**L’hypnose dans le traitement des acouphènes.**

**Pourquoi L’hypnose pour le traitement des acouphènes ?**

**Quel Patient orienter vers l’hypnothérapie ?**

**Que dire à mon patient au moment de l’orientation thérapeutique ?**

Ce n’est qu’au 18ème siècle que Mesmer formalise l’hypnose (le magnétisme animal) comme une pratique scientifique. Freud découvre l’inconscient grâce à l’hypnose apprise avec l’école de la Salpêtrière de Charcot et à l’école de Nancy avec Liebault et Bernheim. L’hypnose nous place devant des phénomènes de guérisons certaines, et cela en Europe depuis Mesmer et Puységur. Pour Mesmer l’efficacité de l’hypnose (le magnétisme animal) réside dans le pouvoir thérapeutique qui est dû à l’hypnotiseur ; pour Freud il est à trouver dans la relation, pour Erickson il est dû au patient. La psychanalyse est issue de l’hypnose, Freud découvre et formalise l’inconscient emprunté à Charcot et Berheim.

Aux USA, avec Erickson[[1]](#footnote-1) (1901-1980), l’hypnose communicationnelle non directive, axée sur le changement a permis les recherches de l’école de Palo Alto sur les thérapies brèves. L’hypnose stimule la créativité du psychothérapeute et celle du patient. Elle est maintenant une discipline scientifique. Cela permet une perspective avec les différentes figures de l’analogie avec différents courants : la physiologie, la biologie, la psychopathologie… Elle est étudiée dans toutes les universités du monde. L’inconscient est surtout un vaste **réservoir de ressources** potentielles que le patient n’a pas encore suffisamment exploité. L’hypnose est un élément catalyseur dans les psychothérapies et en psychanalyse et elle favorise les associations libres. En France Chertok[[2]](#footnote-2) et Palaci[[3]](#footnote-3) (1970) développent l’utilisation de l’hypnose et de la psychanalyse conjointement à la Pitié-Salpêtrière. Si les techniques d’imagerie récentes telles que le PET scan (Positron Emission Tomography, tomographie par émission de positrons [TEP]) permettent de visualiser la réalité d’un fonctionnement cérébral particulier à l’hypnose. Elle connaît un essor important dans le milieu médical à la fin du XXème siècle avec les avancées du positron et les recherches avec l’imagerie cérébrale fonctionnelle qui ont objectivé la façon dont l’hypnose fonctionne. Ainsi, l’état hypnotique correspond à une activation cérébrale particulière médiée par le cortex cingulaire antérieur ainsi qu’à une désactivation de certains réseaux de contrôle (ou d’attention), au profit des réseaux dits de « mode par défaut ». Ainsi, l’état hypnotique correspond à une activation cérébrale particulière médiée par le cortex cingulaire antérieur ainsi qu’à une désactivation de certains réseaux de contrôle (ou d’attention), au profit des réseaux dits de «mode par défaut».

En Mars 2013, **l’Académie Nationale de Médecine** a reconnu l’hypnose comme faisant

partie des thérapies complémentaires (ThC) : « *Les multiples indications de l’hypnose en*

*médecine en font de plus en plus un élément précieux de ce qu’on est convenu d’appeler les*

*ThC, sachant qu’il s’agit avant tout de techniques psychothérapiques et psychocorporelles* ».

Le thérapeute induit un état modifié de conscience (EMC), facilitant ainsi un vécu dissociatif en relation avec l’autre pour favoriser le lien thérapeutique. La dissociation psychique : le patient « prend de la distance ». Il est là et ailleurs, dans le présent, le passé ou le futur, en train d’observer une douleur et sa respiration. Le patient est à la fois spectateur et acteur. Ainsi la dissociation permet de focaliser son attention sur autre chose que le symptôme. Elle produit l’analgésie, la détente et mobilise les ressources du patient (les savoir-faire acquis, l’attention…). L’hypnose est une manifestation psycho-physiologique naturelle de la conscience en état de veille, survenant spontanément à certains moments, probablement d’acquisition phylogénétique ancienne. Rossi élève d’Erickson a démontré que nous sommes dans une phase hypnotique toutes les quatre-vingt-dix secondes. En EMC, le patient se voit différemment par rapport à son environnement et son ressenti habituel.

Ainsi, progressivement, sa sensorialité évolue. Il peut se détacher de sa douleur, d’un inconfort, d’un vécu de souffrance ressenti corporellement (sentiment d’oppression ou autre). Selon le mot de François Roustang c’est une « perceptude ou « veille paradoxale ».

La « perceptude » renvoie à la capacité du patient à rentrer en contact avec l’intégralité de son corps (et non uniquement de ses symptômes) et de son environnement. Le patient se réinstalle dans de nouvelles sensations, ressentis, perceptions. Il s’agit d’une expérience intime, existentielle de soi et de sa situation. L’hypnose est un EMC, un éveil paradoxale qui est un fonctionnement mental particulier qui modifie la perception du temps, augmente la concentration et qui réorganise l’attention, du monde extérieure avec une modification des bruits et des sensations corporelles. Il ne s’agit d’un état de somnolence qu’en apparence. C’est en fait un état d’hyperactivité corticale, authentifié en imagerie médicale grâce à l’utilisation d’une caméra à positrons. Sur le plan psychologique, l’hypnose présente un ensemble de caractéristiques communes avec les états de transe : le sujet semble absent par rapport à de son environnement, voire absent de son corps, quoique éminemment présent à lui-même, d’où l’hypothèse qu’il s’agit d’un état de conscience élargie ou amplifiée.

