

7 L'HYPNOSE DANS LA MÉDECINE

L'hypnose dans la médecine prend son essor avec Milton H. Erickson (1901-1980), personnage hors du commun. Suite à une poliomyélite, il reste paralysé ; découvrant l'autohypnose pour son propre usage, il retrouve sa motricité et contribue à la renaissance de l'hypnothérapie. Son inventivité et son intuition jouent un rôle essentiel dans cette technique simple et efficace. Il applique l'hypnose dans les conversions hystériques, les douleurs chroniques, les traitements de l'asthme, des verrues, des prurits, dans les manifestations fonctionnelles diverses et dans le domaine de la psychopathologie. Il a un accès rapide aux conflits névrotiques et facilite leur résolution. Erickson avec ses techniques, sa « boîte à outils », est surtout soucieux d'apporter aux médecins un renouveau pour soulager les patients. Sa pratique a permis une entrée de l'hypnose en médecine, en obstétrique, en psychiatrie, dans les centres antidouleur.

Pour Erickson, c'est l'expérience du patient qui rencontre celle du thérapeute. Comme Hippocrate, qui, quand il se rendait dans une ville auprès de malades, examinait l'exposition de la cité, en humait l'air et les vents, goûtait les eaux et enfin seulement observait et soignait les malades. C'est d'abord en observant le malade, après s'être imprégné de son contexte de vie, qu'Erickson faisait son diagnostic et prescrivait le traitement.

Cette pensée observation ne constitue pas une théorie, mais une pragmatique radicale. Pour Erickson le but de la thérapie est le changement, le thérapeute est là pour aider le patient à changer par lui-même ; chaque patient est unique, c'est au thérapeute de s'adapter au patient et non l'inverse.

Hypnose	Attitude du thérapeute	Stratégie
Traditionnelle	Directive, autoritaire	Suggestions directes ¹
Ericksonienne	Permissive, catalysatrice	Suggestions indirectes ²

Le contexte d'une thérapie, l'enjeu, les suggestions utilisent tous les canaux de la communication : verbales, para-verbales (timbre, intonations), non verbales (gestes, mimiques, postures), communication onomatopéique (cf. au cas *Alexandre*).

¹Cf. Repère lexical en annexe.

²*Idem.*

Les recherches récentes sur le développement du bébé objectivent l'aptitude du bébé à participer activement au mécanisme de l'accordage affectif dans la relation intersubjective avec son entourage³.

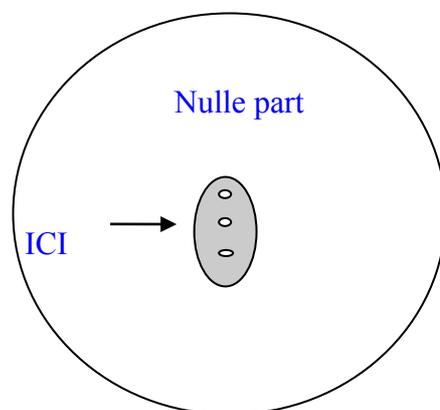
Comment communiquer ? Erickson a étudié les aspects verbaux et non verbaux de la communication ; pour lui, l'état hypnotique n'est pas le résultat d'une influence.

L'hypnose est un phénomène banal de la vie quotidienne, une manifestation courante de la communication interhumaine. Elle est une science de base pour tout médecin, au même titre que l'anatomie et la physiologie.

Erickson utilisait une stratégie indirecte de dissociation, « *In the middle of anywhere* », qui consiste à guider le patient vers un « lieu » appelé « au milieu de nulle part ». Il s'agit de cliver le patient en le situant ici et « nulle part », en même temps, comme l'indique la figure ci-dessous.

Ce procédé utilise en même temps la suggestion directe et la suggestion indirecte, des métaphores ou des techniques de confusion qui facilitent la dissociation hypnotique.

Schéma 4. « Au milieu de nulle part ».



*In the middle of anywhere*⁴

La dissociation a pour but de permettre au patient de « s'expérimenter autrement » et en accédant aux ressources inconscientes. Dans la régression en âge, le fait de laisser ses sentiments retourner vers l'enfance alors que la partie adulte reste « ici et maintenant » participe au même processus paradoxal.

³Fivaz-Depeursinge E., Bürginet al, 1994;Stern, 1989.

⁴Salem G., *Soigner par l'hypnose*, 4^e éd. Paris : Masson, 2007.

