



Techniques de l'hypnose au service du soin

SOMMAIRE

Introduction	p.3
L'hypnose, définition	p.3
Données expérimentales	p.4
Historique et différents courants de l'hypnose	p.5
L'hypnose et la douleur	p.12
Les grands principes de l'hypnose ericksonienne	p.14
La communication hypnotique	p.15
Les attitudes hypnotiques	p.17
Les étapes d'une séance d'hypnose	p.19
Techniques d'induction	p.20
Indications de l'hypnoalgésie	p.24
L'autohypnose	p.26
Bibliographie sélective	p.27

Introduction

L'hypnose, en tant qu'état dissociatif, existe depuis les premières civilisations. Elle est alors souvent liée à la magie, la sorcellerie ou à la religion. Ce n'est qu'au XVIII^e siècle que l'hypnose va commencer à devenir un objet d'étude scientifique. C'est également grâce à l'hypnose que la notion d'inconscient se formalisera. Elle acquiert alors le statut de « thérapie » et connaît un essor important dans les milieux médicaux. Les avancées technico-scientifiques de la fin du XX^e siècle (notamment en imagerie cérébrale) permettent aux chercheurs de partir à la recherche de « preuves scientifiques » permettant de tenter d'expliquer la façon dont l'hypnose fonctionne.

L'hypnose, définition

L'hypnose peut-être définie comme un fonctionnement mental particulier (Didier Michaux). Cet état se caractérise par l'apparition d'un certain nombre de modifications le différenciant de l'état de veille habituel :

- Augmentation de la concentration et réorganisation de l'attention : du monde extérieur vers la subjectivité du sujet ou encore du monde extérieur vers l'hypnotiseur
- Modification de la perception du temps
- Modification des bruits et des sensations corporelles

Cet état de conscience de veille se rapproche par certains aspects de l'état de conscience qui précède l'endormissement avec comme caractéristique :

- Importance de l'imagerie
- Diminution de l'activité motrice spontanée

Mais, le sujet reste éveillé :

- Il est capable d'utiliser l'ensemble de ses outils cognitifs dans la communication avec l'hypnotiseur
- On observe une amplification de l'attention portée à l'imagerie et aux liens entre imaginaire et perceptions sensori-motrices.

Jean Godin propose la définition suivante : « L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique, dans lequel le sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur ».

Ce mode de fonctionnement particulier est privilégié dans la mesure où il fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple, des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient.

Enfin, Antoine Bioy synthétise ces deux définitions de la façon suivante : « Mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi ». Grâce à cette expérience, le sujet gagne en flexibilité psychologique et modifie son vécu.

Données expérimentales

Un important courant de recherche s'est développé dans différents grands laboratoires aux USA, dans les pays anglo-saxons et au Canada.

Parmi les chercheurs renommés qui se sont illustrés dans ce domaine, citons E.R. Hilgard (1904-2001) qui animera une unité de recherche au sein de l'Université de Stanford et dont seront issues les « échelles de Stanford » qui permettront de mesurer la susceptibilité hypnotique des sujets.

Un grand nombre de laboratoires continuent à approfondir ce sujet de recherche et particulièrement ses implications cognitives et sociales. Parmi les principaux chercheurs contemporains, citons J. Khilström, S. J. Lynn, J. R. Laurence, E. J. Crawford.

Ces nombreuses recherches ont considérablement modifié le regard porté sur l'hypnose par la communauté scientifique. Plusieurs milliers d'articles scientifiques parus dans des revues de haut niveau ont permis d'explorer différents axes de recherche.

L'hypnose expérimentale montre surtout ce que l'hypnose n'est pas. Cette approche scientifique va montrer que l'hypnotisabilité :

- n'est pas liée au sexe du sujet, ni à celui de l'hypnotiseur
- est variable selon les âges de la vie
- n'est pas liée à une personnalité particulière
- tous les sujets sont considérés comme hypnotisables

L'étude de l'hypnose dès la fin du XIX^e siècle a contribué à l'apparition de la psychologie expérimentale. Elle a abouti à des résultats notoires, bien qu'énoncés par défaut :

- l'hypnose n'est pas une forme de sommeil
- elle n'est pas une manifestation hystérique et n'est pas liée à la personnalité du sujet
- elle n'est pas réductible à la suggestibilité

Historique et courants de l'hypnose

Mesmer (1734-1815) et le magnétisme animal



Dans les années 1780, Franz Anton Mesmer (1734-1815) était au sommet de sa carrière médicale. Après avoir pratiqué à Vienne, il s'était établi à Paris où ses traitements basés sur le magnétisme animal faisaient fureur à la cour du roi Louis XVI. Mesmer croyait en l'existence d'un fluide universel qui réglait les interactions des humains avec les corps célestes et celle des humains entre eux. Une idée en harmonie, pour les esprits de l'époque, avec les théories de Newton sur le mouvement des planètes. Pour Mesmer, la maladie était causée par une mauvaise distribution dans le corps de ce magnétisme animal et la guérison demandait une restauration de cet équilibre perdu. Ce que Mesmer se disait capable de faire grâce à ces talents de magnétiseur.

Mesmer organisait des séances où ses patients étaient accueillis par de la musique douce et une lumière tamisée. Il se déplaçait à travers la salle dans un habit de soie lilas et utilisait ses mains et des incantations pour transmettre ce fluide magnétique invisible à ces disciples. Beaucoup d'entre eux, se proclamant guéris de maladies, réelles ou imaginaires, firent de Mesmer une célébrité. Le Marquis de Lafayette et Mozart, notamment, figuraient parmi ses patients.

Devant le nombre grandissant de patients, Mesmer organise des séances de groupe. Pour cela, il fait appel à des baquets, de larges récipients en bois de chêne remplis d'eau qu'il avait « magnétisée ». Il en sortait des tiges de fer que les patients, reliés entre eux par une corde, devaient agripper pour recevoir le fluide magnétique. Certains de ces baquets pouvaient traiter jusqu'à 20 personnes à la fois et Mesmer en avait quatre dans son salon : trois payants et un réservé aux pauvres. Ces traitements collectifs donnaient lieu à des « crises magnétiques » où les sujets perdaient le contrôle et étaient pris de convulsions.

Pour Mesmer, ces crises étaient un signe que le fluide magnétique faisait son effet. Devant une demande grandissante qu'il n'arrivait pas à satisfaire, Mesmer « magnétisait » des arbres de son jardin et invitait ceux qui ne trouvaient pas de place autour des baquets à enlacer les arbres à la place.

