# UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine



**ANNEE 2002** 

THESE Nº : 116.//

# L'HYPNOSE:

# INTERET EN MEDECINE PALLIATIVE ?



## THESE

POUR LE

# DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 24 avril 2002

Par

# **Catherine BRILLAT**

née le 18 mai 1970 à RILLIEUX-LA-PAPE (Rhône)

### **EXAMINATEURS DE LA THESE**

Madame	le Professeur BORDESSOULI	E PRESIDENTE
		JUGE
		JUGE
		JUGE
	le Docteur MARCHAND	DIRECTEUR DE THESE
		MEMBRE INVITE

#### UNIVERSITE DE LIMOGES FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

**ASSESSEURS:** 

Monsieur le Professeur LASKAR Marc Monsieur le Professeur VALLEIX Denis Monsieur le Professeur COGNE Michel

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

\* C.S = Chef de Service

**ACHARD Jean-Michel** ADENIS Jean-Paul \* (C.S) ALAIN Jean-Luc (C.S) **ALDIGIER** Jean-Claude

ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)

ARNAUD Jean-Paul (C.S) **BARTHE** Dominique **BEDANE** Christophe **BENSAID** Julien **BERTIN** Philippe **BESSEDE** Jean-Pierre **BONNAUD** François (C.S)

BONNETBLANC Jean-Marie (C.S) **BORDESSOULE** Dominique (C.S)

**BOUTROS-TONI** Fernand **CHARISSOUX** Jean-Louis **CLAVERE** Pierre

**CLEMENT** Jean-Pierre (C.S)

**COGNE** Michel

**COLOMBEAU** Pierre (C.S)

**CORNU** Elisabeth **COURATIER** Philippe **CUBERTAFOND** Pierre (C.S) **DARDE** Marie-Laure (C.S)

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)

**DENIS** François (C.S) **DESCOTTES** Bernard (C.S) **DUDOGNON** Pierre (C.S) **DUMAS** Jean-Philippe **DUMAS Michel DUMONT** Daniel **DUPUY** Jean-Paul (C.S) FEISS Pierre (C.S)

**GAINANT** Alain GAROUX Roger (C.S) **GASTINNE** Hervé (C.S)

JAUBERTEAU-MARCOHAN M. Odile

LABROUSSE François (C.S) LASKAR Marc (C.S)

**LEGER** Jean-Marie

LEROUX-ROBERT Claude (C.S) **LIENHARDT-ROUSSIE** Anne

**MABIT** Christian **MARQUET Pierre MAUBON** Antoine **MELLONI** Boris MENIER Robert (C.S)

**MERLE** Louis MOREAU Jean-Jacques (C.S) **MOULIES** Dominique **NATHAN-DENIZOT** Nathalie

**PHYSIOLOGIE OPHTALMOLOGIE** CHIRURGIE INFANTILE

**NEPHROLOGIE** MÉDECINE INTERNE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE

**DERMATOLOGIE** 

CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE

THERAPEUTIQUE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

**PNEUMOLOGIE** DERMATOLOGIE

HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION

BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

RADIOTHERAPIE **PSYCHIATRIE ADULTES** 

**IMMUNOLOGIE UROLOGIE** 

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**NEUROLOGIE** 

CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE

**PARASITOLOGIE PEDIATRIE** 

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE** 

**ANATOMIE** 

REEDUCATION FONCTIONNELLE

**UROLOGIE NEUROLOGIE** 

MEDECINE DU TRAVAIL

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

CHIRURGIE DIGESTIVE **PEDOPSYCHIATRIE** REANIMATION MEDICALE

**IMMUNOLOGIE** 

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**PSYCHIATRIE D'ADULTES** 

**NEPHROLOGIE PEDIATRIE** 

ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE

**RADIOLOGIE PNEUMOLOGIE PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE NEUROCHIRURGIE** CHIRURGIE INFANTILE

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

PARAF François PERDRISOT Rémy PHILIPPE Henri-Jean (CS) PILLEGAND Bernard (C.S)

PIVA Claude (C.S)

(C S)

PREUX Pierre-Marie RIGAUD Michel (C.S) ROUSSEAU Jacques SALLE Jean-Yves SAUTEREAU Denis

SAUVAGE Jean-Pierre (C.S) TREVES Richard (C.S)

TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)

VALLAT Jean-Michel (C.S)

**VALLEIX** Denis

VANDROUX Jean-Claude (C.S)

VERGNENEGRE Alain VIDAL Elişabeth (C.S) VIGNON Philippe VIROT Patrice (C.S) WEINBRECK Pierre (C.S) ANATOMIE PATHOLOGIQUE

BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

MEDECINE LEGALE

HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION

INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

RHUMATOLOGIE CANCEROLOGIE NEUROLOGIE

ANATOMIE BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE

**EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION** 

MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE

CARDIOLOGIE

**MALADIES INFECTIEUSES** 

#### PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

**BUCHON** Daniel

MEDECINE GENERALE

# A Madame le Professeur BORDESSOULE

Professeur d'hématologie et transfusion Médecin des hôpitaux Chef de service

Qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Puisse ce travail ne pas vous décevoir.

## A Monsieur le Professeur DUMAS

Professeur de Neurologie Médecin des Hôpitaux Chef de service

# A Monsieur le Professeur GAROUX

Professeur de Pédopsychiatrie Psychiatre des Hôpitaux Chef de service

## A Madame le Professeur VIDAL

Professeur de Médecine Interne Chef de service

> Qui nous font l'honneur de juger ce travail. Soyez-en remerciés.

A	Monsieur	le	Docteur	<b>MARCHA</b> l	VD
---	----------	----	---------	-----------------	----

Anesthésiste-réanimateur à l'Hôpital de Saint-Junien

Qui nous a fait l'amitié de conseiller et de guider ce travail. Soyez remercié de votre confiance, de votre patience et de votre gentillesse.

# A Monsieur le Docteur GERARDIN

Gastro-entérologue à l'Hôpital de Saint-Junien Chef de service

Vous m'avez accueillie dans votre service en tant qu'interne. Ce fut pour moi un enrichissement aussi bien professionnel que personnel. Vous me faites un honneur en acceptant d'assister à cette thèse.

# A tout le service de Médecine de l'Hôpital de Saint-Junien

J'ai découvert avec vous la vraie notion du travail en équipe, toujours dans l'amitié. Grâce à vous, j'ai décidé de poursuivre mon parcours médical. J'espère ne pas m'être trompée.

### Au Docteur VENOT

Gastro-entérologue à l'Hôpital de Saint-Junien

Pour sa gentillesse et la qualité de sa formation.

## Au Docteur BEGAUD, au Docteur ISSOULIE et à Chantal

En vous remerciant de m'avoir confié vos patients si souvent. Je n'oublierai jamais cette expérience dans la médecine générale.

# Au Docteur LEDUC, au Docteur SILLET-BACH, au Docteur LEFORT et au service d'oncologie de l'Hôpital de Brive

Pour votre accueil et pour l'expérience professionnelle et humaine que vous me permettez de vivre actuellement. Merci de m'avoir fait confiance, j'espère ne pas vous décevoir.

# A Christiane, à Sandrine, et à toute l'équipe du réseau ONCORESE

Pour votre amitié et votre extraordinaire soutien. Sans vous, je n'aurais pas eu la force ni la motivation nécessaires pour terminer ce travail. Merci de tout cœur.

### A Guislaine

Pour l'aide apportée dans les moments de doute et de découragement. Merci simplement pour ton amitié.

A mon parrain, Patrick, parti si tôt. Que de l'au-delà tu puisses me regarder avec fierté.

A mes grands-parents qui ont toujours cru en moi et m'ont toujours soutenue. Votre affection et votre tendresse sont inégalables. Je tiens aujourd'hui à vous témoigner tout mon amour.

A mes parents, qui m'ont accompagnée au cours de toutes ces années, me donnant constamment amour, soutien et confiance. Votre tolérance et votre humanité m'ont guidée, permis d'écouter et d'aimer les autres.

A ma sœur Caroline et à Yannick, qui sont toujours présents dans mon cœur, et à qui je voue une profonde affection. Merci pour les joies que vous m'apportez.

A Alexandra et Sylvain, à Eric et Charlotte, avec toute ma tendresse.

A tous mes cousins et cousines, à toute ma famille.

# TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	15
II. LES RACINES HISTORIQUES	18
II.1. La préhistoire de l'hypnose	18
II.2. Le XVIIIème siècle : l'ère du magnétisme	19
II.2.1. Franz Anton MESMER (1734-1815):	
« le magnétisme animal »	19
II.2.2. CHASTENET de PUYSEGUR (1751-1825):	
« le somnambulisme magnétique »	21
II.2.3. Joseph Philippe DELEUZE (1753-1835):	
« critique du magnétisme animal »	22
II.3. Le XIXème siècle : l'hypnose suggestive	23
II.3.1. L'Abbé DE FARIA (1755-1819)	23
II.3.2. James BRAID (1795-1860): l'invention du terme hypnose	23
II.3.3. L'école de Nancy	25
II.3.3.1. Auguste A. LIEBEAULT (1824-1904)	25
II.3.3.2. Hippolyte BERNHEIM (1837-1919)	26
II.4. 1880-1919 : les autres courants de pensée	27
II.4.1. l'école de la Salpêtrière	27
II.4.1.1. CHARCOT (1825-1893)	27
II.4.1.2. BABINSKI (1857-1932)	29
II.4.2. La querelle des deux écoles	29
II.4.3. Sigmund FREUD (1856-1939)	30

II.4.4. Pierre JANET (1859-1947)	31
II.4.5. Ivan Petrovitch PAVLOV (1849-1936)	32
II.5. Synthèse	32
III. L'HYPNOSE AUJOURD'HUI	34
III.1. La résurgence de l'hypnose après 1950	34
III.1.1. En France : l'école de Léon CHERTOK	34
III.1.2. Aux Etats-Unis: Milton H. ERICKSON	35
III.1.3. Les techniques dérivées de l'hypnose	36
III.1.3.1. Le training autogène de SCHULTZ	36
III.1.3.2. La relaxation d'inspiration psychanalytique	37
III.1.3.3. La sophrologie	37
III.1.3.4. Le rêve éveillé dirigé	38
III.1.3.5. Les thérapies comportementales	38
III.2. Les définitions actuelles	39
III.2.1. L'hypnose, la transe	39
III.2.2. La suggestion	42
III.2.3. L'inconscient	43
III.3. Les utilisations actuelles de l'hypnose	44
III.3.1. Les névroses	45
III.3.2. Les dépressions	46
III.3.3. Les psychoses	46
III.3.4. Les addictions et toxicomanies	47
III.3.5. Les affections psychosomatiques	47
III.3.6. Hypnose et contrôle de la douleur	48
III 2.7 Hymnose et enesthésiologie	49

IV. LES AVANCEES NEUROPHYSIOLOGIQUES	51
IV.1. Les hypothèses	51
IV.2. Les modifications électriques cérébrales	52
IV.3. La neuroimagerie fonctionnelle	54
IV.4. Imagerie fonctionnelle cérébrale et douleur clinique expérimentale	56
IV.5. Synthèse	58
V. LE DEROULEMENT DE LA THERAPIE	60
V.1. Les précautions à prendre	60
V.2. Les différentes techniques d'induction	61
V.3. Le processus hypnotique	62
V.3.1. Séméiologie de l'état hypnotique	62
V.3.1.1. Les signes objectifs	63
V.3.1.2. Les signes subjectifs	63
V.3.1.3. Les signes plus complexes	63
V.3.2. Les outils ou moyens spécifiques de communication	64
V.4. La réorientation	67
V.5. La consolidation	67
V 6 Les résistances	67

VI. DANGERS, LIMITES ET CRITIQUES	
VII. APPLICATION EN MEDECINE PALLIATIVE	72
VII.1. Le contrôle de la douleur physique	72
VII.2. La prise en charge psychologique	76
VII.3. Les autres symptômes	77
VIII. EXEMPLES CLINIQUES	78
IX. CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	87

### I. INTRODUCTION

Etymologiquement, le mot hypnose vient du mot grec « hupnos » qui signifie sommeil.

C'est tout d'abord un terme imprécis, puisqu'il désigne à la fois un état de conscience, une technique relationnelle, et les thérapies qui utilisent cet état de conscience. L'hypnose se trouve à la jonction des champs médical et psychothérapeutique. Elle se laisse difficilement définir car elle renvoie à de multiples concepts tels que le sommeil, la suggestion, la transe, la régression, le transfert, la modification d'état de conscience...

De plus, c'est un terme générique qui ne permet pas de distinguer l'hypnose de music-hall, celle des transes rituelles, celle meurtrière de certains dictateurs, l'hypnose qu'induisent probablement la télévision ou les jeux électroniques, l'hypnose thérapeutique ou sous protocole expérimental...

La multitude des notions sous-tendues par le terme hypnose engendre une confusion telle qu'il semble important de tenter d'éclaircir les choses.

A tout cela s'ajoute un climat de critiques, de suspicions et d'inquiétudes, à la simple évocation du concept. C'est sans aucun doute en rapport avec les mythes et clichés qui entourent encore aujourd'hui cette pratique.

En retraçant l'historique de l'hypnose, nous allons voir qu'au cours du temps, les diverses théories émises et les modalités d'application de la thérapie ont pu contribuer à générer une certaine méfiance à l'encontre de cette technique.

Elle est, dans les esprits, encore assimilée à une forme de surnaturel, de sorcellerie ou de parapsychologie. Pourtant, dans l'hypnose moderne, le thérapeute prétend ne pas avoir d'autres pouvoirs que ceux que le patient lui délègue.

La critique vient également du fait que le thérapeute apparaît comme dominateur, manipulant le patient par l'influence de la suggestion. La suggestion fait effectivement partie de la technique ou de la thérapie. Et il y a tout de même dans la suggestion une part de manipulation, car le symptôme n'est pas affronté directement, le thérapeute essaie de contourner la résistance du patient.

Enfin, l'état hypnotique a été associé à une forme de sommeil, d'hystérie ou de simulation, ce qui l'a encore discrédité davantage. Le phénomène au cours des siècles n'a cessé de faire l'objet de querelles et contradictions, c'est ce que nous allons retracer dans la première partie de cet exposé.

La suite de notre travail sera consacrée à l'étude de l'hypnose clinique actuelle, dont la philosophie et les techniques se sont considérablement modifiées sous l'impulsion de Milton H. ERICKSON, psychiatre américain dont la pratique a été introduite en France dans les trente dernières années. Après une tentative de définition du phénomène et des conceptions actuelles, nous passerons en revue les différentes indications pouvant relever de cette thérapie. Par ailleurs, des études neurophysiologiques récentes ont tenté de montrer une existence réelle et objectivable de l'état hypnotique et ont permis d'ébaucher quelques hypothèses explicatives sur son fonctionnement, notamment dans le soulagement de la douleur.

Le descriptif du déroulement d'une séance d'hypnose nous permettra ensuite d'étudier tous les outils utilisables par le thérapeute pour obtenir des résultats positifs. Mais cette partie permettra aussi de faire le point sur les dangers et limites de l'hypnose, sur les précautions à prendre par le thérapeute avant d'entreprendre un traitement par hypnose, sur les aspects critiquables de la thérapie.

L'utilisation en médecine palliative sera enfin envisagée, bien que la méthode soit peu utilisée actuellement par les équipes spécialisées dans ce domaine. Pourtant, l'hypnose paraît être un outil supplémentaire, a priori non invasif, mis à la disposition du soignant, et pouvant être utilisé pour améliorer les souffrances tant physiques que morales, toujours dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. Nous essaierons de déterminer si cette thérapie peut réellement apporter un bien-être ou un vécu plus confortable au patient en fin de vie.

### II – LES RACINES HISTORIQUES

## II.1. LA PREHISTOIRE DE L'HYPNOSE

Bien que le mot hypnotisme ne soit apparu qu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, le phénomène a toujours plus ou moins existé, et sa pratique était utilisée déjà dans l'antiquité. On en retrouve des exemples sous d'autres appellations, aussi bien dans La Bible que dans les textes de l'Egypte pharaonique, ou dans les traitements appliqués par les médecins grecs au temple d'Esculape.

Les thérapeutes étaient alors le plus souvent des prêtres, intermédiaires entre le malade et la puissance divine responsable de la maladie. Pour apporter la guérison, ils utilisaient des formules magiques, des prières et allégories, autant de pratiques suggestives destinées à renforcer l'action des médications. Il est incontestable que dans cette médecine primitive, la suggestion a été le facteur le plus efficace des guérisons.

Ainsi, l'hypnose a été utilisée dès l'antiquité par les prêtres en Grèce, et notamment en Egypte. En 1972, MUSES découvre la transcription d'une séance d'hypnose sur une stèle du règne de Ramsès XII (environ 1000 ans avant notre ère). BRUGSCH publie en 1893, un manuscrit égyptien datant du IIIème siècle, décrivant l'existence de temples du sommeil (1).

