facilité. Dans ce moment-là, et quel que soit l'âge du patient, on fait plutôt appel aux suggestions directes, parfois autoritaires afin d'une part d'indiquer au patient que l'on est bien présent (travail de contenance) et d'autre part d'aider à l'absorption plus importante du patient par son imaginaire”.*

La focalisation et des suggestions plus directes avec Mme M se sont imposées instinctivement à moi, comme solution. Elles lui permirent de se focaliser non plus sur son angoisse mais sur moi. Mme M me scruta du regard et fut totalement captée par mon discours. Elle sortit de cette position régressée de petite fille apeurée pour explorer un autre univers : l'univers de la cuisine.

Cette dissociation déjà présente dans les situations d'urgence, potentialise donc les processus hypnotiques car les automatismes psychophysiologiques (phénomènes physiques, psychiques et sensoriels) se produisent automatiquement sans la volonté du patient et sous l'effet de la suggestion du thérapeute (VEROT J. et al, p 48).

Mes vignettes cliniques montrent que sous le joug d'une tension interne trop forte, rassurer, contenir par la parole, n'ont pas eus de prise sur les angoisses des patients. Dans ces instants, je me suis sentie impuissante et dénuée de solution.

Ces patients vacillent et je ne peux pas endiguer « l'insupportable », « l'impensable ». En l'occurrence, pour M. B, cette perspective de la mort (douleur morale face à l'abandon de son corps qui l'entraîne inéluctablement vers sa fin de vie). Pour Mme M, sa régression en une petite fille apeurée avec son coussin an guise de doudou, serré fort contre elle, me convoque dans une relation maternelle. Quant à JO, l'expérience d'isolement du COVID a fait réémerger

une angoisse de séparation insupportable et terrifiante pour lui. Il se raccroche à son travail, étayage vital pour lui, redonnant le contour de son identité

Ces patients ont du mal à se connecter à leurs émotions, à mettre en représentation leurs éprouvés. Ils sont dans un agir et « un impensé ». Ils déposent chez l'autre, en l'occurrence chez le thérapeute, des éprouvés bruts. Le thérapeute est un réceptacle. BIOY indique que « *le thérapeute peut éprouver des éléments venant du patient, parfois des visualisations qui seront en lien avec ce qu'éprouvent un patient* » (BIOY et al, 2010, p 50).

Prise dans une situation d'urgence à contenir, apaiser, l'hypnose représente pour moi, un bon levier thérapeutique. Elle permet de réassocier ces patients en crise.

Je dirai à l'image du « bébé » et d'une mère suffisamment bonne, le patient, grâce à l'hypnose, fait l'expérience d'un « thérapeute suffisamment bon ». Il se sent porté et maintenu dans son psychisme. Les notions de « holding » et de « handling » de WINNICOTT ont, dans cette clinique de l'âgé, tout leur sens.

Le thérapeute fait preuve de créativité dans sa communication. Le patient grâce à cette communication soignée, ressent une sécurité interne retrouvée grâce à la « préoccupation maternelle primaire » du praticien. Le patient fait alors l'expérience d'un état de conscience élargi, porteuse d'une ouverture sur son monde sensoriel. Il peut entrer dans son espace intérieur et se mouvoir.

Le patient comme l'enfant, explore son environnement. Il sent la présence du thérapeute, il continue à jouer et à explorer son monde et ses ressources internes. Il intériorise la présence du thérapeute (à l'image de celle de la mère), à la fois « là et pas là ». Le thérapeute comme la mère, observe le jeu et il le laisse jouer tout en le guidant. Le patient comme l'enfant, peut alors élargir son périmètre (le périmètre de son imaginaire). Le patient n'a plus peur, il sait que le thérapeute est là, disponible. Il est libre d'explorer alors l'environnement à sa guise.

L'alliance thérapeutique et la communication ont une grande importance en hypnose. Le patient retrouve une horizontalité dans la relation, une position haute, lui permettant de changer de posture : être acteur et ne plus subir. Il n'est plus enfermé dans son symptôme. Il retrouve sa position de sujet. Une place active dans le soin et sa guérison.

Le patient ressent une présence et une empathie du thérapeute qui le touchent. Nous retrouvons là, les nœuds nodaux de Carl ROGERS développés lors de ma première partie.

Le thérapeute centre toute son attention sur le patient alors un espace intermédiaire de jeu se crée (espace transitionnel) ; le thérapeute induit l'auto-direction, le patient se met en mouvement : il joue (dans la transe) en présence d'un autre.

Dans mon contre transfert, je me suis mise en résonance et totale écoute avec mes patients, faisant appel à mon intuition, à ma capacité de rêverie. Le thérapeute est à l'image d'une caisse de résonance. Lors de mes séances, j'ai créé du « sur mesure ». Mes vignettes cliniques témoignent de ma créativité et donc de la créativité du thérapeute. Au cœur de l'expérience hypnotique avec mes patients, j'ai déployé ma capacité de rêverie, rejoignant la théorie de BION sur le fait que la mère transforme des éléments bruts du bébé (cris, pleurs) en éléments Alpha (la mère met des mots et des pensées sur les besoins du bébé).

Il en est de même pour nos malades âgés ; **leurs angoisses, leurs cris, leur détresse sont des éléments bruts à transformer et l'hypnose permet cette transformation, ce changement.** JO a ressenti une empathie de ma part, ses remerciements en témoignent. JO a pu se mettre en mouvement parce qu'au préalable, il était en confiance. Il s'est senti soutenu, écouté et entendu dans sa détresse.