**Comment L’hypnose permet de se relaxer.**

Il existe plusieurs méthodes de relaxation profonde, adaptées aux différents types de personnalités. Et souvent ceux qui ont des difficultés à se relaxer, sont agréablement surpris, après des séances d’hypnothérapie, de découvrir comment ils peuvent facilement et rapidement se relaxer. Pendant une séance d’hypnothérapie vous ne dormez pas. Cela s’apparente au sommeil, mais en réalité vous êtes dans une profonde relaxation, tout en restant éveillé. Cela peut ressembler un peu à « un rêve éveillé dirigé », comme lorsque vous fermez les yeux pour vous laisser imaginer vos pensées**.**

**Comment se sent-on sous hypnose?**

On continue de percevoir et d’entendre tout ce qui se passe autour de soi, vous êtes alors parfaitement attentif et conscient de votre état de vigilance paradoxale. Vous contrôlez vos réactions, vos émotions ; ainsi votre moi et votre volonté sont plus éveillés, tout en étant profondément relaxé. Sans l’accord du sujet, l’hypnose ne peut se produire. En hypnose, le sujet est  volontaire et actif tout au long de la séance. Un sujet ne peut entrer en hypnose que s’il le souhaite, son accord est fondamental. En hypnose, vous maîtrisez plus facilement, Vous êtes conscient et votre libre-arbitre est toujours actif. Vous pouvez à tout moment interrompre vous-même la séance. Absolument rien ne peut se faire contre votre volonté. Immédiatement après la séance d’hypnose, lors de la séance de débriefing vous souviendrez parfaitement de ce qui a été dit puisque vous étiez en hypnose et actif. C’est votre inconscient qui se souviendra de ce qui a été dit, vécu et ressenti et vous le restituera à votre gré, d’une manière préconsciente. Ce processus constitue l’efficacité de l’hypnose.

[**Indication de l’hypnose**](http://hypnose-jdv.over-blog.com/pages/Indication_de_lhypnose-1612683.html) : L’hypnose est une technique parmi d’autres, efficace et rapide. Aucun effet secondaire et pas d’accoutumance. L’hypnose peut traiter, aider, soulager, améliorer de nombreuses problématiques; émotions, souffrances, comme  les acouphènes.

**Qu’est-ce que l’hypnose et l’hypnothérapie pour les acouphènes ?**

L’Hypnothérapie est une relaxation thérapeutique en état de conscience modifiée. L’hypnose, c’est un état de vigilance paradoxale. Le sujet est toujours conscient, mais à un niveau

de conscience inférieure à la conscience présente ce qui permet d’être concentré, attentif à soi même, de mieux percevoir, d’entrer à l’intérieur de soi.

 Une définition de l’hypnose : une profonde relaxation en état de vigilance paradoxale qui facilite et potentialise les idées positives, celles-ci atteignent ainsi plus aisément l’inconscient du sujet. En hypnose c’est l’inconscient du sujet qui prend en charge le conscient. L’hypnothérapeute n’est qu’un passeur, un médiateur qui facilite le dialogue interne du sujet. La confiance et l’esprit de collaboration du thérapeute et le transfert peuvent avoir une influence positive sur l’implication du sujet. L’hypnose est toujours présente dans toute les cures psychanalytiques, même s’il elle n’est pas exprimée de façon explicite. L’hypnose contribue à l'émergence de la pensée. L’hypnose sans suggestion, une modalité qui catalyse les psychothérapies. L’hypnose permet de lever la barrière des défenses et de relâcher le flux associatif, fantasmatique au-dedans. Relâcher les défenses par l’induction, la confusion.

La « perceptude[[4]](#footnote-4) » dans la vie quotidienne, la vigilance renonce à ses intentions. Il nous faut perdre son intention sur les défenses, avec l’induction, on trompe les défenses.

Daniel Araoz (1982) donne la définition suivante : L’hypnose c’est « un état dans lequel les facettes mentales critiques sont temporairement suspendues, et où la personne utilise principalement l’imagination ou les processus des pensées primaires. Le niveau d’hypnose, sa « profondeur » dépend du degré de l’implication imaginaire ». Il invente la nouvelle hypnose, utilise certains des outils hypnotiques découverts chez Milton Erickson, en les faisant évoluer (exemple : le langage hypnotique, la technique du saupoudrage, les métaphores, etc.) et en ajoutant des techniques inédites (synchronisation, **VAKOG**[[5]](#footnote-5); inductions hypnotiques participatives, métaphores, communication subliminale multi-niveaux, Programmation Neuro Linguistique, etc.) dans un esprit moderne qui inclut les attentes actuelles, comme la préoccupation que l’on peut avoir par rapport à son confort de vie, ses relations aux autres, le couple, le développement personnel. Les techniques d’Erickson sont abandonnées et les techniques de base d’Erickson ne sont plus utilisées à l’ancienne mais sont censées être devenues plus subtiles, douces voire cachées (suggestions indirectes, subliminales, métaphores et symbolisme, structures thérapeutiques longues incorporées…). La nouvelle hypnose, encore souvent confondue, et appelée à tort Hypnose Ericksonienne, est la forme d’hypnose thérapeutique habituellement pratiquée aujourd’hui, y compris par les hypnothérapeutes Ericksonien.