Les succès de Mesmer étaient tels qu'il était souvent invité à la cour pour pratiquer sur la reine Marie-Antoinette, ce qui amena sa chute. En 1784, Louis XVI, plus sceptique que sa femme et ses courtisans au sujet du magnétisme animal, nomma une commission royale pour se prononcer sur le phénomène. Cette commission comptait parmi ses membres des sommités comme Antoine Lavoisier et Benjamin Franklin. Il y avait aussi le mathématicien Jean Sylvain Bailly et le médecin Joseph Guillotin. Les travaux de la commission furent conduits à sa résidence de Passy. Mesmer était représenté par un de ses disciples, le docteur Deslon. Après que ce dernier ait « magnétisé » un des arbres du jardin, un enfant aux yeux bandés avait été placé entre eux et était supposé se sentir attiré par le fluide animal émanant de l'arbre magnétisé. Bien qu'au cours de l'expérience, l'enfant fit état de diverses sensations, il fut incapable d'indiquer leur provenance. Il déclara que celles-ci

augmentaient alors qu'il s'éloignait de l'arbre et qu'elles diminuaient alors qu'il s'en rapprochait. Dans une autre expérience, une patiente entra en convulsion après avoir bu de l'eau normale, mais il n'y a eu aucun effet après qu'elle est consommée de l'eau « magnétisée ». Écrit par Bailly, *Le rapport des commissaires chargés par le roi de l'examen du magnétisme animal* fut dévastateur. Il conclut qu'il n'y avait aucune évidence scientifique du phénomène et que les effets observés étaient le fruit de « l'imagination ».

À la suite de la publication du rapport, la popularité de Mesmer s'évanouit. Il quitta Paris en 1785 pour retourner à Vienne d'où il était venu quelques années plus tôt. Aujourd'hui, on se souvient de Mesmer pour deux raisons : il peut être considéré un précurseur de l'hypnotisme, une technique développée dans les années 1840 par le docteur écossais James Braid. Ce dernier s'est inspiré des expériences de Mesmer pour mettre au point les différentes formes de suggestion qui peuvent amener à l'état d'hypnose. Ensuite, le nom de Mesmer est à l'origine de l'expression de la langue anglaise *to mesmerize*, qui veut dire « fasciner ».

Puységur (1751-1825) et le somnambulisme



Le marquis de Puységur est, comme tous ses frères, officier d'artillerie. Il demeure au château de Buzancy, près de Soissons et, comme la plupart des aristocrates de cette époque, possède un cabinet de physique, cabinet dans lequel il passe ses loisirs à magnétiser. Un jour qu'il magnétise un jeune paysan, qui souffre de légers troubles respiratoires, il a la surprise de constater que celui-ci reste bien éveillé et lucide, répondant à toutes ses questions et obéissant même aux ordres du magnétiseur, et ceci sans pour autant présenter de crise convulsive. Et le patient en sort guéri.

Le marquis de Puységur vient de faire la preuve que les crises convulsives ne sont pas indispensables.

Il montre l'importance du contact verbal entre le magnétiseur et le magnétisé, ouvrant du même coup le conflit qui oppose encore de nos jours les tenants des théories physiologiques à ceux des théories psychologiques. Mesmer connaissait lui aussi ce contact verbal, mais en physiologiste convaincu, il ne voulut pas s'y arrêter, taxant d'imaginaire toute

explication de caractère psychologique.

Si pour certains Mesmer peut être considéré comme l'initiateur du magnétisme, le marquis de Puységur doit en être regardé comme le fondateur. C'est lui qui a démontré l'importance du sommeil magnétique, appelé somnambulique, au cours duquel le patient reste en relation avec le magnétiseur et peut ainsi se laisser suggestionner. Pour Puységur, le véritable agent curatif est la volonté du magnétiseur. Il semble que ce soit beaucoup plus un phénomène naturel de lassitude qu'un nouvel arrêt de l'Académie de Médecine qui va annoncer la désaffection pour Puységur et le discrédit pour les magnétiseurs. De 1789 à 1819, 30 années vont s'écouler très creuses pour l'hypnose.

Cependant, le mouvement s'étend à l'étranger, particulièrement en Amérique.

Mais c'est en Angleterre qu'un homme surgira, qui changea les choses.

James Braid et l'hypnotisme



En novembre 1841, un chirurgien de Manchester, James Braid, assiste aux démonstrations d'un magnétiseur français, La Fontaine. Très rapidement, il se laisse convaincre de la véracité des expériences de ce dernier, mais rejette la théorie du fluide et propose une théorie plus physiologique, basée sur la physiologie cérébrale. Pour Braid, l'hypnose est un état spécial du système nerveux provoqué par des moyens artificiels permettant de plonger le patient dans un état de sommeil artificiel, mais surtout de l'influencer à des fins curatives par la suggestion.

Il hypnotise ses patients en leur faisant fixer son doigt ou un objet brillant. Son mérite est d'avoir compris qu'hypnotiser, relevait plus d'un Savoir que d'un Pouvoir et d'avoir montré toute l'importance de la suggestion verbale. C'est James Braid qui a introduit la technique de fixation visuelle d'objets comme méthode d'induction

hypnotique et qui a créé le terme " d'hypnotisme ".

Il utilisa l'hypnose à Londres comme thérapeutique de suggestion et pratiqua quelques interventions chirurgicales sous analgésie hypnotique.

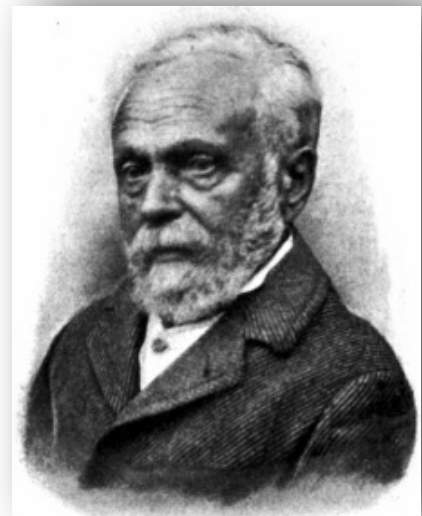
Liébault et l'hypnose

Liébault, est le véritable fondateur de l'école de Nancy. Dès 1864, le docteur Liébault, commence à s'intéresser à l'hypnose après avoir eu connaissance des travaux de Braid. Installé dans la région de Nancy, il se consacre à l'étude de la suggestion hypnotique et fait de la suggestion verbale, le facteur le plus important pour la création de l'état hypnotique.

Il commence à affirmer que " tout ce qui a rapport à une "lucidité transcendante" est une mystification". Comme Braid, il utilise la fixation d'objets, le plus souvent en bois, et rejette plus ou moins les passes magnétiques, réfutant ainsi le magnétisme animal.

En 1866, il publie ses théories dans un livre : "Du sommeil et des états analogues" mais la communauté scientifique le rejette. Liébault substitue à la conception psychophysiologique de l'hypnose celle du sommeil provoqué par suggestion. Pour lui, la fixation d'un objet ou les passes magnétiques ne sont pas absolument obligatoires." La suggestion, dit-il, est la clé de l'hypnose.