Quand JO décrit une sensation de « *barre au-dessus du sternum* », la représentation d'un bout de bois m'est venue spontanément. Mon objectif était de faire redescendre son oppression par le biais d'une image métaphorique. La réalisation d'un mouvement dans son imaginaire a permis d'atténuer son symptôme. Je souhaite poursuivre le travail hypnotique avec JO.

L'hypnose remet donc en mouvement ce qui est figé (une plainte en boucle, une désorganisation psychique inhérente à la pulsion de mort). La focalisation, l'ancrage sur le corps, la respiration aident au retour d'une sécurité interne chez le patient et, il le libère. Ainsi, celui-ci retrouve une flexibilité mentale, donnant libre court à son imaginaire. **Je souhaite revenir sur la présence de ces angoisses primaires dans mes vignettes cliniques.**

b)angoisses primaires

Ces angoisses vives de mes patients rappellent les angoisses primaires de M. KLEIN ou une crainte de l'effondrement de WINNICOTT contre lesquelles **ces patients luttent pour ne pas vivre une expérience de détresse en lien avec la pulsion de mort.** Cette lutte crée des tensions au sein de la relation de soin et une crise apparaît.

Mme M se montre régressée, elle s'agrippe aux soignants par ses appels incessants créant chez eux un mouvement de fuite et d'épuisement. Elle génère chez sa fille une agressivité et un renversement de génération. Nous n'avons plus en face de nous, une personne âgée mais

une petite fille avec son doudou. Cette image de « doudou » renvoie à l'objet transitionnel et à la détresse du « bébé » en l'occurrence ici, un « bébé vieillard ». **Mme M. revit une peur originaire de la perte et, celle d'une ultime séparation que représente la mort.**

Mme M. est dans l'incapacité d'expérimenter ce que WINNICOTT nomme « la capacité d'être seule en présence d'un autre », d'intérioriser cette « image de la mère suffisamment bonne » qui permet de supporter la séparation à travers un objet transitionnel, un « objet non-moi » faisant émerger ainsi une permanence du moi et de « la mère secourable », permettant d'expérimenter le fait d'être Soi.

En effet, Mme M. recherche un état fusionnel constant pour se sentir vivante et surmonter une solitude insupportable pour elle. **Mais la présence comme l'absence, produisent chez elle, un vécu de détresse permanent.** Sa fille est épuisée. Mme M s'agrippe à elle (appels téléphoniques incessants), elle ne veut pas la « lâcher ». Une perte de limite voit le jour. Sa fille n'a plus d'espace à elle, sa mère l'étouffe, la « phagocyte ». Pour se décoller d'elle, se défendre de ce trop grand « rapproché », sa fille développe, en guise de rempart, une attitude agressive envers sa mère. La fille est au bord de l'effondrement.

Dans l'infantile archaïque, deux modalités sont présentes : la crainte du rapproché et en même temps, l'insupportable séparation. Nous notons dans la vie de Mme M, des failles narcissiques. Sa fille décrit une dépendance psychique à l'autre et une incapacité à être seule. Ses chats viennent combler une fragilité narcissique et un manque affectif en lien avec une expérience de perte traumatique durant son enfance. Mme M développe une préoccupation excessive à l'égard de ses chats, ils sont « sa vie ». Une phase d'alcoolisation à la retraite laisse entendre un vacillement. Son travail lui apportait une assise narcissique.

Son hospitalisation, sa dépendance physique sans compter la perspective d'une mort, ont réactualisé une insécurité chez elle, prenant la forme d'une régression psychique. Des anciens traumatismes reviennent à la surface. La peur de perdre sa fille fait écho au décès de son père durant son enfance, réminiscence d'une perte initiale.

En ce qui concerne JO, la réassurance et la validation de ses émotions, ne suffisent pas à le faire sortir d'une peur panique de « rater son travail ». Le travail est pour lui, un étayage vital ; il est au bord de l'effondrement. Il manifeste une agitation corporelle en se déchargeant d'une tension interne, en faisant rouler son fauteuil à toute vitesse. Assis au bord de son fauteuil roulant, il me fait vivre un risque de chute, expression d'un glissement psychique chez lui.

Il y a là, le retour des expériences précoces, des éprouvés qui rejouent au sein même de cette relation de soin ; c'est bien dans le transfert que l'expérience de la crise prend forme.

c) Changement de posture

L'hypnose m'est apparue comme un bon outil de réassociation face à des situations d'urgence. L'hypnose par sa dimension relationnelle permet rapidement au thérapeute de s'ajuster, de s'accorder, d'être en congruence avec le patient et de trouver une issue (une issue au symptôme).

En cela, la théorie de Carl ROGERS trouve bien sa place dans la clinique de l'âgé et l'hypnose, permet justement de se recentrer sur la personne et non sur le symptôme, de s'adresser à l'inconscient de la personne comme ressource positive et d'y opérer une dynamique du changement.

Pour Mme M. et JO, cette technique de focalisation leur a permis de « se rassembler », de recentrer leur attention, de retrouver le contour d'une enveloppe psychique qui a fait retomber l'intensité du symptôme, en déplaçant l'attention sur un objet, un point. Avec surprise, j'ai pu constater que l'angoisse retombe rapidement chez Mme M et JO, laissant la place à l'ouverture d'un autre espace.