L’hypnose est très répandue, principalement dans la prise en charge de la douleur (Bicêtre, Pitié-Salpêtrière, Robert Debré, Armand Trousseau, Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt ; à l’hôpital de Rennes) mais aussi en pédopsychiatrie et en psychiatrie à la Pitié-Salpêtrière (docteur Catherine Bouchara, Jean-Dominique Vuillermet[[6]](#footnote-6) docteur en psychopathologie et psychanalyse, psychologue clinicien, psychothérapeute, psychanalyste, hypnothérapeute).

Dans le domaine du soin médical, le docteur Jean-Marc Benhaïem a mis en place un DU d’hypnose à la faculté de médecine de Pitié-Salpêtrière. À ce jour en France douze Universités proposent un enseignement de l’hypnose. Antoine Bioy,docteur en psychologie clinique et pathologique est le responsable scientifique de l’IFH ; responsable du cycle d’hypnothérapie et hypnothérapeute attaché au CHU Bicêtre (Le Kremlin-Bicêtre) et enseignant chercheur à l’Université de Bourgogne. Il est le responsable scientifique de l’IFH et responsable du cycle d’hypnothérapie à l’IFH.

**L’hypnose dans la recherche**

P. Rainville (université Mc Gill à Montréal) utilise l’hypnose pour étudier la composante émotionnelle de la douleur. Si l’on suggère aux sujets en hypnose que leur inconfort augmente, cela agit sur une augmentation significative de l’activité du cortex cingulaire antérieur : l’hypnose agit donc à la fois au niveau du système nerveux périphérique (nerfs) et du système nerveux central (cerveau) pour diminuer la perception de la douleur. L’imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (**IRMf**) devrait permettre d’en savoir plus.

Des chercheurs au Canada et en Belgique travaillent sur la douleur et l’hypnosédation : « Une première étude utilisant l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle […] avec un équipement à 1,5 tesla indique que les ganglions de la base sont également activés pour moduler la douleur sous hypnose. Elle conforte l’idée que le traitement en réseau pourrait servir à moduler l’information nociceptive». Ils étudient les interactions entre hypnose et sédatifs. Ils continuent d’utiliser par ailleurs la **TEP** Tomographie par émission de positrons méthode de médecine nucléaire pour étudier les neurotransmetteurs impliqués dans la modulation de la douleur sous hypnose. M-E.Faymonville[[7]](#footnote-7) (en 2000) ouvre la boîte de Pandore : « Les nouvelles techniques d’exploration cérébrale devraient renforcer le recours à l’hypnose non seulement comme méthode thérapeutique mais aussi en tant qu’outil de recherche pour préciser les mécanismes de la nociception et explorer les états modifiés de conscience. Les sujets sous hypnose sont-ils dans un état neurologique particulier ou seulement en proie à la force de suggestion de leur thérapeute ? ». C’est cette question qui fait débat depuis F. Mesmer. M-E Faymonville[[8]](#footnote-8) ajoute : « Les résultats obtenus en utilisant l’imagerie cérébrale tendent à accréditer la première thèse et à objectiver l’hypnose. Si l’on ne comprend toujours pas comment elle agit, on observe bel et bien des différences dans l’activité cérébrale indiquant un état modifié de conscience lorsque le sujet est hypnotisé. C’est probablement cet état modifié qui permet d’utiliser cette technique pour éviter les anesthésies médicamenteuses et soulager les douleurs chroniques[[9]](#footnote-9) ». Le professeur M-E. Faymonville, médecin anesthésiste, dans le cadre de l’hypnosédation, réalise, à l’hôpital de Liège un enseignement, une utilisation de l’hypnose pour des interventions chirurgicales.

*Anesthésie*

Actuellement, l’utilisation de l’hypnose, en chirurgie, reste limitée, même si l’expérience au CHU de Liège se dénombre à 4 000 patients en douze ans. Plusieurs éléments expliquent cette réticence. Tout d’abord, l’hypnose suscite la méfiance : sa représentation sociale reste piégée par des modèles de fascination découlant un rapport de forces interindividuelles, celui du sorcier. Par ailleurs, l’absence de critères indépendants attestant de la réalité d’un état hypnotique et le manque de compréhension des mécanismes d’action de l’hypnose sur la douleur ont freiné sa médicalisation. La banalisation de l’anesthésie générale est en effet un coma pharmacologique dont l’impact sur le cerveau n’est pas totalement connu.

*Antidouleur*

De nombreux centres de traitement de la douleur travaillent avec des hypnothérapeutes. Il en existe au moins un dans chaque grande ville française. Le traitement est considéré comme un complément à l’approche pharmacologique classique. Il ne s’agit pas développer une guérison miraculeuse mais de réduire l’inconfort et les doses de médicaments avalées par les patients. L’unité de traitement de la douleur de l’hôpital Ambroise-Paré de Paris recourt à l’hypnose.