Pour Liébault, ce sommeil qui est provoqué par suggestion, est malgré tout nécessaire pour augmenter la suggestibilité du patient et permettre la production de toute une série de phénomènes appelés phénomènes hypnotiques. S'il est possible de créer, pendant ce sommeil hypnotique, des phénomènes spéciaux, comme des contractures, des paralysies ou autres troubles fonctionnels, il doit être également

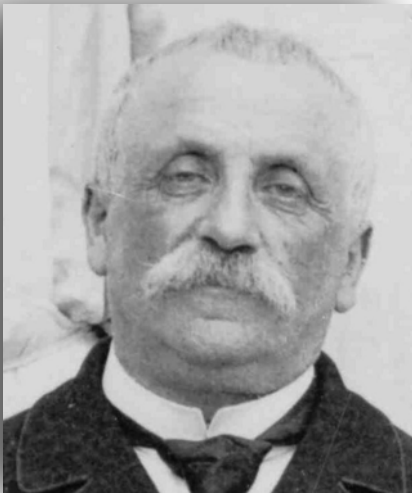


possible de créer le contraire de ces états pathologiques. On reconnaît à Liébault le mérite d'avoir le premier appliqué systématiquement la suggestion en thérapeutique.

A l'état de vigilance, l'attention est diffuse : elle va d'une sensation à l'autre, elle voltige d'une idée à l'autre : les deux types du sommeil, physiologique ou provoqué profond, ont surtout, en commun, la concentration centrale de l'attention. Ainsi tout est prêt pour l'arrivée des deux grands que sont Charcot et Bernheim, qui vont faire basculer la balance en faveur de cette science nouvelle : l'hypnose.

Liébault a pressenti la valeur des moyens psychologiques dans la thérapie des maladies que l'on appelle maintenant "psychosomatiques".

Bernheim et l'Hypnose (1840-1919)



Après avoir étudié de façon très intense avec Liébault, Bernheim qui était professeur à l'université de Nancy, commence aussi à utiliser la thérapeutique hypnotique et à noter les avantages qu'elle procure.

Plus subtil que Charcot, ayant le sens de l'humour, ne dédaignant pas l'ironie, il n'a aucune disposition d'esprit à être dupe. Il va perfectionner les techniques utilisées par Liébault et créer les bases scientifiques de l'hypnothérapie moderne. Ses travaux vont d'ailleurs marquer la fin du magnétisme animal. Il faut cependant signaler que Bernheim a substitué à la conception de suggestibilité par le sommeil provoqué de Liébault, la conception de suggestibilité normale à l'état de veille.

Pour Liébault, la suggestion, c'est-à-dire "l'idée introduite dans le cerveau est, la clef de l'hypnose".

"C'est la suggestion qui domine la plupart des manifestations de l'hypnose, les prétendus phénomènes physiques ne sont, suivant moi, que des phénomènes psychiques". C'est sur ces principes que va se former l'école de Nancy. Petit à petit, on remplacera l'hypnose par la suggestion à l'état vigile, voire même l'autosuggestion (la célèbre méthode Coué). L'hypnose n'est absolument pas une névropathie spontanée dans un cas, provoquée dans l'autre comme le voulait la Salpêtrière. L'école de Nancy va s'opposer à celle de la Salpêtrière car Bernheim va reprocher à Charcot de créer artificiellement les grandes crises hystériques. Pour Bernheim, le sommeil hypnotique n'est absolument pas nécessaire pour obtenir des phénomènes comme l'anesthésie, la contracture...

Selon lui, tous ces phénomènes peuvent être provoqués par simple suggestion à l'état de veille et par conséquent sans sommeil. Tout est dans la suggestion, et Bernheim affirme catégoriquement : "Les phénomènes de suggestion ne sont pas fonction d'un état magnétique (voir Mesmer), ni d'un état hypnotique (voir Braid), ni d'un sommeil provoqué (voir Liébault). Ils sont fonction d'une propriété physiologique du cerveau qui peut être actionnée à l'état de veille : la suggestibilité".

La suggestibilité peut se définir comme l'aptitude du cerveau à recevoir ou évoquer des idées et sa tendance à les réaliser, à les transformer en actes. C'est à partir des travaux de l'école de Nancy, vers 1889, que Freud va être mis sur la voie de ses recherches sur l'inconscient.

Freud et l'hypnose

Lorsque Freud arrive à Nancy, de nombreux points étaient marqués pour la démystification de l'hypnose. Le courant psychologique l'emportait lentement sur le courant somatique.

Après Nancy, Freud s'en va suivre l'enseignement de Charcot à la Salpêtrière.

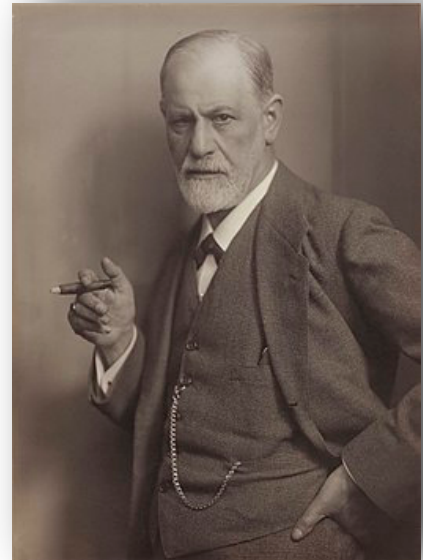
A son tour, il avait discerné un mécanisme particulier auquel il allait porter son indélébile empreinte : l'ordre, formulé par l'hypnotiseur, s'enfonçait dans le subconscient du patient et y demeurerait constitué par un système indépendant sur lequel la conscience du malade n'avait plus de prise.

Arracher ce complexe enfoui, aller plus loin encore dans l'analyse, c'est cette quête qu'enseignera Freud : l'analyse psychique. De retour à Vienne, Freud reprend la méthode cathartique.

Il fait ainsi revivre, en état d'hypnose, des scènes oubliées à ses patients, et particulièrement celles qui ont eu une action traumatisante et pathogène. Freud jugeait lassante, la technique de l'hypnose, telle qu'elle était employée par l'école de Nancy avec Bernheim.

Ce caractère mécanique, stéréotypé, monotone pour le praticien, ne convenait pas à Freud.

Mais les succès de la psychanalyse contribuèrent, à leur tour, à faire oublier les résultats thérapeutiques précédemment obtenus par l'hypnotisme.



Ivan Petrovitch PAVOLV (1849 – 1936)

Un prix Nobel va réhabiliter l'hypnose, il s'agit de Pavlov. Son nom reste attaché à la découverte des réflexes conditionnés. Il va redonner à l'hypnotisme, son droit de cité dans la médecine scientifique, et l'arracher définitivement du domaine de la fantaisie et de la magie.

Emile COUÉ

Ses premières années d'expérience font faire prendre conscience à Emile Coué de l'efficacité de la suggestion et de l'action déterminante de l'imagination dans le processus de guérison. Coué croit à l'action des médicaments. Mais il pressent aussi que notre esprit est capable de prolonger et d'amplifier cette action. Ayant longuement mûri cette intuition et guidé par un sens très sûr de l'observation, il commence à développer les premiers principes sur lesquels il bâtira plus tard sa méthode. Toute maladie est double, produisant ses effets sur la condition physique du patient, mais aussi sur son moral. En guidant l'imagination de manière positive, il est possible de faire pencher la balance du bon côté et par là même de déterminer la guérison. Ainsi lorsqu'un malade se persuade que la guérison va se produire, celle-ci se produira si elle est possible. Si elle ne l'est pas, il pourra néanmoins obtenir par la suggestion une amélioration optimale de son état.