Le patient ne se sent pas seul. Il est « tenu » par le thérapeute qui le « maintient » par une communication et une présence empathique renvoyant à la notion « de mère suffisamment bonne » de WINNICOTT. **En hypnose, c'est le thérapeute qui devient « un thérapeute suffisamment bon » dans cette présence juste décrit par Carl ROGERS.**

Mme M, grâce à la focalisation et des suggestions directes, se laisse « porter » et guider par ma communication comme si elle était dans mes bras (en guise de contre transfert). Elle ne me lâche pas du regard. Il lui vient spontanément en tête, son amour pour la cuisine. Alors, nous revisitons ensemble son univers sensoriel autour de cette passion, comme si je me balade avec elle, à ses côtés. Nous passons en revue tous les recoins de son espace imaginaire autour de la cuisine. Je ressens du plaisir en elle et aussi en moi. Mme M sort de cette image de petite fille régressée pour reprendre une posture d'adulte.

Le thérapeute permet au patient une réassociation consistant à retrouver une unité dans son schéma corporel et elle se caractérise **par une fluidité et une fluidité des sensations** (BIOY et al, 2017 p 133).

d) La présence

Ma position de thérapeute opère un changement dans la manière de communiquer au patient et de leur fait vivre une présence totale. Poser ma voix, avoir une mélodie douce parfois directive, créer un rythme, un tempo particulier. Le patient entre dans une musicalité. La personne se laisse envelopper, porter et même, bercer. Des barrières tombent et le patient se laisse alors guider par un mouvement musical. **L'hypnose permet d'opérer un mouvement et en cela, un basculement.** Une porte s'ouvre et nous laisse percevoir l'univers sensoriel du patient, ce qui l'anime. ROUSTANG parle de « Perceptude ».

L'hypnose est une clinique de la présence (BRETON, 2020). Cette notion de présence est fondamentale ; il existe une présence spécifique en hypnose. ROUSTANG (2006) parle de l'effacement du thérapeute, d'oubli de son savoir pour laisser la place à une juste présence permettant au patient de s'autoréaliser et de se mouvoir. L'art réside dans « être là et pas là ».

Mes vignettes cliniques mettent en lumière **cette présence thérapeutique.** Le thérapeute se réajuste au patient, il se synchronise à lui. Il s'appuie sur le patient pour bâtir des séances ou laisser libre court à sa capacité de rêverie si chère à WINNICOTT (1971).

Je me suis surprise à construire de manière intuitive des séances, sur le vif, de devoir réfléchir vite et bien, afin de proposer au patient des inductions ou une conversation guidée, correspondant à ma résonance.

Brigitte LUTZ rappelle que le lien ou le rapport hypnotique réactive un stade primitif de l'évolution de la relation d'objet fusionnel, symbiotique (LUTZ, 2014 p 39) si bien que « le préverbal, d'anciennes modalités : « hors les mots » sont convoqués ».

Le patient à l'image du bébé se laisse bercer par la voix, porter par cette expérience « de la mère secourable ». Cette communication avec une musicalité, des suggestions vagues par le biais de la sensorialité, permettent de retrouver les premières relations et expériences primaires, ainsi le thérapeute est mis dans cette fonction « du thérapeute suffisamment bon ». **Il y a une résonance, un accordage autorisant le patient d'entrer dans l'espace transitionnel du jeu que le thérapeute propose.** Le patient va retrouver son registre sensoriel et découvrir ses ressources à l'image de l'enfant qui joue en présence de sa mère.

Avec JO, le maillage des séances se construit au fur et à mesure avec sa « Perceptude ». JO converse facilement et il me permet de tisser avec lui sa toile. Il découvre d'autres

perceptions qui émergent en lui « lorsqu'il dit que sa femme le massait ». JO est en mouvement. Il se voit jardiner, retrouve sa famille, sa femme dans un « faire à deux ». Il reconvoque un plaisir à jardiner. **La mauvaise fatigue se transforme en bonne fatigue. Une sensation nouvelle apparaît alors en lui.**

Le patient nous apporte des éléments sur sa vie, sur sa perception du monde, et le thérapeute se saisit de tout ce qui vient, ce que je nomme « le terreau du patient ». Le thérapeute va travailler la terre, semer, faire germer. Le patient verra, au fil du temps, pousser ses fruits. Il pourra les récolter et même en semer plus tard (image de la créativité du patient dans la transe)

C'est bien grâce au changement de posture du thérapeute, qu'un changement s'opère également chez le patient. Cette relation thérapeutique en hypnose convoque une qualité de présence, une disponibilité totale et une rencontre vraie rejoignant les théories de Carl ROGERS : « *Le psychisme du thérapeute sert de relais pour que s'ébauche la mise en représentation de l'impensé du patient* » (BIOY, 2014 p 136).

Mme M. lors de la deuxième séance, se synchronise à moi avec sa respiration ; nous sommes ensemble dans un mouvement de respiration, permettant à Mme M. de retrouver une écoute de son corps, de quitter sa rumination. Dans cette « danse à deux », elle se laisse entraîner.

En reprenant les termes de WINNICOTT « **d'un trouver-crée** ». Le thérapeute propose des suggestions et le patient trouve en lui, des perceptions qui lui sont propres. Au fil de la transe, il va même en créer de nouvelles. Mme M. retrouve des sensations personnelles en lien à la cuisine et à ses chats. JO, nous invite à découvrir la chasse, son jardin, il parle de ses chiens. J'ai été surprise par l'imaginaire de mes patients. Mme M. vit les caresses de ses chats comme si elle caressait du velours, incarnant ainsi une douceur perdue et tant recherchée. JO quant à lui, ressent le lien affectif à ses chiens, lien qui lui fait défaut actuellement dans sa vie institutionnelle. En retrouvant l'affection de ses chiens, il éloigne ainsi, sa peur d'être seul.