Il est cependant difficile de savoir si ces prêtres, chamans, sorciers et druides possédaient une réelle maîtrise des techniques hypnotiques, ou si l'hypnose n'était qu'un effet secondaire des procédés magiques et incantatoires utilisés.

# II.2. LE XVIIIème SIECLE : L'ERE DU MAGNETISME

Le terme « magnétisme » est ici employé au sens propre, considéré comme un phénomène physique, et non comme une relation d'influence entre plusieurs individus.

## II.2.1. Franz Anton MESMER (1734-1815): « le magnétisme animal »

Il est classique de faire remonter l'histoire scientifique de l'hypnose à l'arrivée de MESMER à Paris en 1778. F.A. MESMER s'est, à ses débuts, intéressé aux théories de PARACELSE (1493-1541), qui décrivaient l'influence des astres sur les organismes humains, et selon lesquelles nous baignerions tous dans un fluide universel émanant des étoiles. En 1766 à Vienne, sous l'inspiration de la physique newtonienne, MESMER avait soutenu dans sa thèse de doctorat, le point de vue que les corps vivants étaient soumis à l'influence des astres (2).

Il s'était mis ensuite à pratiquer la médecine magnétique, qui consistait à appliquer un ou plusieurs aimants sur l'organe malade. Il avait remarqué que cette application pouvait déclencher une crise chez le patient, entraînant la disparition des symptômes.

A partir de ces constatations, il avait alors élaboré la thèse du « fluide magnétique » : il désignait ainsi la substance qui, selon lui, enveloppait toutes les choses existantes et formait le milieu dans lequel elles s'influençaient. La maladie résultait d'une mauvaise distribution du fluide dans les différents organes. La «crise » en rétablissait la répartition harmonieuse et amenait ainsi à la guérison. Grâce à certaines techniques, ce fluide était susceptible d'être canalisé, emmagasiné, et transmis à d'autres personnes ; c'est de cette manière qu'il était possible de provoquer des crises chez les malades et de les guérir (3).

Son explication des phénomènes de transe qu'il déclenchait chez ses patients se voulait donc scientifique et rationnelle, en relation avec la puissance magnétique de l'aimant.

Mais très vite, MESMER s'aperçut que le pouvoir thérapeutique ne résidait pas dans l'aimant lui-même. En effet, en remplaçant les aimants par divers matériaux (papier, pain, laine ...), il obtenait les mêmes résultats. Il fut donc amené à conclure que ce n'était pas l'aimant mais le thérapeute qui était au cœur de l'action curative. Il émit l'hypothèse d'une force magnétique particulière aux êtres animés, qu'il nomma « le magnétisme animal » (4).

Les théories mesmériennes attirèrent bientôt l'hostilité des milieux médicaux viennois. Aussi décida-t-il en 1778 d'émigrer à Paris, où il allait susciter un extraordinaire engouement. Il faut noter que les séances collectives et publiques de traitement magnétique étaient frappantes pour les esprits. Les patients étaient réunis sur la place publique, tous en contact avec une vaste cuve remplie d'eau et de divers débris (morceaux de verre, pierres, bouts de métal...) : « le baquet magnétisé ». MESMER se déplaçait entre les malades, muni d'une baguette magnétique, et provoquait çà et là des crises convulsives.

Cependant, ce succès dérangea et souleva d'ardentes discussions. Le roi Louis XVI désigna deux commissions d'enquête en 1784, composées de sommités médicales et scientifiques (Benjamin Franklin, le chimiste Lavoisier, le botaniste Jussieu, l'astronome Bailly, le Docteur Guillotin faisaient partie des plus célèbres). Les conclusions des deux rapports se rejoignaient : les experts n'avaient pu constater l'existence d'aucun fluide. Les effets curatifs observés suite à certaines séances magnétiques n'étaient pas contestés, mais ils étaient attribués à l'imagination des malades : « L'imagination sans le magnétisme produit tout, le magnétisme sans l'imagination ne produit rien ... ».

MESMER, indigné, se retirera en Suisse mais laissera derrière lui des disciples convaincus dont les plus connus sont PUYSEGUR et DELEUZE.

# II.2.2. Armand CHASTENET de PUYSEGUR ( 1751-1825) : « le somnambulisme magnétique »

Le marquis CHASTENET de PUYSEGUR remplace les crises convulsives par un « somnambulisme magnétique », c'est-à-dire provoqué. Dans sa technique, le patient est mis dans un état de docilité où il ne cesse jamais d'être en communication verbale avec le thérapeute. Le sujet est en mesure de parler, de donner des réponses adaptées aux questions posées, de manifester son désaccord ou sa coopération. Mais il présente physiquement les critères du somnambulisme définis en 1812, qui sont la fermeture des yeux et l'immobilité.

Plusieurs constatations novatrices vont se dégager de l'expérience de PUYSEGUR. Il conclut tout d'abord que le magnétisme animal existe et qu'il est à l'origine d'un état somnambulique doué de propriétés thérapeutiques. Le somnambulisme suscite un mode de communication particulier entre le sujet et le thérapeute, c'est donc un état différent du sommeil naturel. D'autre part, la grande crise d'excitation psychique et motrice décrite par ses prédécesseurs comme condition nécessaire à la guérison est remise en cause. Enfin, cet état magnétique met en évidence l'existence de « deux mémoires », l'une pendant la séance, l'autre en dehors de celle-ci (5): à la sortie de l'expérience somnambulique, le sujet ne se souvient pas de ce qui s'est passé, mais plongé une nouvelle fois dans cet état, il retrouve le souvenir des événements antérieurs. C'est la première évocation historique de la notion d'amnésie post-hypnotique.

Un autre point développé par PUYSEGUR est l'idée de la nécessité d'une relation affective étroite entre le patient et le thérapeute pour pouvoir obtenir une guérison. Il est conscient de la possibilité d'interférences érotiques préjudiciables à l'action thérapeutique, mais pense les éviter grâce à de rigoureuses consignes déontologiques.

# II.2.3. Joseph Philippe DELEUZE (1753-1835): une ébauche de critique du magnétisme animal

DELEUZE est un contemporain de PUYSEGUR. Dans la lignée des magnétiseurs de son époque, DELEUZE reste un fluidiste. Pour lui, il est évident que le fluide est à l'origine du somnambulisme, et de ce fait, le sujet reste sous la puissance de l'opérateur : il est dans une relation de domination et d'influence. Ses patients, qu'il amenait à un état de régression profonde, étaient entièrement dépendants de leur magnétiseur. « Considérez, disait-il, l'individu magnétisé comme faisant en quelque façon partie de son magnétiseur » (6). Il pensait que l'attachement entre le sujet et son thérapeute pouvait être favorable à la cure.

Son *Histoire critique du magnétisme animal* publiée en 1813 marque la renaissance du phénomène en France. Dans cet ouvrage, il consigne une observation fine de l'expérience somnambulique. Il s'intéresse également à ce qui se passe à l'intérieur du sujet, par l'intermédiaire du corps et des différents canaux sensoriels. Il observe l'amnésie post-hypnotique, notée précédemment par PUYSEGUR, et considère ce phénomène comme caractéristique du somnambulisme : « l'oubli au réveil, seul, est constant et distingue essentiellement le somnambulisme » (6). Dans le même ouvrage, il ébauche quelques remarques déontologiques : « un somnambule doit toujours être assisté d'un médecin... il ne faut pas lui faire savoir qu'on le consulte sur les maladies pendant son sommeil... ».

Tout en estimant que le fluide est l'agent thérapeutique essentiel, DELEUZE, tout comme PUYSEGUR, déclare sur la fin de sa vie que les attentions portées au malade, son désir de guérir, la volonté de soigner du praticien, sont des facteurs aussi importants que le fluide lui-même.

# II.3. LE XIXème SIECLE: L'HYPNOSE SUGGESTIVE

### II.3.1. L'abbé DE FARIA (1755-1819)

L'abbé portugais DE FARIA, qui exerce ses activités de thérapeute à Paris dès 1813, va s'écarter encore davantage des théories magnétiques.

Il innove notamment avec une technique d'induction mettant en jeu la surprise et la fascination visuelle. Il place sa main à une certaine distance du sujet en lui demandant de la fixer du regard. En même temps, il communique des suggestions verbales impératives du type : « Dormez ». Le patient tombe alors dans un état qu'il appelle « le sommeil lucide ».

Mais DE FARIA est, à son époque, également novateur car il récuse la théorie fluidique. Pour lui, aucun pouvoir particulier n'émane du thérapeute, tout se passe dans l'esprit du sujet : « On ne produit pas chez les sujets un sommeil lucide qui n'existait pas; on ne fait que le développer parce qu'il existe déjà, en raison des dispositions requises » (7).

DE FARIA accorde par ailleurs beaucoup d'importance à la suggestion verbale, et est un des premiers à décrire les suggestions post-hypnotiques.

Il marque la transition entre magnétisme et théories suggestives.

## II.3.2. James BRAID (1795-1860): l'invention du terme hypnose

James BRAID, chirurgien anglais, remplace le fluidisme par une théorie « psycho-neurophysiologique » : une stimulation de la rétine agirait sur le système

nerveux et produirait un « sommeil nerveux » qu'il baptisa, en 1843, hypnotisme. Pour lui, l'hypnotisme serait le résultat de l'association d'une cause physique (concentration sur un point), et d'une cause psychique prédominante (le monoïdéisme). Il développe ainsi sa propre technique d'induction ( le « braidisme »), consistant en la fixation d'un objet brillant et la concentration sur une seule idée.

Dans son principal ouvrage, *Neurhypnology*, publié en 1843 en Angleterre, BRAID rejette toute notion d'influence ou de parapsychologie. Le phénomène hypnotique est le fait de l'esprit du sujet. D'ailleurs, il remarque dans sa pratique que tous les sujets ne sont pas réceptifs à sa technique. Le thérapeute, par des suggestions (terme par lequel il remplace le mot fluide), oriente la transe hypnotique, mais il ne fait que potentialiser des aptitudes existant de façon intrinsèque chez le sujet. BRAID écrira : « La vraie cause de ces phénomènes de veille n'est pas une influence extérieure : c'est une illusion interne et intellectuelle, qui survient à la suite d'affirmations positives que fait une autre personne » (8).

On peut, en outre, penser que la théorie de BRAID, en s'appuyant sur des bases scientifiques, a permis à l'hypnose d'être mieux acceptée par la communauté médicale de l'époque.

Parallèlement, plusieurs chirurgiens pratiquent régulièrement des interventions sur des sujets en état de sommeil magnétique. Mais cette application de l'hypnose en anesthésie sera interrompue en plein essor en 1846, suite à la découverte du chloroforme.

#### II.3.3. L'école de Nancy

## II.3.3.1. Auguste Ambroise LIEBEAULT (1824-1904)

LIEBEAULT, médecin de campagne près de Nancy, va s'intéresser aux ouvrages de l'époque qui traitent de l'hypnotisme. Il abandonne dès 1850 la médecine classique et se met à traiter gratuitement des malades au moyen de l'hypnose.

Il s'intéresse d'abord au braidisme, puis adoptera finalement la méthode simple et efficace de l'Abbé DE FARIA, en endormant ses patients grâce à une fixation visuelle associée à une suggestion verbale d'endormissement. Ce qui est nouveau, c'est qu'il annonce au sujet d'une voix douce ce qu'il va ressentir (besoin de dormir, pesanteur des paupières, diminution de l'acuité sensorielle...). Pour lui, c'est la suggestion verbale qui est prévalente, ce n'est pas le processus de fixation du regard.

LIEBEAULT affirme que la collaboration avec le malade est indispensable, et qu'il ne s'agit pas de fluide à proprement parler, mais plutôt d'une relation d'ordre télépathique entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé.

Dans la publication de ses travaux en 1866, il conclut que le facteur hypnotisant ne réside pas dans l'action physique mais dans la suggestion verbale. La suggestion est pour lui la base du braidisme; le sommeil hypnotique serait un sommeil partiel apparenté au sommeil normal, mais pendant lequel le sujet resterait en rapport avec le thérapeute. Son ouvrage suscita très peu d'intérêt dans le monde médical de l'époque.

Un changement va cependant se produire en 1882, lorsqu'un professeur de la Faculté de Médecine de Nancy, Hippolyte BERNHEIM, est convaincu par la technique et les résultats de LIEBEAULT.

## II.3.3.2. Hippolyte BERNHEIM (1837-1919)

BERNHEIM peut être considéré comme le véritable chef de file de l'école de Nancy. Il introduit les méthodes de LIEBEAULT dans son hôpital universitaire, révélant ainsi leur existence au monde médical.

BERNHEIM reste le principal théoricien de l'école de Nancy, bien que d'autres universitaires comme BEAUNIS et LIEGEOIS se soient ralliés aux théories de LIEBEAULT.

BERNHEIM va se démarquer des idées reçues de l'époque en affirmant que les phénomènes de suggestion ne sont pas relatifs à un état magnétique (MESMER), ni à un état hypnotique (BRAID), ni à un sommeil provoqué (LIEBEAULT). La suggestion serait liée à une propriété physiologique du cerveau mise en action à l'état de veille : la suggestibilité. Dans son ouvrage *De la suggestion*, il définit ces concepts de la façon suivante : « La suggestibilité, c'est l'aptitude du cerveau à recevoir ou évoquer des idées et sa tendance à les réaliser, à les transformer en actes (...) toute idée, qu'elle soit communiquée par la parole, par la lecture, par une impression sensorielle, sensitive, viscérale, émotive, qu'elle soit évoquée par le cerveau, est en réalité une suggestion » (9).

BERNHEIM va plus loin encore en tentant d'expliquer comment une suggestion externe ou interne, c'est-à-dire une représentation mentale, se transforme en action. Il propose la loi de l'idéodynamisme : « L'impression est devenue idée. La suggestion est faite. C'est le premier acte de suggestibilité. Alors survient le second : la suggestion doit se réaliser. Toute idée suggérée tend à faire acte. Autrement dit, en langage physiologique, toute cellule nerveuse cérébrale actionnée par une idée actionne les fibres nerveuses qui en émanent, et celles-ci transmettent l'impression aux organes qui doivent la réaliser. C'est ce que j'ai appelé la loi de l'idéodynamisme. » (10). Ce concept reste essentiel en hypnose encore aujourd'hui, nous y reviendrons plus loin dans la description de l'état hypnotique.

Ainsi, pour BERNHEIM, l'hypnose est un état de suggestibilité imposée, provoqué par la suggestion. Il soutient la théorie de l'imagination des patients et de la suggestion du médecin, seul agent permettant l'hypnotisme. Il affirme même au congrès de LONDRES en 1892, qu'il n'y a pas d'hypnotisme, qu'il n'y a que de la suggestion. On peut cependant lui reprocher de ne pas s'intéresser à ce qui se passe au plan phénoménologique chez le sujet pendant la transe.

Le principal mérite de l'école de Nancy, en insistant sur la causalité psychologique, est d'avoir préparé l'avènement de la psychologie affective et de la psychothérapie, en montrant tout ce que la suggestion contient de relationnel.

# II.4. 1880-1919: LES AUTRES COURANTS DE PENSEE

### II.4.1. L'école de la Salpêtrière

## II.4.1.1. CHARCOT (1825-1893)

A Paris, en cette fin de siècle, rayonne la puissante école de neurologie française. CHARCOT et ses élèves vont travailler sur l'hypnose, tout en faisant des recherches sur l'hystérie. CHARCOT considère l'hypnose comme un état pathologique, la rattachant à l'hystérie. Il fixe le fait hypnotique dans le corps, dans l'organicité, en relation avec une localisation fonctionnelle cérébrale. Pour CHARCOT, ne sont hypnotisables que les hystériques. Hypnose et hystérie se confondent.

Il détermine trois phases essentielles au sommeil hypnotique : la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme. Ces états se déroulent dans un ordre imprécis et ne sont pas toujours observables chez les non-hystériques.

La léthargie ressemble à une prostration, elle est obtenue par fermeture des yeux, compression des globes oculaires ou action physique des métaux, des aimants sur certains trajets nerveux. Le sujet a l'air endormi, il est inerte, n'obéit pas aux suggestions ou très difficilement.

La catalepsie se traduit par une immobilité, une ouverture des yeux, une hypertonie gagne le corps, les membres gardent la position qu'on leur donne. Le sujet est réceptif à toutes les suggestions et les exécute.

Le somnambulisme représente la phase la plus élaborée, il s'obtient en frottant le sommet de la tête ; à nouveau le sujet peut entendre, parler, répondre à des questions. C'est dans cette phase que les suggestions sont les plus efficaces.