Pierre Rainville et Marie Elisabeth de Fraymonvilleont largement contribué à l’avancée de l’hypnose dans le monde médical. Selon Rainville(1999), « l’induction d’un état hypnotique produit des changements d’activation au niveau cérébral, qui sont congruents avec les modalités croisées». Il note une diminution du **rCBF** (Regional Cerebral Blood Flow) dans le tegmentum du tronc cérébral pendant l’hypnose, congruent avec la diminution de la vigilance et de l’éveil pendant l’hypnose. Celle-ci est également associée à une augmentation du flux sanguin dans la zone occipitale, ce qui reflète une diminution des processus inhibiteurs qui touchent normalement l’activité corticale pendant une attention modérée ou élevée. Rainville et Maquet[[10]](#footnote-10)suggèrent que, dans l’hypnose, une diminution de l’activité inhibitrice peut contribuer à l’augmentation du **rCBF** au niveau occipital. Des études récentes en imagerie cérébrale en ce qui concerne le stimulus douloureux montrent comment ce stimulus est modifié par les émotions et les cognitions. La **TEP**[[11]](#footnote-11) permet d’étudier les variations du débit sanguin cérébral. Pour la douleur, les aires concernées sont l’insula, aire somatosensorielle SII, le gyrus cingulaire, le thalamus et les régions hippocampo-amygdaliennes. Si on fait varier le niveau d’attention à la douleur, on voit l’activité de ces zones augmenter mais aussi une activation du réseau attentionnel, en particulier les lobes pariétal et frontal. L’hypnoanalgésie implique l’inhibition centrifuge de la transmission nociceptive. Certains mécanismes modulateurs fondamentaux du système nerveux sont étudiés : Selon Rainville, « l’hypnose, en mettant en suspens ce sentiment du soi-agent, augmenterait à la fois le potentiel expérientiel et d’autorégulation somatique. Les suggestions hypnotiques pourraient réduire la douleur en activant le système inhibiteur endogène de la douleur descendant à la moelle épinière et empêchant l’information nociceptive d’atteindre le cerveau. L’activation du cortex préfrontal et du gyrus cingulaire antérieure à des suggestions non spécifiques pourrait refléter les processus cognitifs responsables de l’effet modulateur des suggestions hypnotiques dans le contrôle de la douleur. Les résultats de Rainville mettent en évidence les effets physiologiques réels des processus hypnotiques et la modulation de la douleur par l’hypnose.

Rainville[[12]](#footnote-12) et Price : « Les changements neuronaux associés à une relaxation mentale pendant l’hypnose sont congruents avec une réduction de l’inhibition des représentations mentales et neurologiques mises en concurrence. Ces changements sont à rattacher à la diminution du contrôle et de la censure comme décrits précédemment dans la phénoménologie de l’état de transe. La suggestion peut par ailleurs faciliter l’intégration des sensations et affect suggérés, comme cela se produit en hypoanalgésie ». Lors de l’hypnose il existe une réduction de l’inhibition des représentations mentales et neurologiques mises en concurrence. On qualifie de « semi-traditionnelles » les inductions prenant appui sur des textes d’induction standard présentant la situation hypnotique comme une capacité du sujet et prenant appui sur la répétition de suggestions verbales de détente et de concentration. Trois procédés renforcent la suggestion : la répétition, la monotonie, l’emphase. L’hypnose utilise la prise en compte, par le thérapeute, d’états de conscience tout à fait naturels qui vont des états de concentration, d’attention maximale, à des moments de rêverie, en passant par la relaxation.

Ces états d’EMC permettent de passer du vécu dans l’ici et le maintenant vers une intériorisation où l’espace et le temps ne comptent plus. La transe hypnotique comporte trois phases : une phase d’induction de l’état de transe, une phase de travail pendant la transe, une phase de réveil de fin de travail. La transe est un niveau de conscience élevé, vers l’intérieur de soi-même, accompagné d’une atténuation de la vigilance externe : c’est un état détendu de concentration. Certains phénomènes physiologiques sont souvent présents : altération de la vascularité faciale (pâleur), immobilité du corps en général, réceptivité aux conduites suggérées, absence d’initiative ; le temps de réaction est de 15 à 30 secondes entre la suggestion et la réponse.

**Le traitement des acouphènes par l’hypnose**

Les personnes souffrant d’acouphènes sont souvent anxieuses, stressées, parfois avec des troubles d’insomnies et de dépression, des vertiges, des céphalées, des douleurs dans l’oreille, une impression d’oreille bouchée. L’hypnothérapie est une indication pour les acouphènes.

L’apprentissage de l’autohypnose va permettre une baisse de l’anxiété et du stress, une habituation supportable des acouphènes, un meilleur confort s’ils n’ont pas disparus.

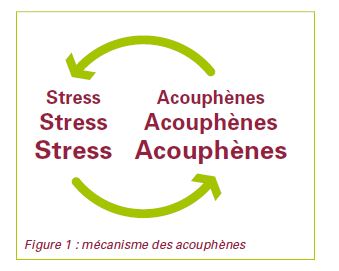
Un patient ne peut être pris en charge par un hypnothérapeute diplômé, psychiatre, médecin ou psychologue clinicien, s’il n’a pas consulté **un médecin ORL ayant pratiqué un examen clinique et une acouphénométrie.** Bien qu'actuellement ces perceptions fantômes ne soient pas enregistrables, on peut quand même en déterminer l’intensité et la gamme de fréquence par la technique d’acouphénométrie.Le système nerveux autonome, qui contrôle tous nos

mouvements involontaires, et le système limbique, qui traite nos émotions, viennent moduler et surévaluer la perception de l’acouphène, surtout lorsque le sujet se trouve dans une période de stress. L’acouphénométrie c’est une mesure de la hauteur tonale de l’acouphène.