La capacité de rêverie du thérapeute se met au service de celle du patient afin d'ouvrir un espace potentiel de jeu et de transitionnalité : la transe. Le patient porté par la voix et la disponibilité du thérapeute, va s'autoriser à jouer et créer un espace où il va faire l'expérience de sa capacité « **à être seul en présence d'un autre** ». **Il va se sentir exister en tant que soi.** Il intériorise cette expérience positive et pourra la reproduire, en autohypnose.

C'est dans le « trouvé-crée » de l'expérience hypnotique que le patient va surmonter la séparation, ses éprouvés de peur, intérioriser ce « thérapeute suffisamment bon », et donc retrouver le contour « d'une enveloppe psychique » lui permettant de transformer et de dépasser

son vécu de crise, en retrouvant son moi (son moi peau décrit par Anzieu, 1995). Par l'action de se mouvoir, le patient renforce et développe son moi.

L'hypnose est donc une clinique de la présence (BRETON, 2021), mais celle d'une présence juste.

2) Notion de « Transitionnalité » et de Ressources :

La transe est pour moi « l'espace de jeu transitionnel » développé par WINNICOTT. Le thérapeute apparaît « *comme un passeur qui rétablit le lien essentiel rompu entre le monde et le patient (1971, p 98) L'alliance thérapeutique comme une onde porteuse, un lien plutôt qu'un canal* ». WINNICOTT (ibid., p 24) ajoute que « *l'aire intermédiaire est en continuité avec l'aire de jeu du petit enfant, « perdu » dans son jeu, elle doit exister pour que s'inaugure une relation entre l'enfant et son monde* ».

WINNICOTT dira plus loin dans son livre « Jeu et réalité » que « *pour contrôler ce qui est dehors, on doit faire des choses et non simplement penser et désirer et faire des choses, cela prend du temps. Jouer, c'est donc faire* ». (Ibid. p 59). Il poursuivra en mettant en avant que l'activité de jeu facilite la croissance et par là, la santé. Jouer est donc créatif et incarne « *une forme fondamentale de la vie* » (ibid., p 71). **Le patient dans la transe est donc créatif.**

WINNICOTT met en avant que le soi et la rencontre véritable avec soi, ne peut se découvrir que par le jeu. Il permet à l'enfant d'être créatif et d'utiliser sa personne, toute entière (ibid. p. 76). Auprès de nos malades, il en est de même, retrouver leur capacité de jouer, de rentrer dans le jeu sensoriel, « de remettre de la souplesse » pour reprendre un terme de ROUSTANG (2006).

En hypnose, c'est bien là le travail du thérapeute, de permettre au patient d'exploiter cet espace de jeu que représente **la transe, appelé aussi « le petit théâtre » de l'hypnose.**

Le patient « se met à jouer ». C'est dans la répétition du jeu que le patient va activer ses ressources et être en communication avec son monde interne. Un changement et même, un accroissement de sa personne va émerger, en écho aux théories de Carl ROGERS.

a) La Perceptude :

Chez Mme M et JO, nous pouvons percevoir combien l'hypnose fait émerger une « *Perceptude* » (terme employé à ROUSTANG).

Il a fallu passer par le corps, par une sensorialité, un ancrage en guise de sécurité pour qu'émerge « *une perceptude* » chez eux. C'est bien par le champ élargi de son monde, avec le retour de souvenir « de cuisine, des chats » pour Mme M, « de chasse, de jardin » pour JO, qu'un **“trouver-créer” s'opère.**

JO fait venir dans son imaginaire des sensations positives en lui. JO change de posture, **il est actif** : «il plante, il ramasse des légumes etc... ». Il retrouve même une sensation de bien-être en évoquant « *le massage de sa femme et la diffusion d'un beau film* »,

Il n'est plus un malade en proie à une “peur panique. Il redevient donc acteur de son “petit théâtre intérieur”. Sa peur s'éloigne pour laisser place au plaisir, plaisir de faire, plaisir de retrouver de bonnes sensations, de retrouver sa vie. **Cela rejoint la sollicitude et la gratitude de l'objet, abordées par M. KLEIN.** L'enfant peut ainsi, intérioriser, intégrer les bons objets à l'intérieur de lui et prendre appui sur eux. Un sentiment de continuité apparaît. Il n'a plus peur de ses éprouvés négatifs car il fait l'expérience d'éprouvés positifs et développe sa créativité.

L'hypnose transforme la relation soignant-soigné. Le thérapeute par une relation thérapeutique favorise un changement de posture du patient, celui-ci peut redevenir acteur de sa guérison intérieure à travers la création d'un espace intermédiaire, entre le thérapeute et lui.

Mme M. au départ régressée, grâce à la transe, retrouve la parole et le plaisir sensoriel de la cuisine. Elle ira jusqu'à verbaliser et donner une représentation de sa peur en évoquant « ses cauchemars ». L'hypnose a donné du sens et une compréhension à son comportement.