CHARCOT obtenait le sommeil hypnotique par des actions exercées sur les sens, d'où l'appellation d'hypnotisme sensoriel. Le principe était le suivant : en excitant la fonction d'un sens, en localisant l'activité nerveuse ainsi accaparée par l'intensification de cette fonction, on détermine une atténuation progressive, voire même une atonie complète des facultés objectives (jugement, volonté, conscience). La suppression momentanée de ces facultés ne laisse subsister dans l'individu que l'automatisme. L'action générale des procédés sensoriels tend à diminuer plus ou moins l'exercice de la conscience, et il devient alors plus facile de faire admettre des suggestions à un sujet.

Pour CHARCOT, ces techniques sont infaillibles sur des états hystériques et elles exercent sur tout individu normal une altération plus ou moins grande de l'objectivité.

## II.4.1.2. BABINSKI (1857-1932)

Il faut également citer BABINSKI, un des disciples de CHARCOT. Il cherchera à découvrir des signes objectifs certains, permettant de savoir si les troubles observés sont en concordance directe avec des atteintes organiques ou fonctionnelles du système nerveux, ou bien si ces troubles sont en relation avec des perturbations de la personnalité (11). Au fil de ses recherches, il s'éloignera progressivement des définitions de CHARCOT en démolissant la conception fonctionnelle de l'hystérie. Il adoptera pour finir l'interprétation de BERNHEIM par la suggestion.

### II.4.2. La querelle des deux écoles

Il est coutume d'admettre que l'interprétation psychologique de l'école de Nancy triompha sur l'interprétation physiologique et fonctionnelle de l'école de Paris.

Les deux théories s'opposent d'ailleurs radicalement. Pour BERNHEIM, la succession des trois phases (léthargie, catalepsie, somnambulisme), n'est retrouvée que chez les sujets préparés; le transfert par les aimants est une construction de l'esprit. L'hypnose est un état physiologique, ce n'est ni une névrose, ni un état pathologique. Les névropathes ne sont pas plus facilement hypnotisables que les autres, et tout le monde peut être hypnotisé. La suggestion est la clé de l'hypnose, par suggestion tout le monde est capable de produire des phénomènes hypnotiques. Un certain degré d'activité volontaire persiste en état d'hypnose, le sujet peut résister à la suggestion.

La polémique ne cessa jamais entre les représentants des deux écoles. CHARCOT a certes apporté des qualités de méthode et de précision dans l'étude des états hypnotiques, mais il a probablement montré un excès de systématisation en considérant le phénomène sous son seul aspect physiologique. A l'inverse,

BERNHEIM a bien mis en lumière la dimension psychologique, mais a fini par confondre totalement hypnose et suggestion, attirant ainsi l'hostilité des autorités scientifiques.

A la mort de CHARCOT en 1893, s'amorce une période de rapide déclin pour l'hypnose. Les travaux sur ce sujet vont se faire de plus en plus rares.

## II.4.3. Sigmund FREUD (1856-1939)

En 1885, FREUD se trouve en stage dans le service neurologique de CHARCOT. Il s'intéressait déjà beaucoup à l'hypnose et à l'hystérie grâce à son maître, Joseph BREUER. C'est dans cette période que FREUD va se convaincre de la réalité du phénomène hypnotique et de son intérêt pour la compréhension des processus psychiques.

De retour à Vienne, il se met dès 1887 à utiliser fréquemment la suggestion hypnotique comme thérapeutique. Il pratique la suggestion directe centrée sur la disparition des symptômes observés. Au cours de son expérience, il va pressentir l'existence de deux formes de mémoire, celle de la transe somnambulique et celle de la vie quotidienne. C'est à partir de ces constatations qu'il construira par la suite une théorie recevable de l'inconscient.

FREUD abandonnera ultérieurement l'hypnose, tout d'abord pour des raisons techniques : l'efficacité thérapeutique semble brève et inconstante. De plus, il constate qu'il ne parvient pas toujours à obtenir une hypnose profonde, parfois même certains sujets sont réfractaires à toute forme d'hypnotisation. « Or, je n'aimais pas l'hypnose, c'est un procédé incertain et qui a quelque chose de mystique. Mais lorsque j'eus constaté que, malgré tous mes efforts, je ne pouvais mettre en état d'hypnose qu'une petite partie de mes malades, je décidai d'abandonner ce procédé et d'appliquer le traitement cathartique. » (12).

Il prendra aussi de la distance avec cette technique car elle semble inadaptée à la recherche qui l'occupe, celle de la dynamique du psychisme, des rapports entre le conscient et l'inconscient dans la constitution des symptômes névrotiques. Il laissera tomber la suggestion directe pour se consacrer à la méthode analytique.

Pendant de nombreuses années, l'hypnose ne fera plus l'objet de recherches théoriques de la part des psychanalystes. Ils pensent en grande majorité qu'il y a scission entre psychanalyse et hypnose. Ce n'était d'ailleurs pas le point de vue de FREUD qui déclarait en 1912 : « ne pas s'opposer à ce qu'un psychothérapeute combine une certaine dose d'analyse à quelque traitement par suggestion, dans le but d'obtenir plus rapidement un résultat thérapeutique patent. » (13).

### II.4.4. Pierre JANET (1859-1947)

Toutefois, malgré les critiques émises à l'encontre de l'hypnose, certains chercheurs comme JANET vont continuer à s'y intéresser. Elève de CHARCOT, puis influencé par BERNHEIM, il a voulu s'engager dans une voie nouvelle pour trouver une explication de l'hystérie. Pour JANET, les symptômes hystériques sont le résultat d'une dissociation de la conscience. C'est dans le subconscient que se trouve l'idée pathogène : après l'avoir découverte par mise en état hypnotique, JANET tente de l'effacer définitivement par une série de suggestions. Il distingue deux niveaux de comportement, celui de la volonté et celui de l'activité réflexe. Il considère l'hypnose comme une forme d'automatisme où le premier niveau serait aboli et où s'installerait un comportement réflexe complètement dissocié du conscient.

Sa théorie de la dissociation sera plus tard reprise par des auteurs modernes. Nous verrons qu'elle rejoint les conceptions actuelles, notamment les concepts de Milton ERICKSON.

# II.4.5. Ivan Petrovitch PAVLOV (1849-1936)

Enfin, PAVLOV et son équipe vont tenter de contribuer à la compréhension des phénomènes hypnotiques. A travers leur étude du système nerveux, ils élaborent une théorie neurophysiologique : la théorie corticale. L'hypnose serait un « sommeil partiel », état intermédiaire entre le sommeil et la veille. D'après cette école, hypnose et sommeil sont des phénomènes du même ordre, se différenciant seulement quantitativement. Ils émettent l'hypothèse d'une inhibition corticale, mais persisteraient des points vigiles permettant un contact entre l'hypnotisé et le thérapeute.

Cette théorie est considérée comme un tournant décisif, ouvrant la voie de la recherche neurophysiologique. Cependant, elle ramène le phénomène hypnotique dans le champ exclusivement physiologique.

## II.5. SYNTHESE

Au cours de ce parcours historique non exhaustif, nous avons pu voir l'évolution progressive des concepts. Le magnétisme de MESMER a laissé place à la notion de somnambulisme, classant la transe hypnotique comme un état proche du sommeil. Puis l'hypnose a été envisagée en tant que relation interpersonnelle avec la création de la théorie de la suggestibilité.

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les études sur cette question vont être interrompues par l'avènement de la psychothérapie moderne et de la psychanalyse. L'hypnose est alors considérée comme une technique capable de supprimer les symptômes, mais sans résoudre la cause des troubles ; la psychanalyse, elle, met au jour les origines des conflits. De plus, aucune explication vraiment satisfaisante n'a

permis, à l'époque, de définir ce qu'est véritablement l'hypnose. Enfin, les thérapeutes se heurtent à des échecs, la transe profonde n'étant pas obtenue chez tous les patients.

Toutes ces raisons font que l'hypnose ne va plus passionner les chercheurs, et il faudra attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour voir à nouveau apparaître des publications sur le sujet. Elle est alors utilisée dans le traitement des névroses traumatiques de guerre. Depuis, elle fait l'objet d'études et d'applications de plus en plus nombreuses. Comme nous allons le voir, des notions essentielles ont été définies durant les trente dernières années, donnant un certain renouveau, tant dans la pratique que dans la théorie.

## III. L'HYPNOSE AUJOURD'HUI

## III.1. LA RESURGENCE DE L'HYPNOSE APRES 1950

## III.1.1. En France: l'école de Léon CHERTOK

Léon CHERTOK, psychanalyste et psychiatre, va se battre pendant de nombreuses années pour faire reconnaître l'intérêt de l'hypnose au corps médical. A Paris, il crée en 1971 le laboratoire d'hypnose expérimentale. Il poursuit les recherches amorcées à la fin du XIXème siècle. Il s'intéressera dès 1947 à la relation corps-esprit, et créera en 1950 le centre de médecine psychosomatique. Il fallait beaucoup de courage à l'époque pour soutenir l'hypothèse d'une origine psychique dans une maladie à expression physique. La médecine d'alors était encore fondée sur la notion d'organicité ou de lésion, une médecine du corps.

CHERTOK axera ensuite ses expériences sur l'hypnose et la suggestion directe. Il observe que l'expérience hypnotique permet de produire chez le sujet une sorte de réunification corporelle. Il utilise des techniques d'induction proches des méthodes classiques, notamment par la fixation d'un objet brillant et des suggestions de sommeil.

Ce type d'hypnose ne marque pas d'évolution par rapport à l'hypnose classique, elle reste d'une grande directivité. Le thérapeute est placé en position de dominance, et le patient en position passive et dominé.

# III.1.2. Aux Etats-Unis: l'impulsion de Milton Hyland ERICKSON (1901-1980)

C'est essentiellement par les Etats-Unis que l'hypnose va revenir, mettant en avant de nouvelles techniques de communication.

Milton ERICKSON, docteur en médecine et titulaire d'une maîtrise de psychologie, va consacrer sa vie à l'utilisation de l'hypnose. Les biographes ont insisté sur sa pathologie personnelle : poliomyélite dans l'adolescence, dyslexie, dyschromatopsie, autant d'affections à l'origine de son intérêt pour des techniques qu'il aurait expérimentées sur lui-même, par le biais d'une autohypnose inventive. C'est ainsi qu'à l'âge de dix-sept ans, paralysé par la poliomyélite, il parviendra, en l'absence de toute rééducation, à retrouver son autonomie; il s'entraîne pendant des mois, recherchant le souvenir de ses membres lorsqu'ils pouvaient bouger, jusqu'à faire apparaître des mouvements incoordonnés puis volontaires. C'est ainsi qu'il découvre ce que BERNHEIM a nommé les phénomènes idéomoteurs : la seule pensée du mouvement peut produire l'expérience réelle du mouvement corporel automatique. De la même façon, il améliorera le contrôle de ses douleurs.

Il décrit l'hypnose comme un état de conscience altéré, au cours duquel le sujet a la possibilité de se restructurer. Le rôle du thérapeute est d'apprendre au patient à travailler à un niveau inconscient (c'est-à-dire en hypnose). L'inconscient est alors défini comme « un réservoir de ressources », l'inconscient est actif et positif et contient les solutions dont l'individu a besoin. Il considère l'hypnose comme « un état libéré de l'inconscient » favorisant le renouveau et l'expression de la créativité du sujet (14). Dans sa conception, ERICKSON ne considère plus l'hypnose comme un état passif et régressif sous contrôle d'un opérateur, mais comme un travail actif de la part du patient.

Outre l'originalité de ses théories, ERICKSON va également faire évoluer la technique. Dans sa pratique, l'induction ritualisée laisse place à une simple conversation au cours de laquelle le thérapeute parle, observe, écoute le patient, et bâtit son induction à partir du sujet. Ainsi, il invente au fur et à mesure en fonction de

la survenue des réactions. Le thérapeute utilise des « moyens spécifiques de communication » que nous détaillerons plus loin, mais il introduit aussi le paraverbal (technique de communication utilisant la position du corps, le regard, le mouvement, l'intonation). Un dialogue « subliminaire » s'installe. Il n'est pas nécessaire que le patient prenne conscience du travail qui s'effectue en lui, ce qui compte est la relation entre le conscient et l'inconscient que la séance va faciliter. Dans cette expérience hypnotique, « les sujets vont recevoir quelque chose de l'intérieur d'eux-mêmes » (15).

Milton ERICKSON, figure incontournable de l'hypnose américaine, a réinventé l'hypnose clinique en ouvrant de nouvelles perspectives, en stimulant aussi les recherches. Il a créé l'hypnose permissive. CHERTOK dira de lui qu'il reste « le plus grand hypnotiseur de tous les temps ». Il est d'ailleurs considéré comme le père de l'hypnose moderne. Certes, ERICKSON a beaucoup fait évoluer les techniques hypnotiques, mais cependant, la lecture de ses textes ne permet pas de déterminer ce qu'est réellement l'hypnose.

### III.1.3. Les techniques dérivées de l'hypnose

Il existe des techniques issues de l'hypnose qui ont permis une spécialisation de la technique. L'association à des techniques de relaxation est fréquente.

## III.1.3.1. Le training autogène de SCHULTZ (ou décontraction concentrative)

La technique du training autogène a été mise au point par un médecin allemand, J. H. SCHULTZ, dont les premières recherches remontent au début du XXème siècle. Par une suite d'exercices physiologiques appropriés, il vise à induire chez ses patients des impressions de calme, de pesanteur, de chaleur, la perception du rythme cardiaque... La relaxation ainsi obtenue provoque une déconnexion générale de l'organisme, état favorisant les réalisations propres aux suggestions. C'est une

sorte d'autohypnose fractionnée, qui lui semble applicable à tous puisqu'elle lève l'obstacle de la non-hypnotisabilité.

# III.1.3.2. La relaxation d'inspiration psychanalytique

C'est une méthode dérivée du training autogène, qui a été expérimentée presque uniquement en France. Cette technique consiste bien à déconnecter le patient par rapport aux stimuli externes par une mise en état de relaxation. Par contre, pendant la séance, le sujet est incité à parler des sensations corporelles ressenties. Le procédé a été intitulé « verbalisation du corps propre ». Cette technique conviendrait aux malades présentant des symptômes au niveau corporel (16).

#### III.1.3.3. La sophrologie

Il s'agit d'une méthode récente, exposée en 1961 par le docteur CAYCEDO. Cette école employait au départ les phénomènes hypnotiques avec l'adjonction de techniques de relaxation. CAYCEDO déclare avoir également emprunté au yoga, au bouddhisme, à la phénoménologie. Mais il reconnaît aussi s'être beaucoup inspiré de l'hypnose. En fait, la sophrologie n'a rien apporté de nouveau par rapport à l'hypnose, elle n'en diffère que par le nom.

Les principales techniques utilisées en sophrologie permettent d'agir sur les niveaux de conscience par une relaxation à la fois mentale et physique. Cette relaxation va créer chez le sujet une sensation subjective de paix, puis la concentration, la méditation, la contemplation participeront à la relaxation dite dynamique.

#### III.1.3.4. Le rêve éveillé dirigé

Au cours de séances de relaxation se produit un relâchement de l'imaginaire et de l'appareil onirique. Le patient peut donc réaliser plus aisément un travail d'associations sur des images mentales, par exemple sur des images visuelles, des odeurs, des sons... Ces associations donneront ensuite lieu à des interprétations psychanalytiques.

#### III.1.3.5. Les thérapies comportementales

Leur but est de remplacer des comportements inadaptés, voire renforçateurs de troubles, par de nouvelles séquences comportementales plus satisfaisantes pour le sujet et la société. L'hypnose a ici sa place en tant que traitement adjuvant en permettant de faciliter les apprentissages et en consolidant les acquis.

De nombreux autres types de psychothérapies ont recours à l'hypnose d'une façon ou d'une autre. Certaines l'utilisent sous sa forme classique, mais sans le dire ouvertement (c'est le cas de la sophrologie). D'autres se réclament de l'hypnose mais les techniques employées sont très éloignées du processus hypnotique. L'hypnose dans tous les cas n'est pas reconnue pour ce qu'elle est, et cela montre bien la persistance des tabous à son égard. Il faut signaler en outre qu'avec le développement des techniques de communication, on a vu apparaître des méthodes nouvelles se réclamant de l'hypnose, dans des perspectives parfois discutables. Cela a probablement contribué à ancrer la méfiance dans les esprits.

## III.2. LES DEFINITIONS ACTUELLES

#### III.2.1. L'hypnose, la transe

Comme nous l'avons souligné en introduction, l'hypnose est difficilement définissable. Deux perspectives se dégagent pourtant des différentes théories émises au cours du temps : un état spécifique de l'organisme avec des critères physiques et neurophysiologiques mesurables, ou bien l'expression d'une relation interpersonnelle entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé. L'hypnose peut donc s'aborder en terme d'état ou de relation.

L'hypnose, à l'heure actuelle, est appréhendée par la majorité des auteurs comme un état de conscience modifié. Ce serait un troisième état de conscience, tout aussi naturel que la veille et le sommeil. Il est particulier car modifié par un dispositif inducteur mis en place par une personne (l'hypnothérapeute), ou par le sujet luimême (autohypnose). Cet état pourrait être caractérisé par une dissociation dans la conscience du patient, lui permettant d'accéder à une plus grande communication avec son corps et son psychisme.