Parallèlement Coué apprend l'existence d'un médecin original, le docteur Ambroise-Auguste Liebeault qui exerce à Nancy et obtient des résultats étonnants par la pratique de l'hypnose. Il lui rend en 1886 une première visite, et se passionne dès lors pour cette discipline relativement nouvelle fondée sur l'efficacité de la suggestion verbale. Il prend également connaissance des travaux du professeur Hippolyte Bernheim, dans lesquels il trouve la confirmation des principes qu'il pressent et expérimente. En 1901, il se rend à Nancy pour approfondir ses connaissances et suit pendant un temps des conférences à la faculté de médecine. Sa méthode se précise. Elle se fonde sur des principes simples tirés de ses observations :

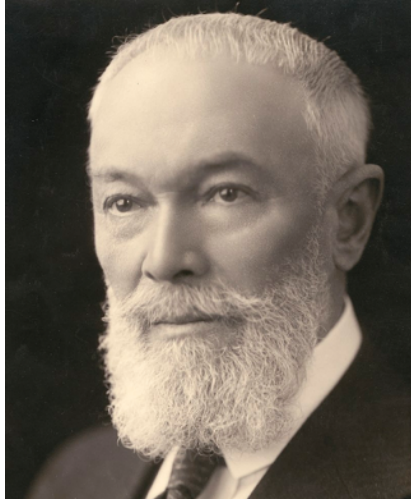
- Toute idée que nous avons dans l'esprit tend à devenir une réalité dans l'ordre du possible. Ainsi l'idée de guérison peut produire la guérison. Ou bien encore, sur le plan psychologique, considérer comme facile une chose à réaliser en facilite effectivement la réalisation.
- Notre être inconscient ou imaginaire, qui constitue la partie cachée de notre moi, détermine nos états physiques et mentaux. Il est en réalité plus puissant que notre être conscient et volontaire, qu'il englobe entièrement, et c'est lui qui préside à toutes les fonctions de notre organisme et de notre être moral. Donc chaque fois qu'il y a conflit entre l'imagination et la volonté, c'est toujours l'imagination qui l'emporte.
- Imagination et volonté doivent par conséquent travailler en synergie : lorsque la volonté et l'imagination sont en accord, elles ne s'additionnent pas l'une à l'autre, mais leurs forces se multiplient l'une par l'autre.

La célèbre méthode COUÉ, basée également sur l'idéo-dynamisme, consiste, à prononcer assez haut pour entendre ses propres paroles et en comptant sur une ficelle comportant 20 noeuds, la phrase suivante : **"Tous les jours, à tous les points de vue, je vais de mieux en mieux"**.

Il faut répéter cette phrase tous les matins et tous les soirs, au lit, les yeux fermés, sans chercher à fixer son attention sur ce que l'on dit. Il est à signaler que la méthode Coué est sujette à sourires, et ce, uniquement en France.

Pierre JANET

Pierre Janet entreprend à son tour, alors qu'il est professeur au Havre, des recherches sur l'hypnose et montre que celle-ci serait en fait le résultat d'une conscience secondaire dissociée, ou double conscience. Il se fonde sur les phénomènes de dédoublement de la personnalité et sur ce qu'on appelle les phénomènes d'amnésie post-hypnotique. En émettant l'hypothèse d'une deuxième conscience dissociée, Pierre Janet rejoint les travaux de Freud sur l'inconscient, qui sont en train de naître à l'époque. Mais le discrédit engendré par les travaux de Charcot, les difficultés à appréhender les phénomènes hypnotiques, l'éclosion des théories psychanalytiques et la non-directivité, font rapidement tomber l'hypnose dans l'oubli en France. Ainsi que le dira Janet : "Les immenses fleuves que sont la psychanalyse et la méthode psychosomatique, ont pris leur source dans l'hypnose, et après s'être détachés d'elle, ils y reviennent de façon souvent détournée, mais de plus en plus accusée."



Hypnose et douleur : aspects physiologiques

Différentes techniques (PET scan, IRM fonctionnelle, électrophysiologie) permettent de montrer les zones cérébrales spécifiquement activées par la douleur (cortex cingulaire, zone somato-sensorielle S2...).

Les aspects sensori-discriminatifs de la douleur :

- L'illusion de la douleur peut augmenter le flux sanguin cérébral dans certaines zones du cerveau (S2, gyrus cingulaire, insula antérieur).
- L'attention, la distraction, diminuent le vécu de la douleur (intensité et aspect désagréable) ainsi que l'activité de l'insula antérieure et du cortex S2.
- Au niveau S1, l'attention augmente l'activité.

La modulation de la douleur par l'attention :

- Le cortex pariétal postérieur, le cortex préfrontal interviennent dans les processus d'attention, ainsi que le cortex cingulaire antérieur.
- Alors que les autres zones cérébrales voient leur activité diminuer avec l'intensité des stimuli douloureux, le cortex cingulaire antérieur reste activé par l'attention du sujet.

Dissociation des composantes sensorielles et affectives de la douleur :

- Rainville, Bushnell et al. Ont montré que des suggestions hypnotiques visant à réduire le caractère désagréable de la douleur déclenchée par des stimulations thermiques s'accompagnent d'une réduction sélective dans le cortex cingulaire antérieur sans modifier l'activation du cortex somesthésique.
- S1-S2 et le cortex insulaire seraient activés par l'aspect sensori discriminatif de la douleur.
- Le cortex cingulaire antérieur par la dimension affective et cognitive de la douleur.

Rôle du cortex cingulaire antérieur :

- Tous les travaux actuels confirment le rôle du cortex cingulaire antérieur dans l'aspect attentionnel, émotionnel et comportemental de la douleur.
- L'hypnose atténue ou fait disparaître la réponse cingulaire.
- La suggestion la renforce alors que les réponses pariétales restent inchangées.
- La chronicité de la douleur, l'attention, l'anticipation de la douleur, la distraction, agissent à ce niveau.
- C'est aussi une région candidate aux régulations descendantes inhibitrices de la douleur.

L'hypnose et la modulation de la douleur :

Différents mécanismes pourraient intervenir :

- Interaction cortico-corticale avec la partie dorsale et ventrale du cortex cingulaire antérieur.
- Influence corticale sur les projections thalamiques au cortex cingulaire antérieur et l'aire S1.
- Mise en jeu des systèmes de contrôle inhibiteurs descendants.