L'existence d'une modalité de l'hypnose « en urgence » comme modalité de sortie de crise ne semble pas entièrement validée par mes vignettes cliniques ni par une théorie. C'est davantage l'état psychique du patient qui favorise une entrée plus rapide de processus hypnotiques, grâce à une empathie du thérapeute, ce que Carl ROGERS appelle « une part d'affection », permettant une congruence. Il y a un mouvement que j'ai pu ressentir dans le transfert, cette notion de transfert narcissique serait à exploiter dans l'enjeu d'un mouvement rapide et de contenance d'une crise. Quelle serait la nature de ce transfert ? Cela peut faire l'objet d'un autre mémoire.

J'ai ressenti que « quelque chose se passait malgré moi et je dirai en dehors de moi ». Ces perceptions qui surgissent de manière soudaine dans une transe, sont puissantes. Leur intensité fut surprenante pour moi. Il y a de l'émotion qui se vit. Le thérapeute prend du plaisir à créer, à jouer avec le patient, à se laisser porter par l'univers du patient. Il s'accorde et se synchronise à lui. Le thérapeute doit être dans une attention constante comme ERICKSON le décrit, il faut « *observer, observer et observer* » (MALAREWICK et al, 1996). Par ailleurs, BIOY (2014) met en avant que « *notre intervention par hasard, parfois inexplicquée et inexplicable produit des résultats qui nous rappellent que c'est bien le patient qui fait la thérapie* ».

Cette question de l'intuition, cet accordage d'inconscient à inconscient, cette manière de capter chez l'autre, un ressenti, permettant de créer une image, une métaphore en résonance, fait vivre une « fluidité entre le thérapeute et son patient ». Le patient dans cette relation empathique, s'autorise à entrer en transe et à retrouver un espace de liberté en présence d'un autre. BIOY (2013 p 107) parle que l'intuition engage une perception pleine, entière, absorbée par une situation donnée. Elle est **appelée « inconscient d'adaptation »** afin de souligner comment le thérapeute se connecte à la sensorialité de l'individu. **L'intuition est aussi un mouvement.**

J'aime beaucoup dire au patient « de prendre ce qui est bon pour lui » dans cette expérience de la transe et, que « leur inconscient continue son travail ». **Je lui donne le signe fort qu'il a des ressources et que sa solution est en lui.** Je lui redonne une liberté, une liberté de trouver les portes de sa guérison en référence à ROUSTANG. Une fois le patient entré, dans cette « danse à deux », de nouvelles perceptions surgissent. Les remerciements à deux reprises de JO signent cette fluidité entre nous, ce sentiment d'une compréhension empathique (ROGERS).

b) Ouverture sur cette question de transfert narcissique :

Souvent, ce recours à mon intuition m'interroge. Brigitte LUTZ (BIOY et al, 2014, p 49) parle **d'un transfert narcissique en hypnose** où la relation d'objet précœdipienne est réactualisée. Il s'agit d'un stade archaïque, en référence à la première relation interhumaine, impliquant que les limites psychiques entre le sujet et l'autre, redeviennent moins précises.

Mme M. convoque bien ce transfert narcissique avec un agrippement psychique (ce que ROUSSILON nomme l'identification adhésive, mentionnée dans la partie clinique). Brigitte

LUTZ (ibid. 49) précise : « *on travaille donc sur une dimension fusionnelle, symbiotique dont les spécificités sont une perméabilité et une résonance à l'autre considérablement accrues tant du côté du patient que du côté du thérapeute* ». Cela permet de mettre en lumière **comment dans des situations en urgence, le thérapeute va être dans cette perméabilité plus accrue** aux ressentis et aux préoccupations afin de sécuriser le patient et, de lui redonner les limites de son enveloppe corporelle et psychique, de son moi (moi-peau).

II- Questionnement éthique :

Ce questionnement éthique m'amène à faire un pas de côté par rapport à mon sujet initial.

La rencontre avec M. B. m'amène à me questionner **sur la fin de vie et sur la question de la liberté de choisir et du respect de ce choix.**

La fin de vie amène toujours un débat éthique : la question de mourir dans la dignité est toujours mise en débat dans notre société. L'émergence des soins palliatifs depuis de nombreuses années amène une qualité de vie en soulageant la souffrance et dans cette intentionnalité de porter ce souffle de la vie jusqu'au bout. L'accompagnement d'une personne en fin de vie nous amène à réinterroger cette notion de vie. Qu'est-ce que vivre ? Se sentir dans la vie ? Qu'est-ce que la liberté de choix ? Je soulève juste ce questionnement et je souhaite m'attacher à évoquer la situation clinique de M. B. en interrogeant **cette notion « du travail du trépas » que M'UZAN a interrogé.**

La situation clinique de M. B. illustre cette mise en tension du conflit entre l'image pour lui de la vie et celle de la mort. Ses valeurs, ses croyances, sa vision de la vie, son histoire de vie affrontent la réalité de son corps, la réalité de sa fin de vie qui s'annonce. Une réalité qu'il subit de plein fouet dans une rapidité laissant peu de place au cheminement psychique. Il perd la maîtrise de sa vie.

Il lui est insupportable de vivre et de subir cette perte de dignité, de devenir spectateur de sa déchéance. Du fait de son grand âge, il se doit d'appivoiser la mort, de cheminer vers elle. **Le dilemme apparaît dans le fait que M. B. se vit déjà mort, il n'arrête pas de convoquer cette mort, il est dans une ultime tentative de la contrôler.** En même temps, M. B ne demande ni de sédation, ni d'euthanasie comme certaines personnes peuvent nous le formuler. M. B. se vit impuissant, désarmé, dépossédé de son autonomie et de son identité.