En 2003 Vernon et Meikle[[13]](#footnote-13) énonçaient que la mesure clinique précise de l’acouphène est nécessaire pour établir un diagnostic juste, pour délivrer des informations adéquates et pour sélectionner un traitement approprié. L’acouphénométrie permet une évaluation de la puissance de l’acouphène. Tout dépend de l’interprétation et de l’importance que chacun donne à son acouphène. Il s’agit d’un état interne qui associe une expérience à une émotion, un choc émotionnel que l’esprit a encodé dans le corps. Des connexions neuronales peuvent être créées et il existe bien une réalité physiologique à un son qui n’existe pas à l’extérieur. Ces connexions ne sont pas irréversibles. Ce que l’esprit a créé, l’inconscient peut le défaire.

**L’hypnothérapie ne peut se faire que sur ordonnance du médecin ORL. Le patient doit impérativement consulter un ORL.** C’est le médecin ORL qui après investigation clinique propose des médicaments, l’homéopathie,l’ostéopathie, le laser, une neurostimulation spontanée, la mésothérapie, l’acupuncture, la sophrologie, la psychothérapie et la relaxation, un traitement chirurgical, les masqueurs d’acouphènes, les générateurs de bruits blancs, une hypnothérapie. L’hypnose accroît les capacités à gérer les acouphènes, le stress, l’anxiété, la dépression, ainsi que les troubles du sommeil. 65% à 75% des personnes acouphéniques tirent un bénéfice du traitement par l’hypnose.

L’apparition des acouphènes coïncide souvent avec un événement traumatisant ou stressant.



L’acouphène génère un stress ; le stress l’exacerbe ; la crainte de l’aggravation des symptômes potentialise le stress des patients. Les patients datent souvent le début des acouphènes et l’associent à un fait émotionnellement important : choc psychique, professionnel, familiale un événement important décès… ou physique : traumatisme.

Les quatre étapes de l’hypnothérapie :

- L’anamnèse entretien préparatoire, degré d’empathie. Explication de l’hypnose au patient, le désir de changement et la motivation.

- L’induction de l’EMC (transe ou hypnose) souvent agréable dans un lieu sécure, les dernières vacances par exemple…

- Le travail thérapeutique, les suggestions sont des moyens de proposer des solutions créatives au problème du patient…

- La sortie de l’EMC et le débriefing. Le thérapeute peut proposer des suggestions post- hypnotiques si cela est opportun. Le thérapeute réassocie le patient et l’accompagne à son éveil. Ces étapes permettent un bilan d’évaluation et surtout de démystifier l’hypnose.

Ces moments facilitent la confiance et répondent aux attentes et questions du patient.

Les contre indications : personnalité psychotique et bouffée délirante. Aucun effet secondaire.

|  |
| --- |
| **Les indices psychologiques de la transe** |
| Relâchement des associations  Pensée plus analogique que digitale  Interprétation littérale  Logique particulière (logique de la transe) et distorsion du temps  Capacité de s’imaginer dans le passé ou le futur  Comportement « as if » (le sujet est amené à faire comme s’il était en état d’hypnose et d’en prendre l’apparence conformément aux suggestions)  Production d’images abstraites ou concrètes  Evocation de scènes vécues ou fantasmes, rêves éveillés  Expression facilitée des émotions, abréactions affectives  Facilitation des souvenirs  Hallucinations psychiques  Amnésie, hypermnésie, parasomnies |

Avec les acouphènes nous utilisons les suggestions négatives paradoxales ; les truismes,

les suggestions activatrices c’est à dire les métaphores et les comparaisons.

Les méthodes d’inductions sont nombreuses et fixent l’attention, la concentration du sujet sur des sensations physiques, sur un objet, ou des images mentales, activant ainsi des idées thérapeutiques.

L’hypnose, en réduisant le stress, vient généralement et rapidement à bout

des troubles du sommeil.

|  |
| --- |
| **Les indices physiques et psychologiques de la transe** |
| Léthargie, détente  Catalepsie (inhibition des mouvements volontaires)  Mouvements automatiques  Relaxation de la musculature volontaire (visage, cou, nuque, dos, abdomen, bassin, ceintures pelviennes et scapulaires)  Petites saccades musculaires, clignements ou fibrillations palpébrales  Larmoiement, rhinorrhée  Activation passagère de la musculature lisse : salivation, péristaltisme, toux, dilatation bronchique, vasodilatation périphérique.  Inhibition du réflexe de déglutition  Ralentissement du débit verbal dysarthrie légère  Changement du rythme cardiaque et respiratoire  Diminution TA  Sensation de lourdeur ou de légèreté  Sensation de chaleur ou de fraîcheur  Modification du schéma corporel  Perception accentuée (hyperesthésie) partielle ou générale du corps  Hypoesthésie ou anesthésie partielle ou générale  Lévitation spontanée d’un ou plusieurs membres  Inhibition ou excitation sensorielle spontanée |

**Quels sont les patients qu’un médecin ORL peut adresser à un hypnothérapeute ?** : Médecin ou psychologue clinicien diplômé d’une école d’hypnothérapie certifiée : Tous les patients présentant des acouphènes avec une anxiété, un stress, et/ou une dépression.