Georges LAPASSADE, en 1989, définit les états modifiés de conscience comme « un certain nombre d'expériences au cours desquelles le sujet a l'impression que le fonctionnement habituel de sa conscience se dérègle et qu'il vit un autre rapport au monde, à lui-même, à son corps, à son identité » (17).

Cela étant, il faut préciser que l'hypnose ne représente qu'une variété possible du vaste champ des états modifiés de conscience, que certains auteurs désignent sous le nom générique d'états de transe. C'est un phénomène qui revêt des aspects multiples et qu'il est difficile de se représenter. Les états de transe sont tout d'abord différents selon les cultures, les philosophies, les religions. On en trouve des exemples dans les rites religieux, la méditation, les cérémonies guerrières de

certaines ethnies, ou plus couramment dans les manifestations sportives, les mouvements de foule... Le concept de transe a par ailleurs une connotation péjorative, car il peut aussi s'exprimer dans les phénomènes d'endoctrinement, les rituels des sectes, cette fois sans que la relation hypnotique soit obtenue de façon consensuelle. Il est donc parfois considéré comme pathologique et dangereux, ou au contraire comme sacré, ou encore comme un phénomène surnaturel.

Paradoxalement, c'est aussi un phénomène ordinaire, retrouvé dans toutes les cultures. ERICKSON insiste sur le fait qu'il s'agit d'un processus banal, qui peut apparaître spontanément chez chacun d'entre nous, et dans de multiples circonstances de la vie courante. C'est ce que les Américains appellent aujourd'hui la transe ordinaire quotidienne. Cette hypnose naturelle se manifeste par des moments de distraction, une sorte de déconnexion temporaire de la réalité; des circonstances particulières peuvent la déclencher, un exemple classique étant la conduite automobile sur autoroute ou sur un trajet que l'on connaît trop bien. La monotonie de la situation peut être l'occasion de se concentrer sur des pensées extérieures, ainsi l'expérience subjective du temps qui passe en sera modifiée considérablement, et même à tel point que le trajet paraîtra plus court. ERICKSON a renouvelé de façon radicale la notion de transe. Il estime qu'un sujet est en transe lorsqu'il est parvenu à focaliser son attention sur une seule idée, et si à partir de là il a pu modifier sa perception de la situation.

La thérapie hypnotique n'est plus considérée comme un état de réceptivité ou de suggestibilité, mais comme un véritable travail actif de la part du patient. Ce n'est pas ce que le thérapeute dit ou fait qui peut amener un changement, c'est ce que le patient fait lui-même.

Beaucoup d'auteurs ont tenté de donner leur propre définition de l'hypnose. Nous allons en citer quelques-unes parmi les plus récentes, afin d'illustrer la variété des conceptions élaborées sur le sujet. La British Medical Association, en 1955, la définit comme « un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits et supprimés ».

SPIEGEL en 1974 : « l'hypnose est une réponse à un signal venant d'un autre ou de l'intérieur de nous même, qui active une capacité de changement d'état de conscience chez le sujet, et permet une plus grande concentration dans une direction donnée » (18). C'est une des rares définitions évoquant la possibilité du déclenchement intra psychique de l'état hypnotique.

Pour Léon CHERTOK en 1996, « l'état hypnotique apparaît donc comme un état de conscience modifié, à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de la volition, de la mémoire, et des perceptions sensorielles, en l'occurrence dans le traitement des informations algogènes ».

Pour Milton ERICKSON en 1980 c'est « un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages ». On retrouve ici la notion de thérapie active de la part du patient.

Même au vu de ces dernières conceptions, nous nous rendons compte qu'il est encore presque impossible de définir vraiment ce qu'est l'hypnose, bien que nous connaissions le phénomène et que nous sachions l'utiliser.

## III.2.2. La suggestion

Pour comprendre les mécanismes de l'hypnose, il paraît également indispensable de clarifier le terme de suggestion.

Etymologiquement, le mot suggestion vient du latin « sub » et « gerere », qui renvoie à l'idée d'introduire quelque chose sous le couvert d'autre chose.

La suggestion, verbale ou non verbale, est un stimulus qui provoque des modifications comportementales chez l'individu qui la reçoit. Elle n'est pas un phénomène anormal qu'on introduit dans la conscience du sujet, et elle doit être bien différenciée de toute forme de sujétion ou d'assujettissement.

Toute suggestion est caractérisée par une proposition ou une transmission par le suggestionneur de contenus de conscience significatifs pour le patient (d'où la nécessité que le thérapeute connaisse bien son malade). La seconde caractéristique est le consentement du sujet qui s'approprie la proposition (ou la refuse dans le cas d'une suggestion négative), entraînant une réalisation par conviction de la validité de l'idée suggérée (19).

Une autre forme de suggestion est la suggestion post-hypnotique qui est retardée ou perdure après la séance d'hypnose.

FREUD a défini deux sortes de suggestions : la directe et l'indirecte. La suggestion directe est l'influence qu'exerce volontairement une personne sur une autre. C'est le cas de la suggestion hypnotique. Il définit la suggestion indirecte ou involontaire de la manière suivante : « un facteur dépendant de la disposition psychique du malade influence, sans aucune orientation de notre part, le résultat de tout processus thérapeutique introduit par un médecin ; le plus souvent il est favorable au résultat, mais parfois il lui fait obstacle ». En fait, dans l'hypnose actuelle, la suggestion indirecte agit par l'implication des réactions désirées de telle façon que le sujet ne se rende pas compte qu'on le « manipule » afin d'obtenir de lui

un certain comportement. Les techniques de suggestion indirecte font intervenir le plus souvent des images et des métaphores.

Le verbe « manipuler » a été délibérément employé car il ne s'agit pas de nier le fait que la suggestion contienne une part de manipulation, ce qui peut amener à réfléchir sur les dimensions éthiques de la méthode. Pour ERICKSON, le thérapeute manipule son patient ; il considère que toute communication est une manœuvre réciproque, et il définit l'hypnose comme une thérapie de communication. La manipulation est alors un outil thérapeutique, c'est au thérapeute de savoir garder le contrôle de la relation et d'agir de façon éthique.

#### III.2.3. L'inconscient

L'inconscient nourrit depuis bien longtemps les réflexions des philosophes et psychologues. La première hypothèse sur ce sujet est due au philosophe Friedrich SCHELLING, au début du XVIIIème siècle; il le définit comme le lien profond qui unit l'homme et la nature. Pour Théodore LIPPS (1851-1914), il est « le fond de toute vie psychique ». FREUD le définira d'une part comme ce qui échappe à la conscience, mais aussi comme un conflit, comme un refus actif d'une vérité.

Les conceptions d'ERICKSON sont dans ce domaine très novatrices. Pour lui, « est inconscient tout ce qui n'est pas conscient », le conscient étant défini comme ce qui est directement accessible à notre système de pensée rationnelle. Il confère à l'inconscient des qualités hors du commun. Ce serait « un immense réservoir de solutions et de ressources », dans lequel le patient va pouvoir puiser pour améliorer sa situation et résoudre ses problèmes. Il est ce que nous ne savons pas que nous savons. Il se définirait comme l'ensemble des mécanismes qui réalisent notre synthèse personnelle. Le rôle de l'inconscient serait de protéger le sujet. En état d'hypnose, on cherche donc à obtenir une réponse inconsciente, car elle devrait être la plus adaptée au sujet dans sa totalité.

ERICKSON a créé, avec ses techniques de communication originales, un langage pour accéder spécifiquement à l'inconscient. Considérant que les rêves sont un langage de l'inconscient, il utilise les métaphores, les images, le langage nonverbal pour s'adresser à lui au moyen de l'hypnose. Comme nous l'avons exposé précédemment, l'hypnose est pour lui un « état libéré de l'inconscient » permettant au sujet d'imaginer et de mettre en œuvre les solutions les plus adéquates à ses difficultés.

## III.3. LES UTILISATIONS ACTUELLES DE L'HYPNOSE

L'utilisation thérapeutique de l'hypnose est basée sur une conception psychosomatique de la maladie. Son action s'exerce sur des symptômes où le facteur psychologique et le facteur physiologique sont toujours impliqués dans des proportions variables.

L'hypnose est de nos jours utilisée dans le domaine chirurgical, et dans le domaine médical dans des applications très variées.

L'hypnose est aussi médicale au sens traditionnel du terme, car elle est une manière privilégiée de développer l'aspect relationnel de cette pratique: la présence du médecin, son attention au patient, l'échange avec tout ce qu'il contient de confiance et d'empathie. On sait que cette relation constitue le premier remède qui rend possible l'efficacité du reste du traitement.

#### III.3.1. Les névroses

L'hystérie représenta pendant très longtemps la pathologie qui pouvait être par excellence traitée par hypnose. Cela a d'ailleurs entraîné un certain amalgame dans l'esprit du public.

Dans ce cas, on est en présence d'une thérapie à visée symptomatique. On ne parviendra pas à modifier la personnalité du malade, donc on n'obtiendra pas de guérison à proprement parler. Ceci étant, cet outil de communication peut permettre d'établir une relation avec le patient et de le diriger vers une autre forme de psychothérapie. L'hypnose donne parfois des résultats dans l'hystérie de conversion, en levant par suggestion directe des symptômes handicapants (par exemple une paralysie, un bégaiement, une dysphagie, des algies, un blépharospasme...). Il faut noter que dans certains cas, on observe l'apparition de symptômes substitutifs, mais cela est impossible à prévoir à l'avance (19).

En pratique, contrairement aux idées reçues, les personnalités hystériques ne sont pas plus, ni moins hypnotisables que le reste de la population. Par contre, elles semblent être soit très hypnotisables, soit réfractaires à la thérapie ; elles peuvent présenter des améliorations très spectaculaires, mais malheureusement souvent transitoires.

La névrose d'angoisse est une indication du traitement hypnotique. Elle se caractérise par une anxiété dite « flottante », c'est-à-dire sans objet patent. Elle se manifeste par des signes somatiques d'anxiété (crise d'angoisse par exemple), et une paralysie de l'action. L'hypnose, grâce à un effet relaxant certain, calme l'anxiété du patient. L'hypnothérapeute peut utiliser des suggestions directes afin de mobiliser les capacités d'adaptation du sujet. L'autohypnose semble bénéfique pour renforcer les résultats. Enfin, les techniques hypnoanalytiques permettent de découvrir d'éventuels conflits inconscients qui pourraient déclencher les crises.

Dans les névroses phobiques, l'hypnose peut être utilisée pour alléger l'angoisse, mais aussi pour déconditionner le sujet progressivement. Elle peut

éventuellement se coupler avec une thérapie comportementale. Les phobies graves sont cependant rebelles à tous les traitements. Les phobies sociales peuvent également être améliorées par hypnose.

L'hypnose semblerait donner de moins bons résultats dans les névroses obsessionnelles, ceci en rapport avec un degré d'hypnotisabilité moindre.

#### III.3.2. Les dépressions

L'hypnose n'est pas une thérapie de choix dans les états dépressifs. Les traitements médicamenteux ont fait la preuve de leur efficacité. Elle peut être présentée comme un traitement adjuvant permettant de découvrir les éléments refoulés (ce sont les techniques hypnoanalytiques).

## III.3.3. Les psychoses

En ce qui concerne les psychoses, les avis sont partagés chez les thérapeutes. Certains utilisent l'hypnothérapie, d'autres la considèrent comme une contre-indication relative. La relation hypnotique pourrait augmenter les tendances délirantes, notamment dans le cas des délires paranoïdes et des délires de persécution. Cependant, dans la littérature, de nombreux exemples de résultats positifs ont été décrits chez des psychotiques. Ce qui est admis, c'est qu'il est préférable de confier la pratique de l'hypnose chez un psychotique à des thérapeutes formés spécifiquement. Les états limites ou les personnalités borderlines sont par contre une contre-indication aux méthodes hypnotiques, car il existe un risque réel de décompensation vers la psychose.

#### III.3.4. Le traitement des addictions et toxicomanies

Les addictions regroupent les conduites de dépendance, qu'elle soit médicamenteuse, tabagique, alcoolique... Cela comprend aussi des comportements tels que la boulimie, l'onychophagie, la trichotillomanie...

Les résultats les plus positifs seraient obtenus contre la tabagie ; le taux de réussite du sevrage se situerait autour de 20% à un an, bien que certains auteurs prétendent parvenir à 80% de guérison. Les séances de consolidation améliorent a priori les performances, surtout si elles contiennent des suggestions post-hypnotiques destinées à prévenir les tentatives de rechute et à contrôler l'anxiété liée à la privation.

En ce qui concerne l'alcoolisme, les conclusions sont très variables selon les auteurs, et fréquemment erronées du fait d'un abandon rapide du suivi. Le thérapeute utilise souvent une technique d'aversion conditionnée, avec imagerie mentale de nausées et vomissements, suggestions post-hypnotiques de dégoût, suggestions de projection dans l'avenir.

Quant à la prise de drogue, on sait que toutes les thérapeutiques employées se heurtent à de grandes difficultés, l'hypnose ne représente pas une approche meilleure que n'importe quelle psychothérapie.

## III.3.5. Les affections psychosomatiques

Quasiment toutes les spécialités médicales recèlent des pathologies influençables par des facteurs psychologiques, pour lesquelles l'hypnose pourrait avoir sa place. Nous allons citer seulement quelques exemples, les plus courants.

En pneumologie, on sait que l'asthme a une composante psychique réelle, intervenant dans le déclenchement des crises. Entraînés à l'autohypnose, des malades peuvent parvenir à enrayer les crises.

En cardiologie, l'hypnothérapie peut améliorer des troubles du rythme, on y recourt aussi dans les cas d'hypertension artérielle où des cures de sommeil hypnotique abaisseraient les chiffres tensionnels. Par ailleurs, elle peut réduire l'anxiété et ainsi mettre au repos un patient angineux.

Sur le plan digestif, l'hypnose se montre parfois efficace sur les spasmes de l'œsophage ou du cardia, également sur les troubles du transit. La colopathie fonctionnelle et la colite spasmodique sont de bonnes indications, les facteurs psychologiques intervenant fortement dans ces deux pathologies. On signale des cas où l'hypnose a pu avoir une influence sur la recto-colite hémorragique en cas de crise. Enfin, l'hypnose peut agir sur les nausées et vomissements liés à certaines pathologies digestives (20).

Les troubles génito-urinaires comme l'énurésie, les cystalgies à urines claires, certaines formes d'incontinence peuvent bénéficier d'amélioration par l'hypnose. C'est aussi le cas pour les troubles d'ordre sexuel (vaginisme, dyspareunie, frigidité, impuissance), et les troubles gynécologiques (aménorrhée psychogène, dysménorrhée, syndrome prémenstruel, troubles ménopausiques).

L'hypnose se montre également utile dans des problèmes plus spécifiques comme le bégaiement, le hoquet, le blépharospasme, les migraines...

## III.3.6. Hypnose et contrôle de la douleur

La découverte de l'effet antalgique de l'hypnose a ouvert une nouvelle voie dans la prise en charge multidisciplinaire des phénomènes douloureux. Nous reviendrons plus loin sur les techniques d'hypnoanalgésie. On peut simplement

répertorier les diverses disciplines qui se servent régulièrement de l'analgésie hypnotique.

L'utilisation probablement la plus fréquente de l'hypnoanalgésie se situe dans le champ des douleurs orofaciales, essentiellement en stomatologie et dentisterie.

La méthode est aussi utilisée actuellement dans les centres de grands brûlés, pour le nettoyage des plaies et les pansements.

Les centres de la douleur intègrent de plus en plus fréquemment l'hypnose à leur pratique. Des indications un peu particulières sont les douleurs des membres fantômes des amputés, les douleurs post-traumatiques, le syndrome subjectif des traumatisés crâniens. Les douleurs chroniques rhumatologiques comme la lombalgie chronique peuvent être améliorées, ainsi que les douleurs de l'algodystrophie et de la fibromyalgie.

En obstétrique, les techniques hypnotiques amènent une antalgie efficace sur les douleurs des contractions utérines et celles de l'accouchement.

## III.3.7. Hypnose et anesthésiologie

L'hypnosédation est de plus en plus courante à l'heure actuelle. C'est une technique qui est validée pour la chirurgie superficielle et la chirurgie plastique. Elle est employée de façon plus occasionnelle pour des interventions plus importantes (chirurgie profonde, cholécystectomie sous cœlioscopie (21)...).

Certains examens diagnostiques sont aussi une bonne indication, en particulier les endoscopies digestives, et lorsqu'il y a une contre-indication à l'anesthésie générale.