Dans ce séisme psychique, la souffrance de M. B. vient **aborder « la souffrance totale : Le TOTAL PAIN » de C. SAUNDERS.** Dans les années 70, elle a développé cette notion de douleur totale, évoquant une souffrance se situant à différents niveaux : physique, psychologique, sociale et spirituelle.

La question du trépas semble traverser la relation d'aide aux confins de la vie. Michel de M'UZAN écrit dans son livre « de l'art à la mort » (1977 p 186) « *qu'il n'ignore nullement le transfert intense, qui loin de se détacher de leurs objets d'amour, cherchent à les remplacer dès qu'ils leur font défaut* ».

Chez certaines personnes, les représentations des objets d'amour sont si puissamment investies que le travail de trépas se déclenche de lui-même, la présence d'une personne réelle est indispensable ; l'important est que l'objet élu soit capable de s'exposer à son angoisse excessive au large mouvement captatif qui tend à l'envelopper entièrement. (Ibid. p. 193) Il cite "*le mourant forme ainsi avec son objet « sa dernière dyade » par une allusion à la mère dont l'objet pourrait être une dernière incarnation. Cet objet doit être disponible et combler ses besoins élémentaires ce qui signifie **qu'elle accepte qu'une part d'elle-même soit incluse dans celle du mourant***".

M. B. m'amène à évoquer ce dilemme de l'accompagnement de fin de vie et comment le thérapeute peut être ce dernier objet.

J'ai utilisé l'hypnose face à une douleur aiguë. La première séance où il fait naître en moi la peur de ne pas se réveiller tout en renvoyant plus tard le fait que je ne peux rien pour lui, met en scène ce traumatisme que représente la finitude chez lui, cette violence fondamentale qu'il ressent au fond de lui : illusion de sa toute-puissance en lien avec le contrôle de sa mort.

Ce désir se heurte à un principe de réalité le renvoyant à un sentiment d'impuissance : M. B. a cru qu'il était mort et le fait de constater qu'il était vivant provoqua un désarroi lors de la deuxième séance. On parle du traumatisme de la naissance, **n'est-ce pas un traumatisme pour la personne âgée d'être face à la mort, de « naître à la mort » ?**

Lors de la dernière séance, la communication hypnotique avec lui a été dans une intensité de présence, un rapprochement. Cette dernière séance fit naître en moi un fort éprouvé « brut », il est même difficile pour moi de « penser cette rencontre » encore maintenant, de me décoller de « cet éprouvé ».

Cet éprouvé n'est pas séparé de M. B, il est là en moi. J'ai du mal à mettre des mots. Il me semble que cet éprouvé vient parler de cette dernière dyade que M'UZAN décrit. Comme si M. B, afin de s'autoriser à partir, avait mis dans l'intensité de notre rencontre, une force de

vie lui permettant de quitter la vie. M. B met donc toute son énergie dans un mouvement « ultime » de détachement. Ces remerciements en sont le signe. Ils sont comme un « au revoir » pour moi.

Cette situation clinique vient me questionner sur la manière d'utiliser l'hypnose avec les personnes en fin de vie ou aux confins de leur vie, étant dans ce travail du trépas. **L'hypnose serait-elle une voix d'échappement à cette douleur totale ?**

CONCLUSION

Ce mémoire de D.U montre combien l'hypnose a une place importante en milieu hospitalier. Elle remet la personne au cœur du soin, de sa vie en qualité d'acteur et non uniquement de malade, subissant les affres de sa maladie, l'émergence d'une crise, une position basse dans le soin soumise aux décisions médicales.

L'hypnose est une thérapie centrée sur la personne, une thérapie humaniste. Elle réinterroge la place de l'inconscient et je dirai, l'expression des processus inconscients au cœur d'une relation d'aide.

Dans cette résurgence des processus inconscients prenant le visage d'une perte de maîtrise, la personne fait l'expérience de sa fragilité, de sa condition humaine comme « une étoile cherchant sa galaxie » comme le métaphorise ROUSTANG.

La personne âgée confrontée au vieillir, à la rencontre des blessures narcissiques en lien avec ses pertes physiques, psychiques, de deuils, de traumatismes de vie, à la modification de l'image de son corps, est soumise à un travail de deuil. M. PERRUCHON parle d'un travail de vieillir (RUSZNIENSKY 1999 p. 4) sans quoi le risque d'un effondrement s'actualise dans ce présent. « *Le breakdown-redouté, parce qu'il menacerait toujours d'avoir lieu dans l'avenir, a en fait déjà eu lieu dans le passé. Mais –et c'est là le paradoxe central- il a lieu sans trouver son lieu psychique ; il n'est déposé nulle part.* » (WINNICOTT, 1977 p 11).

Dans notre quotidien de soignant, nous sommes confrontés aux éprouvés, à des vécus, qui se situent au creux de l'être, prenant la forme d'un symptôme, d'un « impensable » : « *Il*

faut se perdre pour se trouver, perdre notre ancrage antérieur au monde pour nous apercevoir que nous avons effectué ce qui convenait à la situation » (BENHAÏËM, 2012, p86).