**Comment présenter l’hypnothérapie à vos patients ?**:

L’hypnose permet un lâcher prise; une grande relaxation, une détente morale. Elle permet de réduire l’anxiété, la nervosité, le stress, les tensions ; ainsi que la détresse morale et

la dépression. Il n’y a pas d’effet secondaire. Au sein du tronc cérébral, le système efférent entretiens des connexions anatomiques avec les centres régulateurs des grandes fonctions autonomes. L’hypothèse d’un déficit parasympathique semble possible chez de nombreux patients et permet de comprendre pourquoi le stress, la fatigue ou les émotions peuvent être déclenchant ou entretenant les acouphènes. Le lâcher prise va permettre de gérer ces bruits et agir sur le sommeil. L’hypnose va atténuer ou éradiquer les acouphènes, parfois faciliter une meilleure adaptation et permettre une meilleure habituation.

**Rappel du déroulement d’une séance d’hypnothérapie pour les acouphènes:**

**- L’entretien préparatoire :** **L’anamnèse** qui vise également l’alliance thérapeutique, la confiance ; L’établissement des listes des étiologies possibles des acouphènes et des traitements prescrits. Cela permet également de donner au patient une information sur l’hypnose en démystifiant l’aspect magique.

**-** **L’induction de l’état hypnotique**:

Recentrement de l’attention vers l’imaginaire. Le patient apprend à rester maître de la situation tout en lâchant la bride à certains mécanismes psychologiques. Le patient n’est pas dans l’abandon, il est actif, en interaction avec l’hypnothérapeute. Réorganisation suivie d’une impression de dédoublement car le rapport à la réalité n’est pas totalement aboli. Une sensation de « libération » propice à des réaménagements thérapeutiques et souvent décrites. C’est un mouvement de délégation qui s’effectue avec un profond accord du patient.

**- Le travail thérapeutique en hypnose :** Après induction de l’hypnose, le thérapeute va utiliser cette induction et activer des idées thérapeutiques, une visualisation créative, principe de l’imagerie mentale. Les suggestions vont être proposées pour que l’inconscient du patient trouve des solutions créatives par rapport à sa problématique.

**- La phase de terminaison de la séance et la sortie de l’état d’hypnose :** le retour se fait progressivement et lentement pour que le patient se réassocie, soit plus tonique et retrouve sa motricité et la luminosité de la pièce. Pendant ce temps de latence des suggestions post- hypnotiques peuvent être formulées avec une détente positive et de bien être.

**- L’entretien après la séance**: le débriefing du ressenti, le patient parle de son vécu et de toutes les informations sur sa psychologie. Ces informations permettent également d’ajuster les séances à venir. L’hypnothérapeute utilise également le fractionnement, suggestion d’une diminution de l’acouphène : « petit à petit le bruit diminue à chaque inspiration ; votre corps se relâche, se relaxe et votre inconfort diminue ».

- Les hallucinations sensorielles sont des suggestions qui permettent de produire des sensations dans le corps et en particulier dans les oreilles, des sensations de froid et de chaud dans les oreilles, de légèreté et de chaleur, suggérant à l’inconscient du patient que son esprit a le pouvoir d’agir sur le corps.

- L’habituation c’est des suggestions sur la disparition de la perception des acouphènes, présence répétée ou continue d’un stimulus. Le thérapeute aide ainsi à relativiser la signification émotionnelle négative.

- La projection dans le futur active l’anticipation, le patient s’imagine dans un mois dans une situation de silence harmonieux.

- La relaxation en hypnose permet au patient de visualiser ses vacances et de ressentir ses sensations corporelles, ainsi l’inconscient du patient va garder ces sensations agréables. Cela s’apparente au training autogène de Schultz et à celle de Jacobson.

- L’amnésie aide le patient en hypnose à oublier les perceptions douloureuses qui le dérange.

La réinterprétation permet de rattacher les acouphènes à une expérience agréable.

- La distorsion subjective du temps raccourcit les moments d’inconfort et en même temps augmente un bien être auditif.

- Le travail sur les représentations mentales des acouphènes permet de réifier l’acouphène ; le patient se représente une image mentale de l’acouphène en objet lui permettant ainsi de contrôler les acouphènes. Exemple on modifie le volume du son d’une radio en diminuant le bouton du son. On retire du feu une bouilloire qui siffle.

- L’analgésie auditive permet de supprimer les perceptions dérangeantes :

Une locomotive à vapeur qui arrive au loin. Les bruits vous semblent atténués et lointains,

un filtre à huile qui filtre les impuretés. On anesthésie une main, en utilisant un gant magique imaginaire puis on transfère l’anesthésie à l’oreille.

- Le déplacement de l’acouphène, le bruit venant de l’extérieur. Les bruits de la maison deviennent rassurants. Vous laissez votre inconscient choisir le plus utile.

- La dissociation corps, Le sifflement d’une machine à vapeur qui s’éloigne.

- L’utilisation de métaphores, contes, les comparaisons figures de l’analogie proposant des solutions inconscientes à la problématique du patient. En utilisant des suggestions directes, indirectes, camouflées, des truismes, des suggestions composées. L’inconscient du patient est libre de les accepter ou de les refuser.