Il est bien évident que l'hypnothérapie, dans la plupart des cas cités précédemment, doit toujours être considérée et utilisée en tant que traitement adjuvant, pour tenter de compléter ou d'améliorer l'efficacité des chimiothérapies et des traitements classiques. Cependant, il est peut-être dommage qu'elle reste souvent encore aujourd'hui une thérapie de dernier recours, quand tous les autres remèdes ont échoué.

## IV. LES AVANCEES NEUROPHYSIOLOGIQUES

La méfiance et la circonspection avec laquelle la communauté médicale considère l'hypnose vient en partie de l'absence de méthode objective pour son exploration, du manque de repères scientifiques.

Ceci dit, on est en droit de se demander si la découverte d'explications physiologiques ne réduirait pas au final le champ d'application. En effet, il y a souvent chez le patient un besoin de recherche magique, qui fait sans doute partie prenante des résultats de la thérapie. Le fait d'expliquer l'hypnose ne pourrait-il pas réduire son efficacité ?

Cependant, l'étude physiologique des phénomènes hypnotiques a tout de même intéressé certains chercheurs dans la dernière décennie. Ils ont exposé quelques résultats qui amèneront, il faut l'espérer, à d'autres découvertes dans les prochaines années.

## IV.1. LES HYPOTHESES

ROSSI a avancé l'hypothèse du cycle ultradien, considérant que notre organisme serait régulé par une série de cycles à périodicité variable : mensuelle, sur 24 heures, et sur des périodes plus brèves d'environ 90 minutes appelées périodes ultradiennes (22). Il suppose que toutes les 90 minutes, nous traverserions des phases hypnotiques diurnes qui seraient l'équivalent, à l'état d'éveil, des phases de rêve nocturnes. Ce sont ces moments où l'esprit s'évade, où l'on a tendance à « être dans la lune ». Ces phases serviraient à l'intégration des apprentissages effectués pendant les périodes où l'on peut être actif sur les éléments extérieurs. Dans ces moments de « veille paradoxale », l'activité mentale se tournerait vers l'intérieur, pour connecter

les apprentissages récents avec ceux du passé (23). Cette connexion s'opère selon une logique analogique et associative, avec recombinaison des associations mentales de la personne. Cette théorie expliquerait pourquoi, lors de certaines séances, ERICKSON était peu pressé de provoquer la transe : il préférait attendre que l'état hypnotique naturel survienne. Cela dit, aucune recherche au jour d'aujourd'hui n'a démontré la réalité de ce cycle ultradien.

Jusqu'à ce jour, c'est « la théorie des deux cerveaux » qui fournit l'hypothèse la plus intéressante quant au fonctionnement cérébral de l'état hypnotique. Dans cette théorie, l'hémisphère dominant (le gauche chez le droitier), serait le siège de l'activité logico-analytique rationnelle. L'hémisphère mineur (le droit chez le droitier), serait lui le siège d'une activité analogique, plus imagée, plus sensorielle, avec une sensibilité particulière aux formes, aux sons, aux mélodies, aux odeurs (24). Certains auteurs ont extrapolé en supposant que l'hémisphère dominant serait le siège du conscient, et le mineur de l'inconscient.

L'hypothèse est que l'état hypnotique correspondrait à une désactivation du cerveau gauche, et à une activation du droit (chez le droitier).

Nous allons tenter de faire le point sur les réponses actuelles que l'exploration neurophysiologique de l'hypnose a pu apporter.

## IV.2. LES MODIFICATIONS ELECTRIQUES CEREBRALES

Les recherches de la dernière décennie confirment que certaines régions corticales montrent des modifications caractéristiques de l'activité électrique du cerveau, en réponse à une mise en état hypnotique.

En 1984, GRUZELIER étudie les modifications électroencéphalographiques qui s'opèrent pendant l'induction hypnotique. Il montre que lorsque l'état d'hypnose

s'installe, l'activité du cerveau gauche tend à s'intensifier jusqu'à une certaine saturation qui atteint un maximum après lequel ce cerveau gauche se désactive. La relève est prise par le cerveau droit dont l'activité va augmenter de façon inversement proportionnelle à la baisse d'activité du cerveau gauche (25).

Les études électroencéphalographiques du sujet en état d'hypnose montrent parfois une fragmentation du rythme alpha de veille et l'émergence d'un rythme thêta lent. Mais elles ne retrouvent jamais de complexes K ou spindles, qui sont des éléments caractéristiques du sommeil lent. Cliniquement, le sujet ne présente pas non plus les stigmates du sommeil paradoxal caractérisé par une atonie complète. L'hypnose est donc un état différent du sommeil physiologique.

Des électro-oculogrammes ont été réalisés chez les mêmes sujets. Ils montrent des mouvements de dérive lente des globes oculaires, alors que, comme on vient de le voir, le sujet ne dort pas (26).

D'autres auteurs mettent en évidence l'implication de l'activité thêta. L'étude de Brady et Stevens en 2000 est particulièrement intéressante. Elle porte sur six sujets qui n'ont pas tous le même degré d'hypnotisabilité (fortement, moyennement, et peu hypnotisables, en nombre équivalent). Tous sont soumis à un protocole destiné à augmenter l'activité cérébrale thêta. Le niveau d'hypnotisabilité est testé avant et après l'application du protocole, par une échelle validée. Les résultats montrent que la stimulation a induit une augmentation significative de l'activité thêta chez 5 des 6 patients. Le niveau d'hypnotisabilité est resté stable chez les fortement hypnotisables mais a augmenté significativement chez les moyennement et faiblement hypnotisables (27).

Il a été aussi montré qu'il existe une asymétrie au niveau de l'EEG, en fonction du degré d'hypnotisabilité. Les sujets fortement hypnotisables ont dans la région pariéto-temporale droite une activité électrique plus importante qu'à gauche. Par contre, les sujets faiblement hypnotisables ont une prédominance électrique gauche ou ont un équilibre dans toutes les dérivations. Si une induction indirecte est

réalisée (éricksonnienne), la même prédominance droite pariéto-temporale est alors retrouvée chez les faiblement hypnotisables (28). Ces résultats confirment l'importance de l'aire pariéto-temporale droite dans les processus hypnotiques, aire spécifique du traitement analogique et associatif des informations. Cette étude irait dans le sens de la confirmation de « la théorie des deux cerveaux » décrite précédemment.

## IV.3. LA NEUROIMAGERIE FONCTIONNELLE

La neuroimagerie fonctionnelle a pris un nouvel essor à la fin des années 1970 avec l'application du principe de la reconstruction tomographique. Elle permet de détecter des quantités infimes de molécules chimiques rendues détectables par des scanners à émission grâce au marquage par des radio-isotopes. Ces molécules, également appelées radio-traceurs, se répartissent dans le cerveau en fonction de leurs propriétés chimiques ou physiologiques, au travers de réactions spécifiques. En suivant le devenir de ces molécules dans le tissu cérébral au moyen de tomographes, il est alors possible d'obtenir une mesure de paramètres régionaux qui reflète ces réactions. Cette méthode, connue sous le nom de tomographie par émission de positons (TEP), fournit des images extrêmement fiables. Les images du fonctionnement cérébral peuvent être étudiées en trois dimensions en les couplant à des coupes d'imagerie à résonance magnétique nucléaire. On peut donc étudier le fonctionnement du cerveau humain vivant (29).

La TEP détecte les augmentations localisées du débit sanguin cérébral, d'utilisation de glucose, de consommation d'oxygène. Une augmentation localisée de l'activité est associée à une augmentation de la consommation d'énergie qui est fournie par un accroissement local du débit sanguin cérébral et de la consommation en oxygène et en glucose (30).

Une remarque semble cependant incontournable : dans quasiment toutes les études utilisant la TEP, il existe malheureusement un biais dans l'expérimentation. En effet, cette technique d'imagerie est extrêmement coûteuse, en conséquence les sujets choisis seront dans la majorité des cas des sujets présélectionnés fortement hypnotisables, afin d'obtenir des résultats optimaux.

Plusieurs expérimentateurs se sont servis de l'étude des débits sanguins cérébraux régionaux (rCBF) pendant l'induction hypnotique pour tenter d'en déterminer le fonctionnement.

Les rCBF ont été explorés chez douze volontaires sains, par inhalation de <sup>133</sup>Xe, pendant une séance de training autogène et pendant une induction hypnotique. L'induction hypnotique s'est faite par lévitation de la main. On observe une augmentation globale des rCBF droits et gauches pendant l'hypnose. En cas d'échec de l'induction hypnotique, il y a diminution des rCBF. Il faut noter qu'on obtient sensiblement les mêmes résultats avec le training autogène (31).

Il y aurait une différence de réponse entre les patients fortement et peu hypnotisables. Les fortement hypnotisables ont une augmentation globale des rCBF, dans des conditions de douleur traitée par analgésie hypnotique. Ce n'est pas le cas des faiblement hypnotisables. Sachant que l'augmentation des rCBF correspond à l'expression d'un effort mental, on peut penser que l'hypnose demande un travail cognitif pour le sujet (32).

Les études qui précèdent montrent que l'état d'hypnose est donc un état actif qui demande un effort cognitif de la part du patient.

En 1995, GROND M. et son équipe se sont penchés sur l'utilisation cérébrale du glucose au cours de la transe hypnotique. L'étude porte sur 15 adultes droitiers hautement hypnotisables. Elle utilise la TEP pour visualiser les modifications du métabolisme cérébral régional du glucose lorsque les sujets passent d'un état de simple détente à un état de catalepsie de tout le corps. Il conclut qu'il existe des variations constantes du métabolisme cérébral du glucose pendant l'hypnose,

reflétant un état modifié des fonctions cérébrales. Le fonctionnement cérébral examiné s'avère clairement différent d'un état de sommeil (33).

En 1998, l'équipe de MAQUET et FAYMONVILLE étudie les rCBF chez des patients fortement hypnotisables, par injection de H<sub>2</sub><sup>15</sup>O, puis réalisation de TEP. C'est une étude polygraphique. Elle se déroule en plusieurs phases, exécutées dans un ordre précis : d'abord une phase d'éveil, puis d'hypnose, puis avec une hallucination colorée en état d'hypnose, enfin une évocation colorée en état d'éveil.

Plusieurs conclusions ont pu être tirées de cette expérience. L'état d'hypnose est caractérisé à gauche par une activation des aires occipitales, pariétales, préfrontales et précentrales. A droite, les aires occipitales et la partie antérieure du cingulum sont activées. Par ailleurs, il existe une désactivation globale frontale et temporale. L'activation cérébrale par hallucination visuelle en état d'hypnose est différente de celle provoquée par la simple évocation colorée chez un sujet éveillé. Elle montre des similitudes avec l'activation due à un stimulus visuel réel (26). Il faut noter également que le fonctionnement diffère de celui des hallucinations du schizophrène qui sont associées à une hyperactivité du cortex temporal gauche (34).

Ainsi, on peut dire que la suggestion hypnotique a un fonctionnement particulier qui lui est propre.

# IV.4. IMAGERIE FONCTIONNELLE CEREBRALE ET DOULEUR CLINIQUE EXPERIMENTALE

La douleur est une expérience complexe, avec ses différentes composantes sensori-discriminative, cognitive, affective. La TEP a permis d'étudier l'activité à l'intérieur du cerveau humain pendant la perception douloureuse.

De nombreuses régions du cerveau ont déjà montré leur implication dans la douleur : certaines régions sous-corticales comme le thalamus, le cervelet, mais aussi des régions corticales, notamment les cortex primaire et secondaire sensori-moteurs (S1 et S2), le cortex cingulaire antérieur (ACC), et l'insula cortex (IC). Ils reçoivent tous des informations nociceptives du thalamus, et s'ils sont eux-mêmes lésés, la perception de la douleur en est modifiée.

Les aires S1 et S2 sont aussi activées par des stimulations tactiles, ce qui étaye l'hypothèse d'un rôle touchant la composante sensori-discriminative.

En ce qui concerne l'aire ACC, elle n'est pas activée par des stimuli thermiques non douloureux, par contre il existe une activation franche pendant les stimuli douloureux de toute nature. De plus, dans le cas d'allodynie où une stimulation normale de la peau devient douloureuse, l'ACC est activée. Même l'illusion de la douleur thermique active l'ACC.

Ces observations suggèrent le rôle important de l'aire ACC dans la composante affective de la douleur. D'ailleurs, en cas de lobotomie frontale, on peut constater que la douleur est toujours ressentie, mais décrite comme moins angoissante.

RAINVILLE, dès 1997, a voulu mettre en évidence ce rôle de l'aire ACC. Dans son expérimentation, l'hypnose a été utilisée pour modifier l'aspect désagréable de la douleur. La dissociation des composantes affective et sensorielle était obtenue par des suggestions hypnotiques visant à augmenter ou réduire le côté pénible de la douleur, sans tenter de modifier la perception de l'intensité douloureuse. Les sujets plongeaient la main gauche dans de l'eau à 47°c, puis étaient examinés par TEP à l'état d'éveil, sous induction hypnotique sans suggestions, puis avec suggestions. Les recherches portaient sur les rCBF des régions ACC, IC, S1 et S2.

L'induction hypnotique en elle-même n'a pas montré d'influence sur l'intensité de la douleur ou la composante sensorielle de la douleur, ni sur la composante sensori-discriminative.

Seules les suggestions d'analgésie ou d'hyperalgésie sous hypnose ont modifié la composante affective de la douleur ainsi que le flux sanguin cérébral dans les régions impliquées. Le travail demandé au patient sous hypnose pour contrôler cette composante entraîne une augmentation du flux sanguin cortical cingulaire.

Ainsi, l'aire ACC a montré une spécificité dans l'interprétation de la nature déplaisante et affective des stimuli nociceptifs (35 ; 36).

RAINVILLE a poursuivi ses recherches en confirmant l'implication de l'ACC dans la composante affective de la douleur par un autre groupe d'étude. Dans cette analyse, les rCBF augmentent dans la région occipitale sous hypnose, et l'EEG montre une activité delta également dans la région occipitale. Il émet l'hypothèse que cela pourrait être en rapport avec les phénomènes de modification de la conscience et une possible facilitation de l'imagerie visuelle. Les augmentations des rCBF de la région frontale correspondent aux suggestions destinées à modifier l'aspect désagréable de la douleur; cela pourrait correspondre à l'analyse verbale des suggestions, au travail de la mémoire, ou à la réinterprétation de l'expérience perceptive (37).

Une dernière étude nous a semblé intéressante. Elle étudie toujours les rCBF chez des sujets hautement hypnotisables, en état d'hypnose, puis sollicités par imagerie mentale, enfin en état d'éveil. Ils subissent une stimulation thermique non douloureuse puis douloureuse. On leur demande d'évaluer l'intensité douloureuse et la sensation désagréable.

Dans cette étude, à la fois l'intensité et la sensation déplaisante du stimulus nociceptif sont diminuées. Mais encore une fois, il a été confirmé que la modification de la douleur par l'hypnose est transmise par le cortex cingulaire antérieur (38).

## IV.5. SYNTHESE

Cette approche neurophysiologique montre donc que l'hypnose est un état demandant une participation active du sujet hypnotisé. C'est un état différent du sommeil et différent de la veille, avec un fonctionnement particulier.

Dans ce fonctionnement hypnotique, les études de RAINVILLE et FAYMONVILLE ont montré que lorsque l'on s'attache aux modifications des perceptions douloureuses sous hypnose, une participation de l'aire cingulaire antérieure est retrouvée de façon constante. Le cortex cingulaire antérieur serait le centre de la modulation de la douleur sous hypnose.

# V. LE DEROULEMENT DE LA THERAPIE

Nous allons voir à présent comment peut se dérouler une séance d'hypnose, avec les différentes étapes qui la composent. Nous insisterons sur les différents outils utilisables par le thérapeute pour faire admettre la suggestion.

# V.1. LES PRECAUTIONS A PRENDRE

Un entretien préparatoire doit précéder toute séance d'hypnose thérapeutique. C'est un moyen pour l'hypnothérapeute d'interroger le patient sur les symptômes motivant la consultation, d'en analyser le vécu subjectif, d'avoir une idée sur les traits de personnalité du sujet.

Le thérapeute devra déceler une éventuelle pathologie qui pourrait contreindiquer la thérapie, comme une psychose paranoïaque ou une mélancolie avec idées suicidaires patentes.

Il doit également s'assurer que les symptômes ne relèvent pas d'un traitement médical ou chirurgical, auquel cas il devra réorienter le patient vers le spécialiste concerné.

L'entretien servira à dire au patient ce que l'on attend de lui, à définir le contexte de travail. Il faudra lui expliquer ce qu'est l'hypnose, en tentant de lever toutes ses interrogations et appréhensions. La seule condition incontournable de l'hypnose, c'est que le patient le veuille.