La force de l'hypnose permet de mettre en mouvement projectif, de rendre visible ce qui ne l'est pas, de restaurer une intimité malmenée. Grâce à l'imagination, une sécurité se rétablit et permet une cicatrisation des plaies physiques et psychiques, alors des voies possibles s'ouvrent à la personne. On soigne la focalisation, l'immobilisation ; le changement consiste donc à remettre en mouvement, à déplacer la personne hors de ce cercle vicieux, lui épargner d'être "figée" dans une douleur ou une angoisse, dans son symptôme, et la faire accéder à une autre perception d'elle-même et du monde. **La transe permettant à la personne de faire ce voyage, un voyage intérieur ouvrant les portes vers de nouveaux mondes, et de retrouver son énergie et sa souplesse pour se mouvoir au cœur de ce voyage.**

Un « lâcher prise » permettant d'ouvrir les fenêtres et les portes de notre demeure pour y laisser pénétrer « le souffle porteur ». De laisser faire ce qui doit se faire, parfois même « ne rien faire si ce n'est d'attendre » (ROUSTANG, 2006 p. 195). L'hypnose est donc une nouvelle porte d'entrée au soin psychique, un chemin différent qui permet au patient d'agir et plus uniquement de subir sur le plan symbolique et émotionnel. Elle redonne au corps au sensoriel toutes ses ressources, tout son potentiel. Pour ce faire, le thérapeute doit être dans une qualité de présence, « être là et pas là, ». La présence doit être thérapeutique, un réceptacle laissant à la rêverie la possibilité de se déployer.

Pour ma part, l'hypnose est un levier professionnel important. L'hypnose fait apparaître la question des ressources. Ces ressources, inconscientes dont la personne peut se saisir pour se restaurer.

L'expérience gériatrique et ma pratique m'ont beaucoup amenée à me remettre en question et au fil du temps, à aller de plus en plus vers un courant humaniste. La confrontation à la maladie et à la fin de vie, posent des questions existentielles, éthiques et poussent à adopter une position humble.

La maladie de mémoire demande au thérapeute une adaptation permanente et nécessitent d'aller chercher la personne là où elle est. La place des émotions et celle de la sensorialité sont très présentes. La méthode de la validation est une manière de prendre soin, d'être dans une « humanité ». Par ailleurs, le courant de « L'HUMANITUDE » s'inscrit dans

cette logique de devoir être en contact ou d'entrer en contact, avec le malade, de s'adapter au monde de l'autre, de s'accorder avec le patient. Adapter une position basse pour amener une relation de confiance.

Il y a plusieurs années, j'ai été formée à l'hypnose conversationnelle et cette formation a changé ma manière de communiquer, elle est un outil indispensable à ma pratique quotidienne. L'hypnose conversationnelle me semble adaptée à cet univers gériatrique où des personnes atteintes d'une maladie de mémoire, peuvent être remises dans un univers sensoriel, une modalité sensorielle favorisant une expérience positive, initiant un changement de comportement de la personne.

Ma formation d'hypnose conversationnelle m'a sensibilisée à l'importance d'une communication hypnotique. **Cette communication hypnotique qui est, elle-même, porteuse d'un soin. Elle est une manière de construire des enveloppes, de convoquer une qualité de présence** passant par le choix des mots, une musicalité et même un bercement vocal, apportant à la fois une sécurité et une alliance thérapeutique.

Le D.U d'Hypnothérapie m'a permis de comprendre les enjeux de cette thérapie ; ce mémoire, je l'espère, en sera le reflet. Le thérapeute doit toujours aller rejoindre le patient dans son univers, dans son espace de jeu, développer sa capacité de rêverie à partir de ce qui surgit. C'est une co-construction, un accordage permanent et particulier au patient, ce qui fait la richesse et la force de l'hypnose sans compter son côté poétique et métaphorique.

Cette formation riche suscite aussi en moi une créativité. Une créativité au service de projets en lien avec l'hypnose au sein de ma pratique gériatrique.

Accompagner des patients en rééducation avec l'hypnose afin de potentialiser leurs ressources et leur rétablissement serait une première perspective de projet. Ce D.U m'a permis de faire mes premiers pas et je dirai un vaste champ du possible s'offre à moi !

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

AÏM P, al. L'hypnose en situation d'urgence. VUIBERT, 2021

ANZIEU D. Le moi-peau. DUNOD, Paris, 1995

BION W.R. Aux sources de l'expériences. PUF Bibliothèque Psychanalyse, Paris, 2005

BIOY A, CELESTIN-LHOPITEAU I. Hypnothérapie et al. Hypnose médicale, DUNOD, Paris, 2014

BIOY A, SERVILLAT. T. Construire la communication thérapeutique avec L'hypnose. DUNOD PSYCHOTHERAPIE, Malakoff, 2017

BIOY A, BOURGEOIS F, NEGRE I. Communication Soignant-soigné. 3eme Edition. BREAL, Péronnas, 2013

BIOY A, MAQUET A. Se former à la relation d'aide. Concepts. Méthodes. Applications. 2eme édition. DUNOD PSYCHOTHERAPIE, 2003

BIOY A. 15 cas de pratiques en hypnose médicale et hypnoanalgésie. DUNOD, Malakoff, 2017

BARRUEL F, BIOY A. Du soin à la personne. Clinique de l'incertitude. DUNOD. Paris, 2013

DR P. BELLET. L'hypnose pour Réhumaniser le soin. ODILE JACOB. Paris, 2015

DR BENHAIEM J.M, ROUSTANG.F et al. L'Hypnose ou les portes de la guérison. ODILE JACOB. Paris, 2012

FREUD S. Notre relation à la mort, Essai de Psychanalyse, Payot, p 26-44

GALY.M, Al. Être là. FLAMARION/VERSILIO. Versilio, 2018

KAES R. et al. Crise, Rupture et Dépassement. DUNOD, Paris, 1985.