Intégration corticale de la douleur :

- La douleur est comme toute stimulation sensorielle, soumise aux influences de l'attention, de l'anticipation, de l'imagerie mentale, de conditionnements antérieurs
- Les zones frontaux cingulaires, activées par les antalgiques comme la morphine ou par la stimulation corticale sont les mêmes que celles sollicitées par les techniques non médicamenteuses comme l'hypnose.

À l'aide de ces résultats nous voyons comment se réduit la dichotomie entre les approches anatomo biologiques et psychologiques de la douleur.

Le courant expérimental a l'avantage d'avoir permis à l'hypnose de trouver une place scientifique indéniables.

Depuis quelques années suite à ces recherches, un acte codé pour une séance d'hypnose à visée antalgique est maintenant reconnu dans le secteur hospitalier.

Toutefois toutes ces recherches ne donnent pas une claire compréhension de l'hypnose et de son mode de fonctionnement car l'hypnose a cette particularité de ne posséder aucune théorie propre concernant ce qui est la source de son efficacité.

Au mieux avec le courant ericksonien, on possède une description des aspects communicationnels de cette technique qui seraient la source de son efficacité.

Des éléments de compréhension existent du côté de la psychanalyse est donc de l'hypno analyse mais ils ne sont pas propres à l'hypnose (conceptualisation en termes de transferts).

L'hypnose contient les fondamentaux de toute relation d'aide, reste à explorer tout le facteur relationnel.

Les grands principes de l'hypnose ericksonienne

L'hypnose ericksonienne est la technique la plus pratiquée dans les pays occidentaux. Elle influence énormément d'autres courants.

Elle est axée sur des principes de communication propres utilisant les métaphores, les suggestions indirectes... Le praticien entre dans le monde du patient (croyances, visibilité des éléments favorisant le symptôme etc.), se met en relation avec lui, et construit des modalités de prise en charge ad hoc.

Celle-ci est axée sur le symptôme avant tout, mais le patient est respecté dans sa demande, son rythme, son évolution.

Il nous apparaît comme l'apprentissage qui permet aux sujets d'aller trouver ses propres solutions aux conflits, ses propres ressources internes à mobiliser. Ces ressources ont toujours été là, mais la souffrance est un remodelage de la vie du sujet. Le symptôme provoque une

levée des défenses qui bloquent l'accès aux ressources. Un équilibre, même pathogène, a été créé et ne peut se lever facilement : des résistances au changement veillent. Les techniques ericksoniennes vont permettre de les contourner.

Pour Erickson, il n'y a pas besoin que le patient soit dans une transe profonde pour que la méthode soit efficace. Le sujet va spontanément se placer au niveau de profondeur qui lui conviendra le mieux. La méthode est avant tout non-directive mais relève toujours d'une stratégie thérapeutique très précise et déterminée. Le but de la thérapie est toujours le changement et la méthode une structuration particulière de la communication praticien/patient. Contrairement à la psychanalyse, on ne recherche pas de signification particulière au symptôme. Le patient n'est pas non plus passif comme dans les autres modes hypnotiques de prise en charge. La thérapie se co-construit. Établir le diagnostic revient, du point de vue du thérapeute, à comprendre le monde du patient et pour le sujet à se rendre compte de son retentissement dans le présent, de son expression.

Cette pratique singulière replace le sujet au centre, prône une non-directivité, on accompagne le patient plus qu'on ne le dirige

La communication hypnotique

Les deux notions primordiales de la communication hypnotique sont la dissociation et la suggestion.

La dissociation

C'est LE principe de l'hypnose. Etre là et ailleurs, dans le présent et dans un souvenir. Elle est l'aptitude à être observateur de soi-même, sans jugement (ex. observer une douleur et sa respiration, etc.). On est à la fois spectateur et acteur.

La dissociation produit l'analgésie, la détente et mobilise les ressources du patient (l'attention, les savoirs-faire acquis, etc.).

La suggestion

Elle peut être de 3 natures : directe, indirecte et post-hypnotique.

Suggestion directe

On demande à la personne ce que l'on souhaite pour elle, sans voie détournée.

Suggestion indirecte

Le but recherché est implicite ou exprimé de façon permissive, non comme un « ordre à suivre »

Suggestion post-hypnotique

Réalisation d'un acte postérieur au retour à l'état ordinaire de conscience. Se formule généralement avant le « retour »

A retenir

- Eviter la négation
- Parler de façon posée
- Utiliser le saupoudrage
- Utiliser des images, métaphores
- Back channel ou ratification : « c'est très bien... »
- Etre ludique et créatif
- Varier le rythme en fonction des événements
- Aller jusqu'au bout quoi qu'il arrive
- Suggestions sur les expirations de préférence
- Au moins 3 temps de respiration entre chaque proposition nouvelle
- NB: Prendre le temps pour gagner du temps

Les attitudes hypnotiques

L'empathie

Il s'agit de la capacité à se mettre à la place de l'autre et à ressentir ses sentiments et émotions. C'est une faculté de compréhension de la vie intérieure de l'autre, comme s'il était le vôtre mais sans jamais oublier la qualité de « comme si », Carl Rodgers. Cette appréhension de la notion d'empathie suppose que le soignant laisse de côté ce qu'il est, au moins pour un temps. Ceci ne peut être réalisé que par une personne suffisamment en confiance avec elle-même.

Les inductions hypnotiques vont porter :

- Sur les messages conceptuels venant du patient (dimension cognitive) : les variations de sens que le patient donne à un même événement ou à des événements différents qu'il relie pour expliquer son mal.
- Sur les messages émotionnels (dimension affective) : l'ensemble des émotions mais aussi la confusion des sentiments que le patient est en train d'éprouver.

Il est important d'aller vérifier auprès du patient ce que l'on perçoit de lui et de son monde. Par la compréhension empathique le soignant aide le patient à entrer en contact avec ses propres sentiments et à se les réapproprier.

D'autres formes d'empathie

Lorsque quelqu'un se sent perçu et compris, il établit intuitivement un contact plus étroit avec les expériences qu'il est en train d'éprouver et le sens qu'il peut leur accorder.

La référence externe que lui offre le soignant par son empathie lui permet d'avancer plus sereinement vers la voie du changement par l'idée du partage et le sentiment réconfortant d'être compris et accompagner.

D'une certaine façon on pourrait dire que le patient devient thérapeutique pour lui-même. À l'aide de l'empathie le soignant crée un lien avec son patient non pour élucider et interpréter son symptôme mais pour l'aider à réparer son processus de développement et combler son manque.

Comment manifester son empathie ?

- Une question : « Qu'est-ce qui se passe actuellement chez la personne qui est en face de moi ? »
- En demandant de nous dire ce dont elle aurait le plus besoin dans l'ici et le maintenant du processus de soin
 - En utilisant des techniques de communication (formulation en écho, reformulation)

La congruence

C'est se mettre en mouvement vers l'autre pour le rejoindre.