# V.2. LES DIFFERENTES TECHNIQUES D'INDUCTION

Les méthodes d'induction sont multiples. L'induction peut être directive, c'est le cas dans l'hypnose classique. Elle est alors qualifiée d'hypnose paternelle en référence à l'image d'un père tout puissant. Le thérapeute opère en donnant des ordres au patient et essaie d'agir par des suggestions directes. Ces méthodes autoritaires sont peu utilisées par les hypnothérapeutes modernes qui préfèrent des techniques plus douces.

Les inductions semi-directives mélangent hypnose directive et hypnose moderne.

Les méthodes permissives, ou encore maternelles, sont des techniques dites lentes. Ce sont les plus utilisées à ce jour, et ce sont celles que nous allons décrire dans la suite de cet exposé. Elles constituent ce qu'on appelle l'hypnose moderne, et découlent des techniques indirectes mises au point par Milton ERICKSON. L'induction peut être introduite par lévitation de la main droite, méthode expérimentée par ERICKSON. La plus largement pratiquée combine une relaxation progressive avec prise de conscience des sensations de lourdeur, engourdissement corporel, chaleur, et une concentration sur la voix du thérapeute qui distille des suggestions verbales monotones et répétées.

L'hypnose peut aussi être simplement conversationnelle, mettant ainsi en exergue la relation patient-thérapeute. Rappelons également que l'induction hypnotique est parfois spontanée dans la vie courante (trajet en train, en voiture...).

L'induction hypnotique consiste à accompagner le sujet et à l'aider à entrer en état d'hypnose. Elle a pour but de guider le patient vers des expériences internes, de favoriser les associations, d'établir une altération de la perception, d'utiliser la confusion pour dépotentialiser l'inconscient.

Techniquement, le patient doit être installé confortablement, dans un isolement sensoriel relatif (pas de lumière violente, ambiance calme). Il faut lui dire que tout ce qui se passera à l'extérieur n'aura pas d'importance, sauf la voix du thérapeute qui l'accompagnera. On demandera ensuite au patient de fermer les yeux ou de fixer un point devant lui, et de ne se focaliser que sur des éléments agréables. Par exemple on pourrait dire : « vous avez certainement déjà expérimenté que vous fermiez les paupières pour réfléchir plus intensément à quelque chose... des souvenirs, des images vont venir... vous ne garderez que celles qui sont agréables et importantes... ».

Le patient ne doit jamais répondre mais s'interroger intérieurement. L'induction vise à dépotentialiser la conscience pour focaliser à l'intérieur.

## V.3. LE PROCESSUS HYPNOTIQUE

La réponse d'un sujet aux suggestions d'induction est d'entrer dans un état appelé « transe hypnotique » ou « état hypnotique ». Le thérapeute peut alors travailler en transmettant des suggestions thérapeutiques. Les résultats de la cure dépendent en grand partie de cette étape. Nous allons voir tout d'abord les caractéristiques séméiologiques de l'état de transe, puis nous étudierons les outils utiles au thérapeute pour transmettre les suggestions.

## V.3.1. Séméiologie de l'état hypnotique

L'état hypnotique est individualisable cliniquement. Il faut souligner que le niveau de profondeur de la transe ne préjuge en rien d'une meilleure efficacité de la thérapie.

## V.3.1.1. Les signes objectifs

Cliniquement, le patient semble être dans un état de grande relaxation, avec mollesse des membres, diminution de l'expression faciale, réduction des mouvements corporels, désintérêt pour la communication verbale.

Au niveau des yeux, on constate une atténuation du battement des paupières, un changement de calibre pupillaire. Le sujet présente une dérive lente des globes oculaires qui est d'ailleurs le seul signe vraiment spécifique de la transe hypnotique.

On peut parfois observer une augmentation de fréquence du réflexe de déglutition, une salivation excessive ou un larmoiement.

Sur le plan des caractères physiques mesurables, la fréquence respiratoire, la fréquence cardiaque, la tension artérielle diminuent.

#### V.3.1.2. Les signes subjectifs

Lorsqu'on interroge les patients, ils rapportent une expérience agréable dont parfois ils n'ont pas envie de sortir. La sensation d'une grande relaxation est constante. Ils peuvent éprouver des sensations de lourdeur au niveau du corps, des fourmillements ou un engourdissement dans les membres et dans les mains, des sensations de flottement et de légèreté, une impression d'être hors du monde.

## V.3.1.3. Les signes plus complexes

Le détachement est un désintérêt pour les stimuli extérieurs. Il est souvent couplé à une sélectivité (par exemple le sujet n'entend que le chant d'un oiseau au loin).

La distorsion témoigne d'une difficulté de repérage dans le temps ou dans l'espace, la notion de durée n'est plus du tout objective, une heure peut sembler avoir duré dix minutes pour le patient.

La dissociation fait que le sujet est observateur de sa propre expérience. Il peut ainsi, dans sa relation avec l'hypnotiseur, influencer sa manière d'appréhender son problème et le monde extérieur.

Le décalage se traduit par une compréhension au premier degré des questions posées les réponses ne se font pas non plus au sens figuré : c'est le littéralisme.

La mémoire présente aussi un fonctionnement modifié. Pendant la transe, il y aurait une hypermnésie, censée faciliter la recherche d'évènements passés, mais avec une reconstruction subjective. Après la séance, il peut exister une amnésie totale ou partielle, mais en fait, elle n'est spontanée que dans 10 % des cas.

L'idéodynamisme ou signaling est un moyen de dialoguer avec le sujet, tout en étant une réponse inconsciente. Le plus simple est de donner un exemple : « dès qu'une partie de vous-même sera entrée en hypnose, alors votre subconscient pourra l'indiquer, par exemple en laissant l'index de la main droite se manifester ». C'est une bonne illustration du lâcher prise.

La catalepsie est un phénomène banal en hypnose. La plupart du temps, c'est la catalepsie du bras qui est utilisée. Le bras se maintient dans une position conduite par le thérapeute, sans coopération consciente du sujet, sans fatigue musculaire, sans douleur. La catalepsie est à la fois une particularité clinique de l'hypnose, mais c'est aussi une technique d'induction et d'approfondissement de la transe.

La lévitation du bras, c'est-à-dire son élévation et son maintien dans la position sans appui, peut être obtenue grâce à des suggestions de légèreté.

## V.3.2. Les outils ou moyens spécifiques de communication

Les outils principaux du langage verbal de l'hypnose moderne sont classiquement (39 ; 40) :

#### La voix elle-même

Sa tonalité doit être calme, monocorde, monotone. Le rythme doit être lent. Le changement de tonalité peut parfois s'effectuer pour insister sur certains mots.

Les pauses sont nécessaires mais elles ne doivent pas être trop longues. Elles permettent au patient de se questionner et à l'inconscient de prendre littéralement ce que l'on dit.

#### Le discours

Il faut employer un vocabulaire simple, les phrases ne sont pas forcément nécessaires. Ce vocabulaire doit être permissif, pour laisser la possibilité au sujet d'effectuer son travail inconscient. Il vaut mieux enfin éviter d'utiliser des mots ou des idées négatives (notions d'échec, de souffrance, de douleur...).

#### Le truisme

C'est le fait d'énoncer des évidences : « lorsque nous sommes fatigués, nos paupières ont tendance à se fermer spontanément ». Cette façon d'énoncer simplement des faits et des idées que le patient ne peut nier amène à une acceptation des propos de l'opérateur, à des réactions de confusion et de surprise, et donc à une dépotentialisation de la conscience.

#### La focalisation

Il s'agit d'amener le sujet sur une idée quelles que soient ses résistances. Le meilleur moyen est l'évocation, en utilisant des associations indirectes et inconscientes qui ont une valeur pour le patient.

#### Les suggestions négatives

On peut prendre comme exemple : « vous n'avez pas besoin de bouger... », « je ne sais pas... quand... votre inconscient décidera... ». Elles augmentent la permissivité, la liberté du choix, diminuent les résistances du sujet souvent content de s'opposer. Le thérapeute prend ici une position inférieure. Il y a confusion et dépotentialisation de la conscience car le sujet comprend mieux les propositions

positives. Le cerveau droit n'utilise pas les négations, il répond analogiquement : « ne salivez pas... » provoquera la salivation.

#### Les suggestions contingentes

Il s'agit de lier deux propositions par une conjonction de coordination, ou par une pause. L'inconscient ne fait pas la différence et relie les deux.

#### Les autres types de suggestion

Les suggestions ouvertes laissent à l'inconscient du patient le choix de ce qui est le plus approprié pour lui. Cette technique est très permissive et donc diminue la résistance.

Les suggestions couvrant toutes les possibilités de réponses : toutes les solutions sont possibles, le sujet n'est donc pas mis en échec.

#### La séquence d'acceptation

Ce sont des truismes en série, associés à une suggestion, le tout provoquant des associations inconscientes.

#### Le questionnement

Il oriente le sujet vers des processus internes, provoquant des réponses inconscientes, autonomes. Le sujet engage une recherche intérieure, se pose les questions à lui-même. La réponse sera sa réponse. Il faut poser des questions auxquelles seul l'inconscient peut répondre, par exemple : « je ne sais pas si vous trouverez des réponses à votre problème demain... », « trouverez vous rapidement un état d'hypnose ? ».

#### L'implication

C'est un processus psycholinguistique qui met en route les propres associations du sujet. Le thérapeute dit quelque chose et l'inconscient du sujet effectue ses propres associations : « relâchez-vous d'abord lentement... » implique qu'après, le sujet se relâchera rapidement.

#### Les faux choix

On peut donner un exemple : « entrerez vous lentement...ou rapidement...en état d'hypnose ? ».

## V.4. LA REORIENTATION

Elle consiste à faire revenir le sujet dans la pièce. Le réveil doit être progressif et précédé d'un temps de latence appelé « phase de terminaison », où sont données les consignes de détente, de repos et de bien-être. Il faut lever toutes les suggestions que l'on ne souhaite pas voir se prolonger. On ne lève pas les suggestions post-hypnotiques qui sont des suggestions différées qui surviennent après la fin de la séance d'hypnose. Toute visée thérapeutique passe par le biais des suggestions post-hypnotiques.

## V.5. LA CONSOLIDATION

C'est un entretien post-hypnotique où le patient fera le récit de son vécu de la transe. Cela donnera au thérapeute des indications qui lui permettront de mieux adapter ou de modifier sa technique lors des séances ultérieures. Dans cette phase sensible, peuvent se confirmer des suggestions post-hypnotiques.

## V.6. RESISTANCES

Ce sont les défenses que le sujet met en place dans une situation thérapeutique pour éviter les changements. C'est un processus adaptatif vital. S'il

s'agit d'une résistance consciente, on ne peut pas travailler avec l'hypnose. Si la résistance est inconsciente (présupposés, doute, peur, manque de motivation), il sera possible de la contourner, de travailler avec elle.

## VI. DANGERS, LIMITES ET CRITIQUES

Le problème des dangers que comporte l'utilisation de l'hypnose en médecine ou en psychothérapie a reçu des réponses variées. Il n'existe pas à l'heure actuelle de travaux répondant aux exigences scientifiques pour permettre d'évaluer correctement les inconvénients de l'hypnose par rapport à une autre technique, ou par rapport au placebo.

HILGARD a passé en revue les études publiées sur les conséquences néfastes de l'utilisation de l'hypnose. Le nombre de cas s'élève à quinze. Il s'agit de cas où la suppression du symptôme a amené des symptômes plus graves encore et qui allaient jusqu'aux réactions psychotiques. Il relate que ces cas « apparaissaient surtout chez des malades ayant un long passé médical et montrant peut-être des tendances psychotiques antérieures à la thérapie ; il n'est pas possible de connaître l'échantillon total duquel ces quinze cas ont été extraits, ou jusqu'à quel point les conséquences résultent de techniques psychothérapeutiques contre-indiquées plutôt que de l'hypnose elle-même. La suppression des symptômes par d'autres thérapies que l'hypnose produit parfois des résultats semblables » (41).

On peut considérer que l'hypnothérapie présente des risques quand elle est pratiquée par des personnes non qualifiées et qu'en l'absence d'indication statistique, il est difficile de comparer ces risques à ceux d'une autre médication.

On relève toutefois des incidents mineurs beaucoup plus fréquents, liés en général à un réveil un peu trop rapide. Ce que l'on observe le plus souvent sont des nausées, des vertiges, des céphalées ou de l'anxiété. Le traitement consiste à réaliser une nouvelle hypnotisation où l'on donne au patient des suggestions de bien-être à son réveil.

Il faut signaler que dans de rares cas se crée une sorte d'intoxication à l'hypnose, le sujet réclamant de plus en plus de séances alors que son état s'améliore. Cette toxicomanie à l'hypnose est nommée « hypnomanie » (19). Cette dépendance du patient par rapport à sa thérapie n'est pas le but recherché. On peut même penser que dans ce cadre, une chronicisation des symptômes pourrait être une solution pour pouvoir poursuivre le traitement.

D'autres problèmes sont possibles, notamment la création de faux souvenirs. L'hypnose ne doit pas être considérée comme un moyen de retrouver la mémoire du passé. Certes, le sujet recouvre des souvenirs pendant la transe hypnotique, mais il est dans un état où il vit une expérience subjective particulière, et l'analyse des éléments du souvenir est imprécise et parfois erronée.

Le phénomène de dissociation peut amener aussi certains risques. Cette dissociation ne doit pas être menée à un niveau trop élevé, car dans ce cas, le sujet sombre dans une phase de somnambulisme où il n'est plus l'observateur de sa propre expérience. Or, les résultats thérapeutiques ne peuvent aboutir que si le sujet est actif sur ses processus mentaux, capable de contrôler l'ensemble des expériences qu'il vit pendant la transe.

L'hypnose est donc un outil complexe, carrefour entre les processus physiques et psychiques. Induire l'hypnose est relativement facile, mais il faut savoir l'utiliser dans un but cadré et éthique. Il est évident que cette thérapie ne doit être appliquée que par des professionnels expérimentés et entraînés. L'expérimentation de transes hypnotiques personnelles est fortement conseillée avant de prétendre à une utilisation clinique. Cela permettra au thérapeute de mieux appréhender le vécu de ses patients. La technique suppose une transmission et une initiation. BERNHEIM considérait d'ailleurs l'hypnose comme un « comportement appris ».

L'hypnose doit être appliquée par un thérapeute vigilant qui connaît ses limites, qui reconnaît ses échecs et porteur d'une éthique personnelle rigoureuse. Cette thérapie est aussi basée sur la confiance entre le patient et l'opérateur. Si la

confiance se détériore, ou si le thérapeute a tendance à prendre un pouvoir trop important sur le patient, le risque d'apparition de la manipulation, de la violence ou de l'endoctrinement peut survenir (42).

## VII. APPLICATION EN MEDECINE PALLIATIVE

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs définit les soins palliatifs comme « des soins qui s'adressent à une personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ils ont pour but de soulager les douleurs physiques, ainsi que les autres symptômes, et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel dont ils s'efforcent d'atténuer les souffrances sans jamais la provoquer intentionnellement ».

Le patient atteint d'une maladie invalidante, incurable ou en fin de vie, a besoin plus que tout autre d'être écouté. Il attend souvent beaucoup du soignant, et chaque mot, chaque action que fait ce dernier sont lourds de sens. La technique non invasive de l'hypnose pourrait être dans ce contexte un outil supplémentaire permettant non seulement d'aider au contrôle de la douleur et à celui d'autres symptômes désagréables, mais aussi de prendre en charge la souffrance psychologique. Le vécu du patient dans cette épreuve pourrait ainsi être amélioré.

Il existe très peu d'études actuellement sur l'utilisation de l'hypnose dans les soins palliatifs. Nous allons tenter de recenser les indications où elle pourrait avoir un intérêt pour le patient.

## VII.1. LE CONTROLE DE LA DOULEUR PHYSIQUE

L'analgésie provoquée par l'hypnose est aujourd'hui clairement démontrée. Les seuils de perception de la douleur sont augmentés. L'effet antalgique est généralement supérieur à l'effet placebo (43), supérieur aux effets de la relaxation (44) et n'est pas réversible par la Naloxone (45). Il s'agit donc d'une procédure

psychophysiologique complexe qui n'est pas uniquement explicable par une activation des sécrétions d'endorphines.

En 1976, CHERTOK et MICHAUX émettent l'hypothèse que la suggestion d'analgésie interviendrait au niveau des mécanismes supérieurs d'intégration de l'information douloureuse. L'hypnose agirait au niveau cortical sur le traitement de l'information douloureuse, en supprimant la souffrance. La douleur reste perçue mais ne s'accompagne plus de souffrance (46).

Cette théorie semblerait s'étayer avec les études que nous avons vues précédemment mettant en jeu le cortex cingulaire antérieur.

L'utilisation de l'hypnose dans la douleur permet d'aider à la réduire de façon significative, et sans effet secondaire notable. Le sujet apprend à mieux contrôler ses perceptions douloureuses. C'est bien entendu un traitement adjuvant qui peut être associé au traitement pharmacologique. Le patient a également la possibilité d'utiliser la technique lui-même (par l'autohypnose), ce qui le rend plus confiant et moins dépendant de l'environnement médical (il gère en partie son symptôme).