KLEIN. M, RIVIERE.J. L'amour et la Haine. Petite Bibliothèque Payot. St Armand, 1996

KLEIN.M. Envie et Gratitude et autres essais. TEL GALLIMARD, Paris, 1975

LELARGE. E, Al. Prendre soin de soi par l'autohypnose. DUNOD, Malakoff, 2017

MALAREWICZ J-A., GODIN.J. *Milton H. ERICKSON*. De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique. ESF Éditeur 3 -ème édition, Paris, 1986

DE M'UZAN. M. De l'art à la Mort. TEL GALLIMARD, Saint-Amand, 1977

PERUCHON.M., al. Destins ultimes de la Pulsion de mort. DUNOD, Paris, 1992

ROUSSILLON.R. et al. Manuel de Psychologie et Psychopathologie clinique générale. 3 -ème Edition. Elsevier. Masson-Issy-les-Moulineaux, 2021 p 181 à 195

ROUSTANG.F. Savoir attendre, pour que la vie change. ODILE JACOB, Paris, 2006

ROUSTANG.F. Jamais contre d'abord. La présence du corps. ODILE JACOB BOOKS, Paris, 2015

RUSZNIEWSKI. M. Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants. 2eme Edition DUNOD, Paris, 1999

WINICOTT.D.W. Jeu et réalité. L'espace potentiel. NRF, GALLIMARD. Mayenne, 1971

Chapitres de livre :

BIOY.A. Suggestibilité. In BIOY A, CELESTIN-LHOPITEAU I. *Hypnothérapie et al. Hypnose médicale*, DUNOD, Paris, 2014 p 4 à 9

LUTZ.B. Transfert. In BIOY A, CELESTIN-LHOPITEAU I. *Hypnothérapie et al. Hypnose Médicale*, DUNOD, Paris, 2014 p 134 à 138

VEROT.J. L'hypnose rapide. AÏM P, al. *L'hypnose en situation d'urgence*. VUIBERT, 2021 p 46 à 67

Articles :

Pr ALOUANI. M.L. Réactions psychologiques face à l'hospitalisation. Université FERHAT ABBAS-SETIF. Faculté de Médecine. Module de Psychologie Médicale 2019-2020 Pages 1à 7

BRETON. S. Clinique de la présence. Art de Soigner. SANTE MENTALE/244/ Janvier 2020 p 10 à 15

DAVAL. R. Les fondements philosophiques de la pensée de C ROGERS dans Approche centrée de la personne. CAIRN.INFO. Pratique et recherche 2008/2 (N°8), page 5 à 20

GROSCLAUDE.M. -la dépendance, du nourrisson à la démence. p 2-22 - 6 -ème journée D'études de l'association Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique « Du vieillard au Nourrisson. Psychodynamique des relations de dépendance. A.R.A.G.P, St Jean de Dieu,

Lyon 8eme, 1989

TUDOR.K. -Les conditions thérapeutiques de ROGERS : une conceptualisation relationnelle. CAIRN.INFO. 2014/2 N°20/ P63-85

VIGNAT.J.P.-La capacité de rêverie en gériatrie-p28-29-9 -ème journée d'études de L'association Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique. Capacité de Rêveries, de L'imaginaire en gérontologie. A.R.A.G.P, St jean de Dieu, Lyon 8 -ème, 1992

ZACCAÏ-REYNERS. N.-Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la Relation de soin. CAIRN.INFO. Éditions Esprit, 2006/1/pages 95 à 108

ANNEXE

RECUEIL DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e).....accepte que les séances réalisées avec Mme BERRIER Stéphanie, psychologue soient réutilisées dans le cadre d'un travail de Mémoire au vu de l'obtention d'un diplôme universitaire d'Hypnothérapie. **Toutes les données sont ANONYMISEES.**

Je suis informé(e) qu'il est possible à tout moment de revenir sur cette décision et d'exprimer un refus.

L'Arbresle, le2022

**« EXISTE-T-IL UNE PRATIQUE D’HYPNOSE EN URGENCE
COMME MODALITÉ DE SORTIE DE CRISE DU PATIENT ? »**

RESUME ET MOTS CLEFS

Les changements corporels, psychologiques de la personne âgée ainsi que le risque de la dépendance et de finitude font émerger une crise du vieillir. La survenue d’une hospitalisation ne fait que renforcer une crise psychique chez l’âgé, faisant naître un retour d’angoisses primitives et une crainte d’un effondrement. Le symptôme peut prendre la forme d’une manifestation bruyante et/ou d’une détresse psychique intense. L’hypnose est une thérapie centrée sur la personne, elle favorise une restauration du Moi du fait de sa dimension interpersonnelle. L’hypnose, par une qualité de présence du thérapeute, une bonne alliance thérapeutique, une communication soignée, va permettre à la personne âgée de retrouver le contact de ses ressources personnelles. L’exploration de son univers sensoriel, de son imaginaire à travers la transe, espace transitionnel de jeu va lui permettre de se remettre en mouvement, de redevenir acteur de sa vie. Ainsi il ouvrira les portes de la guérison et d’une nouvelle modalité d’existence.

MOTS CLEFS : CRISE - RELATION D’AIDE -RELATION THERAPEUTIQUE-
COMMUNICATION HYPNOTIQUE-EMPATHIE-RESSOURCES-TRANSITIONNALITÉ