- Il s'agit d'un état sans tension particulière, un moment d'harmonie soi/environnement
- Souhaite être congruent avec un patient, c'est souhaiter atteindre cet état d'équilibre avec l'autre.
- L'authenticité mène à la congruence et se définit comme un temps où le soignant ressent et a conscience des émotions qu'il ressent et peut les exprimer au patient dans le cadre de sa rencontre avec lui.
- La congruence impose une bonne distance au patient : ni trop éloigné (prévalence du statut professionnel), ni trop proche (prévalence des données personnelles)

L'écoute

L'écoute soignante impose une implication affective avec le patient ainsi qu'une attention particulière centrée sur le patient uniquement. Un soignant en position d'écoute induit un relationnel particulier, proximal, avec celui qu'il écoute. L'écoute permet d'entendre le patient et sa souffrance éventuelle c'est-à-dire de percevoir au-delà des paroles et des mots son humanité : ses craintes et ses forces, ses doutes et ses certitudes, ses éléments d'équilibre et de faiblesse et de s'en servir pour construire une induction hypnotique.

- Premier niveau d'écoute : ce qui est dit dans la relation soignant/soigné. C'est un travail de recueil où la parole du patient est entendue, relevée quelqu'en soit le propos (son histoire, sa situation...).
- Second niveau d'écoute : concerne ce qui se dit dans le non verbal et le para verbal.
- Troisième niveau d'écoute : concerne les émotions et les sensations.

L'écoute implique une décision par le soignant : celle de se rendre disponible pour le patient. Disponibilité à entendre et à recevoir avec une vigilance particulière : dans tout ce que dit le patient, sur quoi faut-il communiquer pour l'aider ?

Les différentes étapes d'une séance d'hypnose

1- Travail préparatoire

On introduit l'hypnose le plus souvent en deuxième séance car il est généralement souhaitable que l'hypnose soit précédée d'un travail préparatoire.

- L'anamnèse est essentielle. Elle permet d'éviter certaines contre-indications mais surtout elle fournit les éléments qui vont guider le thérapeute dans les inductions hypnotiques du début.
- Faire préciser la demande, aider la personne à préciser des objectifs à court terme, éventuellement à plus long terme.
- Établir un contact personnel favorable avant l'hypnose : il est important qu'une alliance thérapeutique soit déjà en place avant une première séance d'hypnose, cela facilite une interprétation positive de la relation hypnotique.

Recherche des croyances et attitude au sujet de l'hypnose et de la suggestion : comment le sujet conçoit l'hypnose, qu'en attend-il, que craint-il ?

Recherche des expériences apparentées : le sujet a-t-il déjà vécu un état mental se rapprochant de l'hypnose (relaxation, sophrologie, méditation, yoga...)

Repérer le style communicationnel du sujet de façon à s'y adapter (choix des mots, niveau de directivité...)

Être attentif à la communication non verbale

Rechercher ses centres d'intérêt (loisirs, plaisir...)

- Rechercher des exceptions : les moments où cela va mieux, les moments où la personne n'est pas douloureuse...

2- Induction hypnotique (détail des techniques en p. 20)

3- Phase de travail

Suggestions directes, indirectes, post-hypnotiques (voir en p.21)

Il s'agit de propositions thérapeutiques. Il est important d'interagir avec le patient pour savoir ce dont il fait l'expérience.

Les « recadrages » du patient (vécus différents...) sont toujours meilleurs que nos propositions.

La phase de travail hypnotique peut aussi se faire à l'aide de métaphores :

Images métaphoriques (animal figurant la douleur, métaphores thérapeutiques...)

4- Retour

On donne la consigne...

Suggestion de ce qui va suivre ou de réinduction Ecoute de l'environnement

Retrouver un rythme, un tonus, une vigilance

Sortir de l'expérience antérieure (grande respiration, distraction...)

Techniques d'inductions

La dissociation

C'est le principe même de l'hypnose, être là et ailleurs dans le présent et dans un souvenir, en train d'observer une douleur, sa respiration... On est à la fois spectateur et acteur. La dissociation produit analgésie, détente et mobilise les ressources du patient (l'attention, les savoir-faire acquis...).

L'induction hypnotique

C'est l'ensemble des techniques permettant de créer une dissociation. En voici une liste au niveau verbal :

Les bases :

- Être artistiquement vague : il s'agit de demander à quelqu'un d'agir sans forcément lui dire comment ni sur quoi. Cela permet de prendre en compte tous les cas de figure possibles tout en préservant la congruence du sujet : « Dans la position qui est la vôtre en ce moment, vous pouvez ressentir des choses ou simplement penser et écouter ce qui se passe ou bien faire autre chose ».
- Les liaisons : et, alors, ainsi, pendant que, alors que, tout en. Il s'agit de relier chaque proposition ou affirmation à la suivante qu'elles aient un lien logique ou non. Cela favorise l'induction et son acceptation par le patient : « tu respirez calmement et ton corps commence à se détendre ».
- Le truisme : il provoque une série d'acceptation. C'est l'énoncé d'une évidence : « C'est tellement plus agréable d'être confortablement installé pour se détendre ».
- Le yes set: c'est une séquence d'acceptation faites de truismes et de descriptions au niveau visuel, auditif, kinesthésique, et olfactif de l'ici et maintenant : « Tu es assis et tu regardes autour de toi, tu entends des sons autour de toi, tes pieds bougent et tu attends ».
- La négation : « Et je ne sais pas si/comment/à quel moment... ».
- La dissociation lors de l'induction : petit à petit il y a un changement de proposition : « ta main ou ta respiration » devient « cette main, cette respiration »
- Ratifier : consiste à faire remarquer qu'il se passe quelque chose, que des phénomènes apparaissent spontanément de façon à faciliter la suite de l'expérience : « T'es-tu aperçu que ta respiration est plus lente et plus régulière ? »

Les jeux de langage :

- Double lien ou choix illusoire : « Tu préfères installer ton gant magique sur la main gauche ou bien sur la droite afin de l'engourdir lorsqu'on va faire le soin ».
Les présuppositions : c'est une idée implicite, insérée dans la phrase rendant celle-ci compréhensible uniquement avec l'acceptation de cette même idée : « Lorsque tu auras respiré trois fois peut-être qu'à la quatrième fois, ton corps se sentira plus léger, aussi léger que le souffle de cette respiration ».
Le saupoudrage : c'est appuyer sur certains mots, phrases ou syllabes en changeant le ton, le volume en laissant un silence avant et après mais de façon discrète : « Calmement tu peux être là et simplement penser à autre chose, confortablement te rappeler d'un moment agréable et attendre la détente ».
L'anticipation : c'est décrire, ratifier par avance un phénomène juste naissant dans le but de l'amplifier : « Et comme ton index commence à se soulever alors peut-être le pouce ou le reste de la main va vouloir le suivre dans cette légèreté ».
- La projection dans l'avenir : « Pense à comment tu es bien lorsque tout cela est terminé et que tu peux retourner faire ce que tu aimes le plus. Est-ce que tu as idée de la première chose que tu feras en sortant d'ici ? ».
- Être imprévisible : la surprise dissocie. Il faut donc savoir en user.