Dans la douleur aiguë, l'hypnose n'est qu'une petite partie du traitement. Cependant, on constate que son utilisation contribue à diminuer les perceptions douloureuses. Il y a aussi atténuation de l'angoisse et de la souffrance. Par ailleurs, il existe une augmentation de l'effet des médications classiques.

L'abord du patient douloureux chronique se fera au début par un recadrage de la plainte, et la définition avec le patient d'un objectif précis et réaliste. Le thérapeute devra négocier les buts, et les moyens d'y parvenir. Il devra aussi analyser les ressources et les solutions du patient, afin de les utiliser au mieux et d'optimiser les résultats. Toute cette analyse est importante car il existe des paramètres dans la douleur chronique qu'il ne faut pas négliger, en particulier la possibilité de bénéfices secondaires qu'il faudra respecter.

Nous allons voir quelles sont les diverses techniques utilisées en hypnoanalgésie.

#### Les techniques d'hypnoanalgésie

#### La suggestion directe d'abolition de la douleur

C'est une technique qui comporte énormément d'échecs, car trop directive. De plus, toute l'attention du sujet va se porter sur la douleur qu'il peut même parfois ressentir encore plus vivement.

#### L'anesthésie et l'analgésie hypnotique

L'anesthésie est difficile à obtenir car il s'agit d'induire chez le patient une hallucination d'insensibilité. L'analgésie est obtenue en suggérant au patient de ressentir une torpeur ou une sensation de chaleur qui sera amplifiée dans la zone douloureuse. Cette sensation entraînera une distorsion dans sa perception douloureuse.

# La suggestion indirecte par réinterprétation de l'expérience douloureuse

Cette méthode fait intervenir l'imagination du patient et est efficace car permissive. Les suggestions seront composées de métaphores construites à partir de la description et de la représentation douloureuse du patient. Il est primordial de se servir des schémas imaginatifs et représentatifs du sujet pour qu'ils aient une signification. On retrouve souvent des sensations de chaleur, de pincement, de serrement dans la zone douloureuse. L'intensité de la douleur peut par exemple être représentée par un bouton que l'on règle, comme si on voulait diminuer son volume. Des métaphores corporelles sont souvent utilisées, comme la lévitation de la main : « au fur et à mesure que votre main se soulève, la douleur devient plus légère ».

### La substitution sensorielle par un procédé de remplacement

Des sensations de froid, de démangeaison, de picotement sont suggérées pour se substituer au symptôme douloureux.

#### Le déplacement du phénomène douloureux

Ce déplacement ne peut être effectif que si la douleur est bien localisée à un endroit du corps. Des suggestions sont utilisées pour la transposer progressivement vers une autre localisation moins invalidante. Le message à faire passer au patient est que si la douleur peut changer de place, elle pourra aussi changer dans ses autres dimensions, notamment son intensité.

#### La dissociation

La technique consiste à faire régresser le patient au début de sa maladie ou dans la période précédant la maladie, lorsque les phénomènes douloureux étaient absents ou moins importants. Le patient se remémore les sensations agréables d'alors pour les projeter dans le présent.

#### L'autohypnose

Pour de nombreux auteurs, l'autohypnose doit toujours être associée au traitement de la douleur par hypnose. Il est important de renforcer les résultats obtenus par des suggestions post-hypnotiques. A la fin de chaque séance un signe-signal est établi, permettant au sujet de se mettre lui-même en état hypnotique quand il le désire (quand la douleur réapparaît). Par exemple : « dès que vous sentirez la douleur venir, vous serrerez votre poing droit et un soulagement se fera sentir dans la zone que vous souhaitez, le soulagement se perpétuera toute la journée ». Le but est bien sûr de renforcer les résultats, mais aussi de remotiver le patient en le rendant actif et maître de sa douleur.

Ainsi, l'hypnose a aujourd'hui sa place en tant que traitement adjuvant des traitements antalgiques pharmacologiques, surtout dans la douleur chronique. L'utilisation en situation de soins palliatifs chez un patient douloureux semble être une perspective intéressante car, comme nous allons le voir, l'hypnose agit à la fois

sur la douleur et sur l'esprit, en luttant contre le stress, l'anxiété, et contre les éléments dépressifs.

### VII.2. LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

En 1996, une étude de FINLAY et JONES a été publiée, portant sur 156 patients traités en hôpital de jour d'oncologie, tous avec une chimiothérapie d'au moins seconde ligne. Les patients sélectionnés (ceux qui semblaient avoir les difficultés psychologiques les plus importantes : anxiété, difficultés d'acceptation des traitements et de la maladie), ont été soumis avec leur consentement à trois séances d'hypnose à visée anxiolytique.

A la fin de l'étude, sur les 44 patients qui étaient encore en vie, 37% ont répondu que la thérapie n'avait rien changé pour eux mais qu'il s'agissait d'une expérience agréable. 63% d'entre eux ont éprouvé une amélioration psychologique, avec une nette diminution de l'anxiété, une relaxation accrue, un meilleur sommeil, une diminution des traitements anxiolytiques et hypnotiques, moins d'attaques de panique, moins d'idées noires et une attitude plus positive (47). L'hypnose leur a permis de faire face à la maladie de façon plus sereine.

La prise en charge psychologique est primordiale chez les patients en fin de vie car ils sont en général dépressifs et anxieux, avec des sentiments mêlés de colère, de culpabilité, d'isolement, de mésestime de soi. L'hypnose peut être un moyen d'améliorer cette prise en charge, mais au même titre que toute autre psychothérapie.

### VII.3. LES AUTRES SYMPTOMES

L'hypnose a également montré son efficacité sur les nausées et vomissements, en particulier utilisée en traitement préparatoire à certaines chimiothérapies émétisantes, en complément toujours au traitement pharmacologique qui s'avérait insuffisant (48; 49).

Une étude a décrit un bénéfice sur les aversions alimentaires, effet secondaire des traitements anticancéreux (50).

Les troubles du transit, souvent dus aux morphiniques, peuvent être améliorés de la même façon.

D'autres symptômes tels que la dyspnée (51) et le prurit peuvent bénéficier d'un traitement hypnotique, avec des améliorations notables.

Ainsi, nous avons vu que la douleur, les troubles digestifs et l'anxiété face à la maladie sont les trois registres les plus intéressants où l'hypnose peut avoir un intérêt, en situation de soins palliatifs.

Les deux cas cliniques qui suivent vont tenter d'illustrer ce qui a été dit précédemment. Le premier concerne un cas de vomissements incoercibles; la patiente présentée ne relève pas d'une situation de soins palliatifs, mais il faut savoir que les vomissements liés aux traitements antimitotiques peuvent mettre en jeu le même mécanisme, avec une forte intrication des facteurs psychologiques. Le second cas illustre la prise en charge de la douleur chez une patiente en fin de vie.

### VIII. EXEMPLES CLINIQUES

# VIII.1. CAS CLINIQUE N°1

Certaines médications peuvent entraîner des nausées et vomissements généralement faciles à contrôler. L'intrication de facteurs psychologiques peut modifier la présentation clinique de ces symptômes et rendre leur traitement plus difficile.

#### **OBSERVATION**

Une patiente de 76 ans a été hospitalisée pour vomissements incoercibles en avril 2000. L'histoire de la maladie avait débuté deux mois avant par une douleur thoracique rapportée à un infarctus du myocarde (IDM). Cet IDM avait été suivi d'une poussée de polyarthrite lupique dont les douleurs avaient conduit à la prescription de morphine per os pendant quelques jours.

Ces prises avaient rapidement initié des vomissements devenant progressivement présents après chaque repas. L'arrêt des morphiniques, la prise de différents traitements antiémétiques: neuroleptiques, métoclopramide et dropéridol, par différentes voies d'administration ainsi qu'un antagoniste des récepteurs 5HT3, le granisétron n'apportant aucune amélioration, il fut décidé de débuter un jeûne associé à la pose d'une sonde gastrique déclive et à une nutrition parentérale. Cela s'avéra inefficace tout comme une tentative de nutrition entérale par sonde jéjunale lestée.

Devant la persistance des vomissements et la négativité du bilan étiologique digestif, cardiaque, métabolique et neurologique, la possibilité de vomissements «anticipatoires» est évoquée par analogie avec les patients qui présentent des nausées dès leur entrée dans les locaux où se pratique habituellement leur cure de

chimiothérapie. L'hypothèse d'un «conditionnement» aux vomissements, lors des prescriptions antérieures de morphine, chez une patiente ayant un seuil émétique abaissé, était retenue.

Selon les travaux de l'école Ericksonienne qui considère que la modification de l'état de conscience liée à l'hypnose est un moyen d'accès au registre des apprentissages, l'hypnose est envisagée comme moyen de résolution de cet «apprentissage inconscient» des vomissements. La première séance avait été conduite avec l'adhésion de la patiente. L'induction de l'hypnose a pris une dizaine de minutes, l'état de conscience modifié étant attesté par des mouvements d'errance des globes oculaires. Le travail de fond a utilisé la métaphore d'une promenade en barque sur une rivière calme. Au cours de la séance d'hypnose la patiente se vit proposer les perceptions des mouvements de la barque, uniformément poussée par le courant lent et calme. Puis la vision plus globale de l'étonnant trajet qui conduit l'eau de la source à la sortie en mer. Le travail de métaphore à pris une quinzaine de minutes, le retour à un état de conscience habituel quelques minutes.

Dès la première séance la patiente ne vomissait plus. Les jours suivants ont permis de confirmer que la reprise de l'alimentation progressive se déroulait sans incidents. La microsonde gastrique et la voie centrale ont été enlevées, le traitement à visée antiémétique à été interrompu.

Trois autres séances de consolidation ont été effectuées lors des quinze jours suivants, en utilisant les mêmes métaphores. Cette période d'observation a permis de constater la persistance de l'absence de vomissements.

Le retour au domicile a été marqué par une reprise des nausées vespérales. Une nouvelle séance d'hypnose a détourné la patiente de sa demande de «chronicisation». Les nausées ont cessé à la suite de cette dernière séance, l'état de la patiente est resté stable les trois mois suivants.

Après cette date, la patiente a été admise aux urgences pour un accident vasculaire cérébral rapidement régressif avec aphasie, agitation, troubles de la conscience. Des vomissements sont réapparus lors de cet épisode aigu. La résolution de l'accident vasculaire et le retour à un état de conscience normal ont signé la fin des vomissements.

#### **COMMENTAIRE**

En aucun cas on ne s'oppose directement au symptôme: dire à la patiente «vous n'avez plus de nausées! » conduirait à l'échec que se soit sous hypnose ou lors d'un état d'éveil. Pour vous en convaincre, faites l'expérience simple de dire « vous ne devez pas... penser... à un éléphant rose... maintenant! », le pachyderme coloré devient un parasite de la pensée, le laisser venir ou combattre son émergence c'est prendre en référence une idée qui n'existait pas quelques secondes avant. Pourtant combien de fois entend-on nier «vous n'allez pas avoir mal! » si on admet que les négations ne sont pas comprises par l'inconscient il serait préférable, pour évoquer la douleur, de parler «d'inconfort». Cet abord indirect ne nie pas la douleur, il évoque (donc suggère) le confort pour parler de la douleur.

Dans le cas clinique présenté, la métaphore est construite de façon à pouvoir faire un parallèle entre le transit de notre vomisseuse et le parcours de la rivière. On n'évoque pas les vomissements mais on suggère un transit calme, le trajet en barque ne nie pas qu'il puisse générer des vomissements, il évoque la douceur de la promenade.

L'hypnose est connue pour être un moyen de traiter et/ou de prévenir les nausées et vomissements dans les situations où leurs incidences sont élevées. Il est à noter que lorsque l'hypnose est utilisée comme moyen de sédation au bloc opératoire, lors d'une intervention sous anesthésie locale, les vomissements post-opératoires sont moindres que lors de la même intervention pratiquée sous sédation médicamenteuse.

Cette observation confirme que l'hypnose peut être une possibilité thérapeutique pour prendre en charge des nausées et vomissements lorsqu'une recherche étiologique et un traitement bien conduit n'ont pas apporté de solution.

# VIII.2. CAS CLINIQUE N°2

Voici l'expérience clinique d'une patiente de 67 ans, suivie à l'hôpital de Saint-Junien pour un cancer du sein.

En 1988, la patiente présente une ombilication du mamelon droit et la mammographie objective un processus tumoral. L'exérèse associée à un curage ganglionnaire retrouve un carcinome canalaire infiltrant de grade 2, avec atteinte de deux ganglions. Le traitement chirurgical est alors complété par une radiothérapie loco-régionale et 6 cures de chimiothérapie (farmorubicine, cisplatyl, endoxan). Les cures se terminent en mars 1989, le bilan d'extension et les marqueurs tumoraux sont alors normaux.

En septembre 1994, apparaissent des douleurs osseuses du bassin associées à une ascension du CA 15-3. La scintigraphie osseuse va mettre en évidence une fixation massive sacro-iliaque et au niveau des 7ème et 8ème côtes gauches. Une radiothérapie antalgique va être effectuée, donnant un excellent résultat. Une hormonothérapie est mise en route de façon concomitante.

En janvier 1996, les localisations osseuses évoluent. Un traitement antalgique par codéine est nécessaire (300 mg/j). Il est donc décidé de tenter une seconde ligne de chimiothérapie semblable à la première. La patiente recevra à nouveau 6 cures jusqu'en juin 1996. Pendant ce traitement, un syndrome dépressif apparaît, traité par anxiolytiques et antidépresseurs. La douleur est toujours présente, calmée par codéine, anti-inflammatoires, et diphosphonates.

En novembre 1996, les douleurs augmentent, une nouvelle série de 6 cures de chimiothérapie par 5FU sera réalisée jusqu'en avril 1997. La douleur à l'issue de cette session est bien contrôlée par du dextropropoxyphène.

En septembre 1997, on assiste à une nouvelle ascension des marqueurs tumoraux, ce qui motive la mise en route de 6 cures de Taxol, suivies de 3 cures de Taxol et Cisplatyl.

On comprendra aisément qu'un traitement aussi lourd et long puisse entraîner un épuisement physique mais surtout psychologique.

En juin 1998, apparaît brutalement un syndrome algique osseux très intense au niveau lombaire et sacro-iliaque. L'IRM d'août 1998 retrouve de nouvelles localisations vertébrales et une épidurite. Se pose alors le problème de gestion de la douleur : la patiente présente des douleurs lombaires térébrantes, sauf en décubitus dorsal. Le traitement par morphiniques retards la soulage de façon insuffisante, et l'augmentation des doses est gênée par des effets secondaires sévères (altération des fonctions cognitives, somnolence, constipation). Le traitement antalgique a été plusieurs fois modifié, aboutissant au final à une association de patchs de Fentanyl, de corticoïdes, de neuroleptiques à dose antalgique, d'antalgiques de palier 1, d'infiltrations directes de corticoïdes, d'un corset orthopédique. Le syndrome algique a ainsi été amélioré, mais bien loin d'être soulagé totalement.

Dans les suites, la patiente a présenté une recrudescence de son syndrome dépressif avec majoration du syndrome somatique douloureux. Les douleurs étaient atroces, nécessitant des doses intermédiaires de morphine de plus en plus fréquentes, la patiente ne se levait plus.

Le 21 août 1998, une première séance d'hypnose est réalisée, dans le but d'obtenir une diminution des phénomènes anxieux. L'induction a été faite par catalepsie de la main et la patiente est entrée facilement en état d'hypnose. La séance s'est poursuivie par des suggestions indirectes très ouvertes, évoquant la façon de trouver un plus grand confort dans les jours à venir. L'une des métaphores utilisée a

été celle d'un ballon gonflé par un gaz très léger, permettant de soulever sa main. Cette image classique représente la capacité de l'inconscient à provoquer un mouvement mais aussi sa capacité à laisser partir ce ballon chargé de tout ce qui est nécessaire à évacuer.

Une autre métaphore a été utilisée. L'hypnothérapeute lui a demandé de se représenter une promenade dans un jardin, avec des allées agréables et fleuries, et d'autres allées pleines de broussailles et de ronces (évoquant les difficultés actuelles, la maladie). Il lui a également suggéré au cours de la promenade de descendre un escalier, pour accéder à certains endroits du jardin.

Lors de l'entretien post-hypnotique, la patiente a expliqué que pendant la transe, l'escalier à descendre s'était transformé en un puits noir et profond. Par ailleurs, elle avait une vision partielle et déformée de la pièce : deux médecins qui assistaient à la séance lui apparaissaient sous forme de corbeaux. Ces deux éléments montrent bien son cheminement inconscient avec les difficultés d'intégration du processus de mort.