B.E.Gorton déjà invitait les patients à se centrer sur eux-mêmes : « Contrairement à ce que l'étymologie pourrait suggérer, l'hypnose n'est en rien comparable au sommeil, c'est un mode de fonctionnement particulier de l'éveil. Il s'agit d'un processus actif qui nécessite une motivation personnelle, mais aussi une confiance et une collaboration étroite avec un psychothérapeute. Ce dernier invite le sujet à porter son attention de l'extérieur vers lui-même, puis à se relaxer: c'est la phase d'induction durant laquelle le sujet entre en état d'hypnose.

Ce processus difficile à caractériser s'accompagne d'une modification du champ attentionnel : le sujet sous hypnose est peu attentif à son environnement ; il se concentre sur certaines représentations mentales propres, dont la nature dépend des instructions du thérapeute.

Il découvre alors un rapport à lui-même et à son environnement différent de celui de l'éveil : il agit et se voit agir. Son vécu comporte un ensemble de perceptions, de souvenirs, d'intentions et de pensées qu'il peut explicitement rapporter par la suite. C'est une expérience subjective par excellence.⁵

L'induction c'est une communication du thérapeute qui permet au sujet de se concentrer sur lui-même ; et facilite la concentration avec une modification du ressenti du temps et de l'espace qui permet un état modifié de conscience ou transe ; et ainsi d'encourager le désir de changement. Souvent le thérapeute utilise un discours monotone, avec une répétition dans le contenu :

Vous sentez que vos yeux se ferment...Ils se ferment...progressivement... très lentement...lentement. Cette rhétorique, ce discours focalise l'attention du sujet sur ce qu'il ressent (sensorialités) sur ses sensations.

Le thérapeute facilite ainsi la concentration du sujet. La répétition, elle, facilite la concentration, sur une sorte de mise en sommeil de la part du cerveau qui réfléchit, et cela est dû à une sorte d'épuisement de la pensée. La suggestion est dans l'attente du patient.

⁵Gorton B.E., « The Physiology of Hypnosis », *The Psychiatric Quarterly*, 1949, I, 23 : 317-343.

La manière dont le thérapeute est perçu par le patient, le statut que donne le patient au thérapeute sont tout aussi importants, alors que, dès Mesmer, l'induction était autoritaire – « Dormez ».

Sur le plan de la neuro-imagerie (PET scan, IRMF, EEG), celles-ci objectivent le fonctionnement cérébral du cerveau en hypnose et donnent un autre horizon pour comprendre les mécanismes cérébraux.

Ernest R. Hilgard⁶ (1950-1958) et André M. Weitzenhoffer mettent au point la première échelle d'hypnotisabilité standardisée à l'université Stanford (CA). Ils découvrent la dissociation hypnotique avec ces échelles : 25% de la population générale ont une très forte capacité à être en hypnose ; 50%, moyennement ; et 25% très peu.

En 1970, une hypothèse chemine : l'état hypnotique correspondrait à une activation préférentielle de l'hémisphère cérébral droit, c'est-à-dire le siège du fonctionnement imaginaire. Plus un sujet est hypnotisable, plus importante est l'activation. Lee Baer utilise la tomographie à émissions de positrons (TEP). Lee Lebaer (1985, université de Pennsylvanie) utilise pour la première fois la TEP avec des radiotraceurs, aucune dissymétrie n'est identifiée.

Depuis le milieu du XX^e siècle, les anesthésistes pratiquent l'hypnose ; en 198, Jorge Abia pratique la première cholécystectomie sous hypnose. Le professeur Marie-Elisabeth Faymonville développe l'hypnosédation en 1990 au CHU de Liège, où elle réalise de nombreuses interventions chirurgicales à l'aide de l'hypnose. Elle étudie la neuro-imagerie de l'état hypnotique (PET scan). Le processus hypnotique est un processus dynamique qui s'établit par une focalisation vers le vécu intérieur du patient, un rétrécissement du champ sensoriel et des éléments extérieurs. Selon Rossi, élève d'Erickson aux Etats-Unis, toute personne passe par un cycle apparenté à l'hypnose et d'une manière spontanée, qu'il nomme « éveil paradoxal ».

⁶Weitzenhoffer A. M. & Hilgard E.R. (1959). Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A and B. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

L'environnement immédiat disparaît du champ de la conscience. Le corps est ressenti « ici » et l'esprit « ailleurs ». Cet état se rencontre aussi bien chez les enfants que chez les adultes – ne dit-on pas qu'ils sont « dans la lune » ?