La sortie de la transe se fait progressivement avec parfois des suggestions post-hypnotiques dans un état de détente et de confort. Le thérapeute réassocie le patient en lui demandant de revenir ici et maintenant, en retrouvant toute la tonicité de son corps, la luminosité de la pièce ; avec un ancrage : calme, confiance et courage ; et/ou un étirement des bras, des mains. L’ancrage consiste à associer un état mental (l’état bénéfique de la séance avec le thérapeute) à une sensation, un mot ou un mouvement. Le travail de débriefing permet au patient d’évoquer son ressenti, de verbaliser les éléments perçus ; ces informations faciliteront l’adaptation des séances ultérieures. Ces échanges renforcent la confiance, l’empathie, l’alliance thérapeutique, le patient évoquant sa personnalité, ses émotions. Par la suite le patient apprendra l’autohypnose.

**Les sept bénéfices de l’autohypnose pour les acouphènes :**

Elle est un potentiel d’anxiolyse important, elle permet de redonner du contrôle, de rendre le patient plus gestionnaire de sa prise en soin, elle facilite le travail des suggestions et autosuggestions, permet de poursuivre et automatiser le travail initié avec le thérapeute, elle permet une gestion plus simple de l’anxiété et de la colère, elle constitue une ressource à part entière lors de crises douloureuses, elle facilite des apprentissages (par exemple, la détente ressentie accentue les capacités d’attention), elle permet un meilleur contact avec sa vie interne principalement émotionnelle, et de ce fait améliore l’estime de soi et le sentiment de contrôle. Au fil des séances le patient apprend l’autohypnose, c’est à dire que l’on crée une séance spécifique, comme un temps supplémentaire, particulier, consacré à l’autonomisation du patient vis-à-vis de la méthode :

- Position d’assise agréable, d’équilibre confortable;

- Prise de conscience de son environnement par perception des éléments présents, jusqu’à un sentiment de familiarité et de sûreté ;

- Ecoute de ses rythmes internes, souvent au travers de sa respiration ;

- Temps d’autosuggestion et/ou exercices appris (safe place, suggestion d’analgésie, réification (si le but est celui-ci) ;

- Retour à l’état de conscience ordinaire, le patient se réinscrit dans son ici et maintenant.

**Une étude réalisée à l’hôpital de Rouen par le Dr F.Gajan, médecin, hypnothérapeute,**

* **Attaché au CHU de Rouen :- Centre d’Etude et de Traitement de la Douleur - Service d’ORL et de Chirurgie Cervico-faciale de Rouen pour le traitement des patients acouphèniques le 06/06/2011– démontre que sur 110 patients souffrant d’acouphènes, sur une période de 5 ans, après 5 séances et la pratique de l’hypnose 65% des patients ont une amélioration significative et la pérennité de cette amélioration.**

**Vignette clinique madame x :**

Mme X 42 ans se plaint d’un acouphène bilatéral avec bourdonnement, surtout en fin de journée. Suite à ce stress et cette anxiété, elle prend des médicaments \_ antidépresseurs\_ pour sa dépression. Selon une échelle de 0 à 10 elle situe cette douleur à 3 le jour et 6 la nuit.

Les acouphènes sont apparus il y a 5 ans suite à une exposition sonore intense (concerts rock). De plus elle se réveille souvent la nuit et est épuisée. Elle est très émotionnelle, et présente une hyperacousie. Après 5 séances d’hypnothérapie, elle se sent soulagée et son sommeil est tranquille et réparateur. Elle se dit confiante et retrouve un espoir de mieux être face aux séances d’autohypnose.

**INDEX**

Page1 Erickson M. H. *L’hypnose thérapeutique. Quatre conférences,* Paris, ESF1986.

2Chertok L., « Freud et les théories de l’hypnose : Histoire et interrogations », *Revue de médecine psychosomatique,* 1976, 18 : 147-161.

3Palaci J., « Psychanalyse, transfert et hypnose », *in* Daniel Bougnoux (dir.), *La Suggestion: hypnose, influence, transe.* Paris  : Les Empêcheurs de penser en rond, 1991, p. 109-120. Selon J.Palaci, il y a des types de transfert différents. Le transfert classique se développe hors des séquences d’hypnose ; c’est « un transfert libidinal-œdipien-objectal » qui permet, contrairement aux autres transferts, un travail d’interprétation classique.

Page 4 4 Roustang F., *Qu’est-ce que l’hypnose ?* Minuit, 1994. François Roustang décrit le pouvoir intégratif de l’hypnose éricksonienne, sous le terme de perceptude. La perceptude est le mode de perception intégrative propre à l’hypnose. Elle permet l’expérience du Tout, par opposition à la perception ordinaire qui sépare, divise, objectifie et fige la vie. La perceptude fait penser à [la pleine conscience](http://www.psychotherapie-integrative.com/pleine-conscience.htm). Roustang F. « *Il suffit d'un geste* » Editions Odile Jacob poches.

5 **VAGOG** = ***V****isuel,* ***A****uditif,* ***K****inesthésique,* ***O****lfactif,* ***G****ustatif.*

Page 5 6 Vuillermet J-D, Thèse soutenue le 19/12/2012 à l’Université Paris 7 Denis Diderot *: L’hypnose comme élément catalyseur dans les psychothérapies, Emergence de la pensée*, sous la direction du Professeur Mareike Wolf-Fédida.

Page 6 7 Faymonville et coll. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiology 2000; 92 : 1257-1267.

8 Faymonville M-E, Maquet P., Steven Laureys Steven, *Comment l’hypnose agit sur le cerveau neurophysiologie* dans mensuel n°392 daté décembre 2005 à la page 44 (2885 mots).