Au niveau de votre attitude : le patient s'attend à un stéréotype de soignant, qu'il s'est fabriqué avant de vous rencontrer. Il s'agit de ne pas entrer dans ce moule là.

- Le regard : fixer l'endroit où le patient a mal quand on lui parle.
- La confusion : incongruence d'action ou de gestes, de phrases difficiles à comprendre, de façon à embrouiller la partie consciente et à redonner plus de liberté à l'inconscient : « C'est la première fois que tu vas faire de l'hypnose mais il y a toujours une première fois et puis une première seconde fois et une seconde première fois ».
- L'humour.

Les suggestions hypnotiques et leurs styles

Selon Bernheim : « La suggestion, c'est une idée qui se transforme en acte ». Pour Pierre Janet : « C'est l'idée de la chose réalisée qui précède la réalisation de la chose ».

La suggestion directe :

C'est demander à une personne sans voie détournée ce que l'on souhaite pour elle.

La suggestion directe comprend :

- La suggestion directe simple : « Installez-vous, mettez-vous à l'aise, détendez-vous à votre rythme. Fixez le regard de votre mari et soufflez chaque contraction. Vos muscles se relâchent et se laissent porter par le lit. Vite partez loin de la douleur, laissez cet inconfort ici aux soignants et utilisez votre imagination, votre cerveau, votre souvenir pour aller ailleurs.
- La suggestion directe camouflée : « En attendant d'être moins inconfortable pour vous concentrer sur autre chose, pensez à vos dernières vacances, et pour permettre à votre corps d'être moins tendu, utilisez votre respiration pour y mettre une couleur à expirer, et installez de plus en plus de calme à chaque inspiration avec une autre couleur plus apaisante pour vous. Pour vous aider à traverser cela, utilisez votre respiration pour partir à la rencontre de ce que vous décrivez là ».

La suggestion indirecte simple

Le but recherché est implicite ou exprimé de façon permissive, non comme un ordre qu'il faudrait suivre. On peut reprendre les exemples des suggestions directes simples évoqué ci-dessus en les reformulant différemment et en introduisant quelque chose qui rend la suggestion indirecte : « Vous pouvez-vous installer et trouver une position confortable pour vous, que vous pouvez réajuster à tout moment. Vous pouvez-vous détendre à votre rythme, si cela peut vous aider certaines femmes enceintes se concentrent sur le regard de leur mari et elles soufflent au loin chaque contraction. Vos muscles peuvent peut-être se relâcher un à un. Vous pouvez décider de partir loin de la douleur, vous pouvez-vous autoriser à laisser cet inconfort ici aux soignants et à utiliser votre imagination, votre cerveau, votre souvenir pour aller ailleurs ».

Plusieurs formulations sont possibles :

- Ouverte : il s'agit de prédire l'apparition de quelque chose et ensuite d'accepter toutes les réponses que la personne fournira : « Vous pouvez retrouver un souvenir ou une situation où un jardin secret que vous seul connaissez ».

- Liée au temps : cela joue sur l'idée que les échecs n'existent pas, que cela va arriver de

toute façon : « Maintenant ou tout à l'heure vous pourrez vous sentir en sécurité.

- Couvrir toutes les possibilités sauf la négative : « La relaxation peut s'accompagner de chaleur ou de fraîcheur ou de rien de bien particulier ».

- Mode hypothétique : « Peut-être qu'à un moment ou un autre vos yeux voudront se fermer ».

- Par pause : « Et maintenant que tu as plongé sous l'eau, tu peux certainement voir... ».

- Négation paradoxale : « Tu n'as pas besoin de ressentir la détente tout de suite. Parfois même accéder à l'état hypnotique ne nécessite même pas de se détendre particulièrement ».

- Par opposés : « Plus le bras devient léger et plus vous pouvez, vous autoriser à accéder à cet espace de liberté qui est le vôtre.

La suggestion post-hypnotique

Après l'induction, on suggère directement ou indirectement un acte qui va se passer après que le patient revienne à un état naturel de conscience. Par exemple : « Vous allez pouvoir ramener avec vous tous ce que vous souhaitez ramener de cette expérience et laisser ce que vous voulez, de façon à ce que cela puisse continuer à vous aider consciemment et inconsciemment quand ce sera le bon moment pour vous », « Tout à l'heure, quand vous ouvrirez les yeux, vous pourrez respirer tranquillement et chaque respiration pourra continuer à vous aider à installer de plus en plus de ce que vous souhaitez pour vous », ou encore : « Et lorsque vous en aurez besoin tout à l'heure ou même à d'autres moments, vous pourrez retrouver très naturellement cet apprentissage que vous venez de faire afin de l'utiliser à votre façon », ou encore : « Et ce travail va continuer bien longtemps après la fin de cette expérience et une partie de vous peut s'autoriser à mettre en place les solutions après une nuit reposante ou un tout autre moment ».

Éléments de construction avancés

La relation est toujours centrée sur le patient. L'hypnose s'inscrit dans une forme de relation où le soignant doit s'adapter à l'autre dans un mode de relation qui nécessite un lien de confiance. Avec un peu d'observation et d'écoute, certains éléments permettent de mieux entrer en communication avec le patient simplement en repérant quel est son canal sensoriel privilégié. Le thérapeute peut adapter sa façon d'accompagner un patient dans une séance d'hypnose en fonction de cela. Par exemple si le patient est visuel on doit aussi lui parler sur un mode visuel c'est pour cela que certains indices peuvent aider :

La calibration narrative

Il s'agit de repérer dans le discours si le patient est plutôt visuel, auditif ou kinesthésique. Cela se note à partir des expressions qui seront privilégiées en voici quelques exemples :

- Visuel : « Je vois bien ce que vous voulez dire », « C'est clair comme de l'eau de roche », « Vous voyez l'image qui me vient pour décrire cela, se serait un peu comme... »

- Auditif : « Ça me parle bien ce que vous dites là », « Ça ne me dit rien de bon cette situation », « Je me suis dit que pourtant on s'entendait bien mais que quelque chose clochait », « Ah si je m'écoutais un peu plus »

- Kinesthésique : « Je suis bien dans ma peau généralement mais là je me sens noué »,
« Rien que d'en parler cela me fait froid dans le dos »

Ainsi en fonction de ce que l'on perçoit chez le patient, cela nous aidera à accentuer sur l'un des sens lors de la séance d'hypnose.

L'écoute active

Cette expression signifie que l'on se rend disponible pour l'autre.

- Montrer notre attention, on valide : « hum, oui... ».
- Faire préciser un point : « que voulez-vous dire par-là ? »
- Reformuler : « Si j'ai bien compris, vous me dites que ce qui vous fait peur c'est d'avoir mal, c'est bien ça ? »
- Ne pas juger le patient et présumer de ce qu'il ressent : « Mais non ça n'est rien, ça ne fait pas mal »...
- Prendre le temps de noter, relever les signes, expressions dont on va se servir ultérieurement.
- Faire attention au langage corporel.