Les résultats ont été spectaculaires. La douleur, qui était côtée à 8 sur l'échelle EVA avant la séance d'hypnose, n'était plus côtée qu'à 2 trois jours après. Les résultats ont été consolidés par deux autres séances au troisième et au cinquième jours. Des résultats ont donc été obtenus sur le plan psychique, avec une diminution du syndrome dépressif et de l'anxiété. La patiente a pu retrouver assez d'allant pour pouvoir se lever, s'habiller, discuter, même se promener dans le service avec le sourire. Ce changement d'attitude a été vécu par l'équipe soignante, l'entourage de la patiente et la patiente elle-même comme une véritable renaissance.

Les résultats sur la douleur prouvent que celle-ci avait une composante psychique importante, puisqu'il n'y avait pas eu de suggestions spécifiques sur la douleur. Les antalgiques ont pu être diminués (plus aucune demande de dose intermédiaire de morphine, arrêt de l'antalgique de palier 1 sur la demande de la patiente).

Le 7 septembre 1998, la patiente avait repris une autonomie suffisante pour permettre un retour à domicile, les douleurs étaient bien contrôlées.

Elle a revu l'hypnothérapeute en consultation externe plusieurs fois : elle ne présentait pas de douleurs, avait repris du poids, mais était très asthénique. De nouvelles hypnotisations ont été réalisées afin de contrôler les éléments psychologiques.

La patiente est décédée le 12 novembre 1998. Un élément est à souligner. Deux jours avant son décès, il y a eu perte de conscience, et elle a de nouveau présenté des douleurs atroces. Ce fait pourrait tendre à prouver que la patiente avait vraiment les ressources de contrôler certaines composantes de sa douleur avec l'aide du processus hypnotique.

#### IX. CONCLUSION

Le phénomène hypnotique est donc décrit depuis de nombreux siècles. De MESMER à ERICKSON, l'hypnose n'a cessé d'exister, modifiant inlassablement ses techniques et ses définitions. Le seul point de repère au fil du temps reste l'état de transe qui caractérise la thérapie.

Il n'est pas étonnant que l'hypnose inquiète encore de nos jours, tant elle a été chargée de connotations négatives par le passé. Cette méfiance vient aussi du fait que l'on n'a toujours pas de réponses bien définies sur son fonctionnement, même si les explorations neurologiques des dernières années ont permis de confirmer certaines hypothèses. Nous savons désormais qu'il s'agit d'un état de l'organisme tout à fait à part, un état qui est actif et différent du sommeil et qui sollicite des aires cérébrales bien précises. Mais beaucoup de travail reste à effectuer avant de découvrir réellement tous les mécanismes impliqués.

Sur le plan pratique le renouveau est dû à Milton H. ERICKSON, qui va remodeler tous les concepts de l'hypnose classique pour créer un processus relationnel dynamique. Avec l'hypnose moderne permissive, ce sont les ressources du patient qui lui permettent d'élaborer sa propre thérapie.

Les techniques hypnotiques sont actuellement appliquées par une minorité d'équipes médicales. Cela est probablement dû au fait qu'elles n'ont pas pu être validées scientifiquement, notamment par des études multicentriques. Ce sont en effet des méthodes difficilement reproductibles, car très liées à l'analyse subjective du patient mais aussi du thérapeute.

Pourtant, l'hypnose offre un potentiel certain de recherches thérapeutiques. Cependant il ne faut pas oublier qu'elle doit être pratiquée par un opérateur expérimenté, dans le cadre d'une éthique rigoureuse. Dans la pratique médicale, l'hypnose est un outil supplémentaire mis à la disposition du soignant. Il n'est bien entendu pas question de se passer des moyens thérapeutiques classiques médicamenteux, il s'agit d'élargir la pluridisciplinarité de la prise en charge.

Dans une unité de soins palliatifs, l'hypnose a sa place pour aider sur le plan psychique des patients agressés par la maladie et les traitements, la souffrance et l'idée de la mort prochaine. Ceci dit, toute autre forme de psychothérapie ou de technique de relaxation donnerait sans doute aussi des résultats appréciables. L'hypnose peut également aider à contrôler les douleurs physiques et les effets secondaires digestifs de certains médicaments.

C'est une technique non agressive si elle est bien pratiquée, une expérience relationnelle qui permet au patient de mobiliser les ressources de son inconscient pour trouver lui-même les solutions les plus adaptées à ses problèmes. Cette spécificité est primordiale, en particulier en situation de soins palliatifs où le patient est bien impuissant face à la maladie qui évolue. Grâce à l'hypnose, il peut devenir en partie maître de ses symptômes et avoir ainsi un vécu plus confortable.

### **BIBLIOGRAPHIE**

(1) BRUGSH H.:

Aus dem Morgenlande.

Universal Bibliotek, Leipzig, 1893; 3151: pp 43-53.

(2) BARRUCAND D.:

Histoire de l'hypnose en France.

Presses Universitaires de France, 1967.

(3) ELLENBERGER H. F. :

A la découverte de l'inconscient - histoire de la psychiatrie dynamique.

Simep. Editions, 1974.

(4) MESMER F.A.:

Mémoire sur la découverte du magnétisme animal.

Didot, Paris, 1779.

(5) ROBINOT J.:

Le fait hypnotique.

Dominique Gueniot Editeur, 1997.

(6) DELEUZE J. P. F.:

Histoire critique du magnétisme animal.

Belin-Leprieur, 1819, p. 97.

(7) FARIA J. C.:

De la mise en cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme.

Madame Horiac, Paris, Tome I, 1819.

#### (8) BRAID J.:

Neurhypnology.

Delahaye et Lecrosnier, 1883.

#### (9) BERNHEIM H.:

De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille.

Doin, Paris, 1884.

#### (10) BERNHEIM H.:

Automatisme et suggestion.

Alcan, 1917.

#### (11) BARUK H.:

L'hypnose.

Presses Universitaires de France, 1993.

#### (12) FREUD S.:

Cinq leçons sur la psychanalyse.

Traductions Payot, Paris, 1973.

#### (13) FREUD S.:

De la technique psychanalytique.

Presses Universitaires de France, Paris, 1912.

#### (14) HALEY J.:

Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson.

Epi Edition Française, Paris, 1985.

#### (15) GODIN J., MALAREWICZ J. A.:

Milton H. Erickson, de l'hypnose clinique à la psychothérapie

Stratégique.

ESF, Paris, 1986.

#### (16) CHERTOK L. :

Hypnose et suggestion.

Presses Universitaires de France, Paris, 1989.

#### (17) LAPASSADE G.:

La transe.

Presses Universitaires de France, Paris, 1989.

#### (18) SPIEGEL H.:

Eye-roll levitation method. Manuel for hypnotic induction profile.

Soni Medica, New-York, 1974.

#### (19) HOAREAU J.:

Hypnose clinique.

Masson Editeur, Paris, 1992.

#### (20) WHITCHEAD W. E.:

Behavioural medicine approaches to gastrointestinal disorders.

J Consult. Clin. Psychol., 1992; 60 (4): pp 605-612.

#### (21) MARCHAND P., GROUSSEAU D., BONNIVARD M., PESTEIL F.:

Quelle place pour l'hypnose en anesthésie ?

Cahiers d'anesthésiologie, 1998 ; 46 (6) : pp 415-418.

#### (22) ROSSI E.L.:

The psychobiology of Mind-Body Healing. New Concepts of therapeutic

hypnosis.

W.W. Norton & Company, Inc., New-York, 1986.

#### (23) ROUSTANG F.:

Qu'est-ce que l'hypnose?

Editions de Minuit, Paris, 1994.

# ZEIG J. : Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy. Brunner & Mazel, New-York, 1982.

# (25) GRUZELIER J., BROW T., PERRY A., et al.: Hypnotic susceptibility: a lateral predisposition and altered cerebral asymmetry under hypnosis. International Journal of Psychophysiology, 1984; 2: pp 131-139.

# (26) MAQUET P., FAYMONVILLE M. E., DEGUELDRE C., et al.: Functional Neuroanatomy of hypnotic state. Biological Psychiatry, 1998.

# (27) BRADY B., STEVENS L.: Binaural-beat induced theta EEG activity and hypnotic susceptibility. American Journal of Clinical Hypnosis, 2000; 43 (1): pp 53-69.

# (28) MESZAROS I., SZABO C.: Correlation of EEG asymmetry and hypnotic susceptibility. Acta Physiol Hung, 1999; 86 (3-4): pp 259-263.

# (29) FRACKOWIAK Richard S. J. : Neuroimagerie fonctionnelle: une révolution en neurosciences. Médecine et Sciences, 1999 ; 15 : pp 447-450.

# MAGISTRETTI Pierre J., PELLERIN Luc: Mécanismes cellulaires du métabolisme énergétique cérébral: Implications pour l'imagerie fonctionnelle. Médecine et Sciences, 1999; 15: pp 451-456.

- DIEHL B. J. M., MEYER H. K., ULRICH P., MEINIG G.:
   Mean Hemispheric Blood Perfusion During Autogenic Training and hypnosis.
   Psychiatry Research, 1989; 29: pp 317-318.
- (32) CRAWFORD H. J., GUR R. C., SKOLNICK B., et al.:

  Effects of hypnosis on regional cerebral blood flow during ischemic pain with and without suggested hypnotic analgesia.

  International Journal of Psychophysiology, 1993; 15: pp181-195.
- (33) GROND M., PAWLIK G., WALTER H., et al.:

  Hypnotic catalepsy-induced changes of regional cerebral glucose metabolism.

  Psychiatry Research, 1995; 61: pp 173-179.
- (34) FRITH Chris :
   Imagerie cérébrale et maladies psychiatriques (schizophrénie).

   Médecine et Sciences, 1999 ; 15 : pp 483-489.
- (35) RAINVILLE P., DUNCAN GH., PRICE DD., et al.:

  Pain affect encoded in human anterior cingulated but not somatosensory cortex.

  Science, 1997; 277: pp 968-971.
- RAINVILLE P., CARRIER B., HOFBAUER R.K., et al.:
   Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation.
   Pain, 1999; 82: pp 159-171.
- (37) RAINVILLE P., HOFBAUER RK., DUNCAN GH., et al.:
  Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion.

  Journal of Cognitive Neuroscience, 1999; 11 (1): pp 110-125.

- (38) FAYMONVILLE M. E., LAUREYS S., DEGUELDRE C., et al.:
  Neural Mechanisms of Antinociceptive Effects of Hypnosis.
  Anesthesiology, 2000; 92: pp 1257-1267.
- (40) ROSEN S.:

  Ma voix t'accompagnera: Milton H. Erickson raconte.

  Hommes et groupes Editeurs, Paris, 1986.
- (41) HILGARD E.R.:Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action.Wiley, New-York, 1986.
- (42) VIROT-BALLAY M. :
   De l'hypnose à l'hypnose.
   Mémoire de psychologie clinique, Rennes, 1995.
- (43) SPANOS N.P., PERLINI A.H., ROBERTSON L. A.:
  Hypnosis, Suggestion, and Placebo in the reduction of Experimental pain.

  Journal of abnormal psychology, 1989; 3: pp 285-293.
- (44) DAHLGREN L.A., KURTZ R.M., STUBE M. J., et al.:

  Differential effects of hypnosis suggestion on multiple dimensions of pain.

  Journal of Pain and Symptom Management, 1995; 10: p 464-470.

- (45) MORET V., FORSTER A., LAVERRIERE M.C., et al.:

  Mechanism of analgesia induced by hypnosis and acupuncture:

  Is there a difference?

  Pain, 1991; 45: pp 135-140.
- (46) CHERTOK L., MICHAUX D., DROIN M.C.:

  Douleur et hypnose.

  Encycl. Med. Chir. Psychiatrie, 1976; 1: pp 143-164.
- (47) FINLAY G., JONES O.L.:Hypnotherapy in palliative care.Journal of the royal society of medicine, 1996.
- (48) JACKNOW D.S., TSCHANN J. M., LINK M.P., et al.: Hypnosis in the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in children: a prospective study. J Dev Behav Pediatr, 1994; 15 (4): pp 258-264.
- (49) MORROW G.R., HICKOCK J.T.:

  Behavioural treatment of chemotherapy induced nausea and vomiting.

  Oncology, 1993; 7 (12): pp 83-89.
- (50) KRAFT T.:
   Use of hypnotherapy in anxiety management in the terminally ill:
   a preliminary study.
   British journal of experimental and clinical hypnosis, 1990; 7: pp 27-33.

# **SOMMAIRE**

I. INTRODUCTION	15
II. LES RACINES HISTORIQUES	18
II.1. La préhistoire de l'hypnose	18
II.2. Le XVIIIème siècle : l'ère du magnétisme	19
II.2.1. Franz Anton MESMER (1734-1815)	19
II.2.2. CHASTENET de PUYSEGUR (1751-1825)	21
II.2.3. Joseph Philippe DELEUZE (1753-1835)	22
II.3. Le XIXème siècle : l'hypnose suggestive	23
II.3.1. L'Abbé DE FARIA (1755-1819)	23
II.3.2. James BRAID (1795-1860): l'invention du terme hypnose	23
II.3.3. L'école de Nancy	25
II.4. 1880-1919 : les autres courants de pensée	27
II.4.1. l'école de la Salpêtrière	27
II.4.2. La querelle des deux écoles	29
II.4.3. Sigmund FREUD (1856-1939)	30
II.4.4. Pierre JANET (1859-1947)	31
II.4.5. Ivan Petrovitch PAVLOV (1849-1936)	32
II.5. Synthèse	32
III. L'HYPNOSE AUJOURD'HUI	34
III.1. La résurgence de l'hypnose après 1950	34

III.1.1. En France : l'école de Léon CHERTOK	34
III.1.2. Aux Etats-Unis: Milton H. ERICKSON	35
III.1.3. Les techniques dérivées de l'hypnose	36
III.2. Les définitions actuelles	39
III.2.1. L'hypnose, la transe	39
III.2.2. La suggestion	42
III.2.3. L'inconscient	43
III.3. Les utilisations actuelles de l'hypnose	44
III.3.1. Les névroses	45
III.3.2. Les dépressions	46
III.3.3. Les psychoses	46
III.3.4. Les addictions et toxicomanies	47
III.3.5. Les affections psychosomatiques	47
III.3.6. Hypnose et contrôle de la douleur	48
III.3.7. Hypnose et anesthésiologie	49
IV. LES AVANCEES NEUROPHYSIOLOGIQUES	51
IV.1. Les hypothèses	51
IV.2. Les modifications électriques cérébrales	52
IV.3. La neuroimagerie fonctionnelle	54
IV.4. Imagerie fonctionnelle cérébrale et douleur clinique expérimentale	56
IV.5. Synthèse	58

V. LE DEROULEMENT DE LA THERAPIE	60
V.1. Les précautions à prendre	60
V.2. Les différentes techniques d'induction	61
V.3. Le processus hypnotique	62
V.4. La réorientation	67
V.5. La consolidation	67
V.6. Les résistances	67
VI. DANGERS, LIMITES ET CRITIQUES	69
VII. APPLICATION EN MEDECINE PALLIATIVE	72
VII.1. Le contrôle de la douleur physique	72
VII.2. La prise en charge psychologique	76
VII.3. Les autres symptômes	77
VIII. EXEMPLES CLINIQUES	78
IX. CONCLUSION	85
RIRI IOCRAPHIE	87

#### SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire. BON A IMPRIMER Nº 16.

LE PRÉSIDENT DE LA THÊSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRESIDENT DE L'UNIVERSITÉ

S'intéresser à l'hypnose dans la pratique médicale nécessite d'abord d'étudier le phénomène sur le plan historique. Au cours du temps, les théories et méthodes n'ont cessé d'évoluer, contribuant parfois à générer une certaine méfiance à l'encontre de cette technique.

Actuellement, l'hypnose est considérée comme un état modifié de conscience au cours duquel le patient va pouvoir, grâce au thérapeute, utiliser ses ressources inconscientes pour élaborer sa propre thérapie et gérer ses symptômes.

Des études neurophysiologiques récentes suggèrent que l'hypnose est bien un état actif, différent de la veille et du sommeil. Le fonctionnement est encore très mal connu, seul le cortex cingulaire antérieur a montré son implication dans la modulation de la douleur sous hypnose.

L'hypnose moderne, sous l'impulsion de Milton H. ERICKSON, est devenue un processus relationnel dynamique mettant en avant des techniques de communication bien spécifiques. C'est une thérapie complexe qui doit être pratiquée par un opérateur expérimenté, dans le cadre d'une éthique rigoureuse.

L'utilisation en médecine palliative, en tant que traitement adjuvant aux thérapeutiques classiques, peut être bénéfique dans le contrôle des symptômes digestifs et de la douleur. L'hypnose a aussi sa place pour améliorer la prise en charge psychologique, chez des patients souvent anxieux et dépressifs. Cette technique non-invasive est un outil supplémentaire dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient en fin de vie.

#### **MOTS CLES:**

- Hypnose
- Suggestion
- Soins palliatifs