Le processus hypnotique s'accompagne d'une disparition de la notion précise de temps – distorsion du temps d'une modification du tonus musculaire catalepsie (spasticité) ou lévitation d'un membre, qui semble correspondre à un mouvement idéomoteur automatique, phénomène décrit par Pierre Janet.

On note également une modification des perceptions douloureuses ; une dissociation : une partie du patient est vécue comme absente, il se trouve en observateur de lui-même, ce que certains auteurs ont appelé « observateur caché ». La thèse de Janet portait sur l'automatisme mental. On observe aussi une régression en âge, il est possible de revivre sensoriellement une expérience passée.

L'EEG confirme que l'hypnose n'est pas un état de sommeil. La neuro-imagerie fonctionnelle médicale a permis d'objectiver une augmentation des débits sanguins corticaux ; l'activité du cortex cingulaire antérieur – aire de Brodman ; ainsi que la modulation nociceptive et affective de la douleur en hypnose. On observe, pour le patient en pré-opératoire et post-opératoire, une meilleure récupération et un confort certain, ainsi qu'une cicatrisation plus rapide.

En fait, il y a un lien puissant entre communication et hypnose. Le thérapeute verbalise un lâcher-prise par induction et permet au patient d'entrer à l'intérieur de lui-même, le désafférente de l'environnement afin qu'il se centre sur lui-même. Le langage analogique introduit les éléments affectifs dans la relation. L'induction utilise une rhétorique, des mots du langage, par une implication du patient – « Quand pensez-vous que vos yeux vont se fermer ? », le lien : « et pendant que... », le double lien : le « saupoudrage »⁷. L'hypnose peut être aussi obtenue par fixation d'un point ou de la main.

À Genève, Alain Forster utilise l'hypnose chez les grands brûlés. La récupération post-opératoire est plus rapide également, la durée d'hospitalisation est réduite. On constate une diminution des saignements, y compris en chirurgie dentaire ; avec une préservation de la ventilation spontanée. L'application se pratique en chirurgie cervicale et ORL, digestive,

⁷Cf. repère lexical en annexe.

gynécologique, plastique. Application des soins en hypnose, pansement, sonde, brûlures, en situation de stress, douleurs chroniques ; et également en psychiatrie.

Le professeur M.-E Faymonville, anesthésiste de formation, au CHU de Liège utilise l'hypnosédation dans le service de grands brûlés et chirurgie plastique ; l'hypnose améliore le confort des patients durant les opérations. Elle fait revivre au patient un moment de vacances agréable. Elle utilise l'eau marquée à l'oxygène 15. Le patient visualise ses souvenirs de vacances de façon très intense : odeurs, scènes, paroles liées à ce souvenir, le VAKOG⁸ est utilisé ici en induction. L'expérimentateur note tous ces éléments de réminiscence, qui sont comparés avec la TEP. Activité cérébrale des sujets dans trois situations : le sujet éveillé écoute les phrases de l'expérimentateur, qui lui rappelle ses vacances ; il écoute la bande son à l'envers ; enfin, il est placé en état d'hypnose.

Le sujet présente des mouvements des globes oculaires latéraux lents, des mouvements des pieds, un enregistrement EEG prouvant qu'il ne dort pas, un enregistrement de la détente musculaire à l'aide de capteurs. Selon ces chercheurs, ces quatre paramètres suffisent à valider l'état hypnotique.

En hypnose, les sujets activent les régions de la vision – occipitale, des sensations pariétales, et la motricité - précentrale comme s'ils voyaient, sentaient, bougeaient alors qu'ils sont immobiles.

En EMC, selon ces auteurs, le précuneus – région du cortex pariétal – et le cortex cingulaire postérieur sont désactivés. Or ces régions sont très actives lorsque les sujets sont éveillés. En 1998, l'équipe de Stephen M. Kosslyn, à Harvard, montre que l'état hypnotique permet de moduler la perception des couleurs. Henry Szechtman en 1988 Université Waterloo Canada avec des sujets mélomanes pour se rappeler un morceau de musique sous hypnose.

Cela montre l'activation dans le cortex cingulaire antérieur (aire 32 de Brodman). Cette activation n'existe pas si on demande au sujet de se souvenir du morceau et qu'il est éveillé. En hypnose, les sujets peuvent donc croire à des illusions auditives ou visuelles, dont on trouve des traces cérébrales.

⁸VAKOG : Visuel, auditif, kinesthésique, olfactif, gustatif.