Techniques d'hypnoanalgésie

Indications

PRISE EN CHARGE DES DOULEURS AIGÜES IATROGENES

Pose de
chambres
implantables

Certaines
interventions
chirurgicales sous
hypnosédation

Soins invasifs :
pose de perfusion,
prélèvements
sanguins, points de
suture, ponction
lombaire

Examens invasifs
douloureux et/ ou
anxiogènes : coloscopie,
fibroscopies,
biopsies...

Réduction de
fracture

Soins de
plaies
douloureux,
pansements

PRISE EN CHARGE DES DOULEURS CHRONIQUES

Lombalgies,
sciatalgies,
migraines, céphalées,
douleurs
neuropathiques

Consultation
d'hypnothérapie
complémentaire au
traitement antalgique,
céphalées, douleurs
neuropathiques

Mémo

Techniques pouvant être utilisées pour créer l'analgésie hypnotique (liste non-exhaustive):

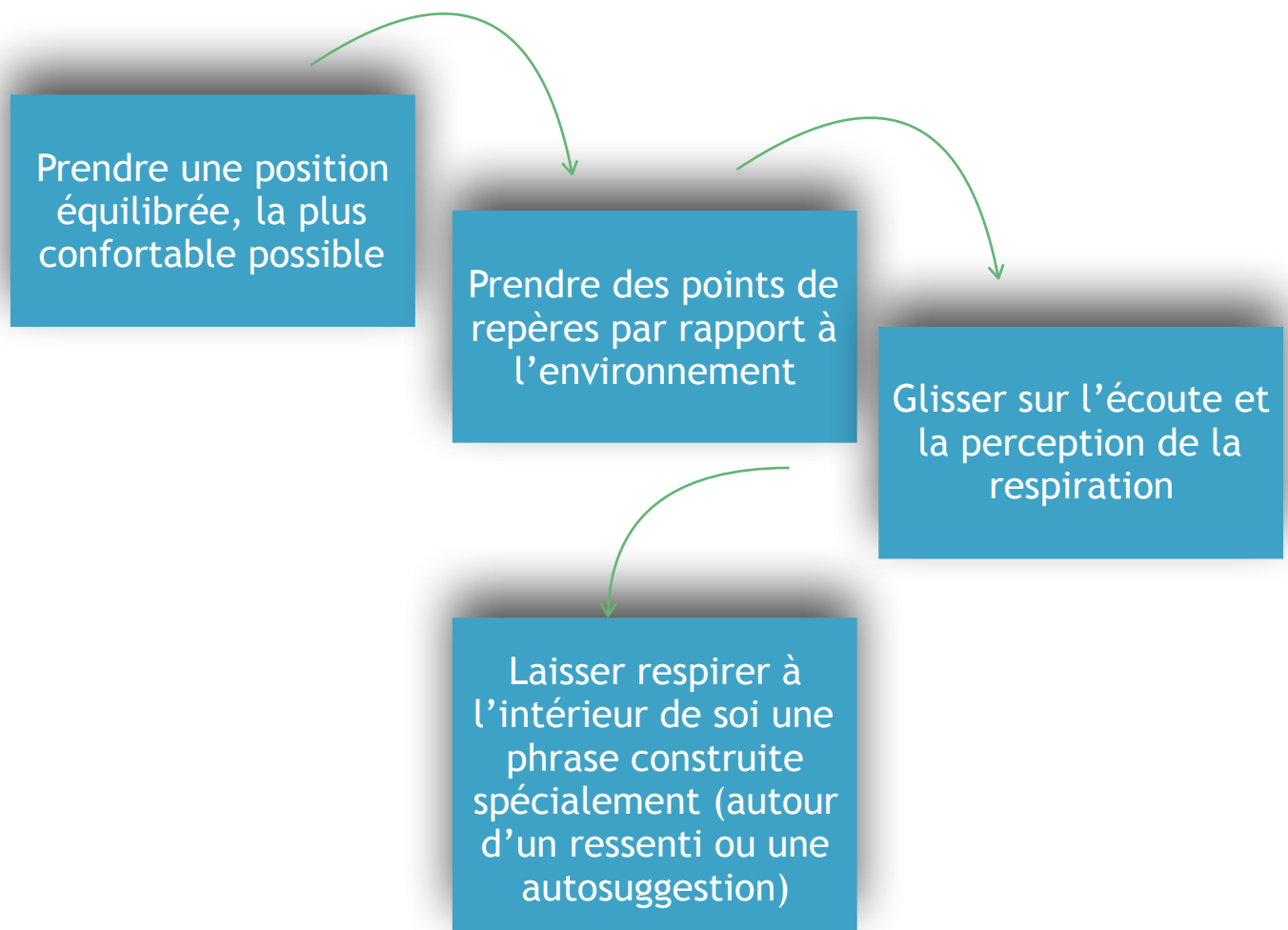
- l'hallucination d'analgésie
- la diminution directe de la douleur
- la substitution de sensations
- le déplacement de la douleur
- la dissociation
- la réinterprétation
- la réification

Zoom sur... L'auto-hypnose

Il s'agit de permettre au patient de s'appropriier et de reproduire seul les techniques d'hypnose. Cela va renforcer son autonomie, sa confiance en lui et son estime de soi. Cela permet au praticien d'attribuer complètement au patient le mérite du changement.

- L'auto-hypnose s'apprend et s'entraîne, au départ, souvent sur un versant de relaxation.
- Donner un schéma clair : perception de l'environnement, perception des limites corporelles, perception de l'intérieur du corps.
- Technique d'ancrage soit à l'aide d'un objet, soit associé à un geste. On induit auparavant un lieu ressource puis on demande au patient d'associer, de lier, d'enfermer ce lieu dans l'objet ou le geste. Enfin on introduit une suggestion post hypnotique. Lorsque l'objet sera saisi ou le geste effectué, le patient retrouvera de façon instinctive le lieu ressource. Il faut vérifier l'ancrage avec le patient.

Exemple d'indication à donner au patient



Bibliographie

- Bellet P. L'hypnose. Paris: Odile Jacob; 2002.
- Benhaim J.-M. L'hypnose aujourd'hui. Paris: In Press; 2005.
- Bioy A. Découvrir l'hypnose. Inter Editions; 2007.
- Bioy A., Celestin-Lhopiteau I., WOOD C. L'aide mémoire de l'hypnose. Paris: Dunod; 2010.
- Michaux D, Halfon Y, Wood, C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. PARIS: Maloine ; 2007.
- Melchior T. Créer le réel. Paris: Seuil; 1998.
- Michaux D. Hypnose et Douleur. Paris: Imago; 2004.
- Rosen S. Ma Voix t'accompagnera Milton H. Erickson. Raconte. Hommes et groupes éditeurs ; 1986
- Salem G. Soigner par l'hypnose. Masson; 1999.
- Virot C, Bernard F, Faymonville M-E. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Rueil-Malmaison : Arnette ; 2010