9Faymonville M.-E., Maquet P. et Laureys S. « *L’hypnose est une expérience subjective par excellence* », Kosslyn S.M. *et al. Am. J. Psychiatry,* 157, 1279, 2000.

Page 7 **10**Rainville P. et Maquet P, 1999 ; Maquet et coll. 1999.

**11TEP**: Tomographie par émission de positrons.

Page 8 **12**Rainville P. et coll., Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. Science 1997; 277 : 968-970.

Rainville P. et coll., Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnosis modulation. Pain 1999; 82: 159-171.

Rainville P. et coll. Cerebral mechanism of hypnotic induction and suggestion. J Cognit Neurosci 1999; 146: 110-125.

Rainville P. et coll., Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of Consciousness. J of Cognit Neurosci 2002; 14: 887-901.

Rainville P., *L’expérience douloureuse et sa modulation cognitive : Apport de l’imagerie cérébrale fonctionnelle. Institut UPSA de la douleur*. La lettre de la douleur. Novembre 2004.

Page 9 **13** Vernon JA, Meikle MB. Otolaryngol Clin North Am. 2003 Apr; 36(2):307-20, vii. Review.

Figure1 Mécanisme du stress des acouphènes.

**Jean-Dominique Vuillermet Psychologue Clinicien ,**

 **Hypnothérapeute, psychanalyste.**



Docteur en psychopathologie et psychanalyse PhD

**Université Denis-Diderot Paris7**

PsychologueClinicien,Psychanalyste, Hypnothérapeute

 Enseignant supervision à l’IFH Institut Français d’hypnose

**Hypnose-jdv.com**

169, rue de la roquette 75011 Paris **06 81 52 34 65**

1. Erickson M. H. *L’hypnose thérapeutique. Quatre conférences,* Paris, ESF1986. [↑](#footnote-ref-1)
2. Chertok L., « Freud et les théories de l’hypnose : Histoire et interrogations », *Revue de médecine psychosomatique,* 1976, 18 : 147-161. [↑](#footnote-ref-2)
3. Palaci J., « *Psychanalyse, transfert et hypnose* », *in* Daniel Bougnoux (dir.), *La Suggestion  : hypnose, influence, transe.* Paris  : Les Empêcheurs de penser en rond, 1991, p. 109-120. Selon J.Palaci, il y a des types de transfert différents. Le transfert classique se développe hors des séquences d’hypnose ; c’est « un transfert libidinal-œdipien-objectal » qui permet, contrairement aux autres transferts, un travail d’interprétation classique. [↑](#footnote-ref-3)
4. Roustang F., *Qu’est-ce que l’hypnose ?* Minuit, 1994. François Roustang décrit le pouvoir intégratif de l’hypnose éricksonienne, sous le terme de perceptude. La perceptude est le mode de perception intégrative propre à l’hypnose. Elle permet l’expérience du Tout, par opposition à la perception ordinaire qui sépare, divise, objectifie et fige la vie. La perceptude fait penser à [la pleine conscience](http://www.psychotherapie-integrative.com/pleine-conscience.htm). Roustang F. « *Il suffit d'un geste* » Editions Odile Jacob poches.

   5 **Vakog** = ***V****isuel,* ***A****uditif,* ***K****inesthésique,* ***O****lfactif,* ***G****ustatif.* [↑](#footnote-ref-4)
5. [↑](#footnote-ref-5)
6. Vuillermet J-D, Thèse soutenue le 19/12/2012 à l’Université Paris 7 Denis Diderot *: L’hypnose comme élément catalyseur dans les psychothérapies, Emergence de la pensée*, sous la direction du Professeur Mareike Wolf-Fédida. [↑](#footnote-ref-6)
7. Faymonville et coll. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiology 2000; 92: 1257-1267. [↑](#footnote-ref-7)
8. Faymonville M-E, Maquet P., Steven Laureys Steven, *Comment l’hypnose agit sur le cerveau* neurophysiologie dans mensuel n°392 daté décembre 2005 à la page 44 (2885 mots). [↑](#footnote-ref-8)
9. Faymonville M.-E., Maquet P. et Laureys S. « *L’hypnose est une expérience subjective par excellence*», Kosslyn S.M. *et al. Am. J. Psychiatry,* 157, 1279, 2000. [↑](#footnote-ref-9)
10. Rainville P. et Maquet P, 1999 ; Maquet et coll. 1999. [↑](#footnote-ref-10)
11. **TEP**: Tomographie par émission de positrons. [↑](#footnote-ref-11)
12. Rainville P.et coll., Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. Science 1997; 277: 968-970.

    Rainville P. et coll., Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnosis modulation. Pain 1999; 82: 159-171.

    Rainville P. et coll. Cerebral mechanism of hypnotic induction and suggestion. J Cognit Neurosci 1999; 146: 110-125.

    Rainville P.et coll., Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of

    Consciousness. J of Cognit Neurosci 2002; 14: 887-901.

    Rainville P., *L’expérience douloureuse et sa modulation cognitive* : *Apport de l’imagerie cérébrale fonctionnelle*. Institut UPSA de la douleur. La lettre de la douleur. November 2004. [↑](#footnote-ref-12)
13. Vernon JA, Meikle MB. Otolaryngol Clin North Am. 2003 Apr; 36(2):307-20, vii. Review. [↑](#footnote-ref-13)