

Lexique Hypnose

DEFINIR L'HYPNOSE ?

L'absence de définition unique de l'hypnose signe la vastitude du phénomène, et ce, d'autant plus que le terme « hypnose » peut définir différents procédés : l'hypnose comme un état actif physiologique par lequel nous passons plusieurs fois par jour et qui nous donne une impression de dissociation et de rêverie, et l'hypnose thérapeutique (hypnose pratiquée dans le champ de la santé), qui va permettre à l'individu de trouver ou de retrouver cet état à chaque fois qu'il en a besoin ou pour se traiter.

M.H. Erickson nous dit que :

« L'hypnose se déroule dans le patient. »

Et parmi ses nombreuses définitions, il nous livre que :

« C'est un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient ». « Votre but, en vous servant de l'hypnose, est de communiquer des idées et des compréhensions ainsi que d'amener le patient à utiliser les compétences qui existent en lui à la fois au niveau psychologique et au niveau physiologique. » (Erickson M.H., 1983).

Pour M.H. Erickson, l'hypnose permet au patient d'accéder à ses ressources internes (apprentissages, vécu, processus psychique...) et de les mobiliser pour atteindre un objectif thérapeutique ou autre.

Plus récemment, F. Roustang décrivait l'hypnose comme un état de « veille paradoxale », donc un état de sommeil apparent du corps mais une attention de veille intense. Pour lui, c'est :

une « manière d'être au monde, une façon de se poser dans l'existence » (Roustang F., 1994).

L'accompagnement bienveillant de l'hypnoterapeute permet au patient de :

« faire l'expérience d'un champ de conscience élargi. » (Bioy A., 2017)

Ceci va lui permettre d'amplifier ses ressources et l'aider à atteindre ses réponses pour initier un changement. Le patient choisira de suivre la voie/voix proposée ou en prendra une autre :

l'hypnose « permet au sujet d'accéder à nouveau à la liberté des choix ». (Richard P., 2012)

La dernière définition internationale de l'hypnose proposée par la Society of Psychological Hypnosis (30^e section de l'American Psychological Association) en 2014 était :

“A state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion” (Elkins et al., 2015),

qu' A. Bioy traduit par :

« un état de conscience incluant une focalisation de l'attention ainsi qu'une attention périphérique diminuée, caractérisé par une capacité accrue à répondre à la suggestion.* »* (Bioy A., 2017)

De nombreuses définitions passées, de nombreuses à venir, et une immensité de pratiques...

UN ETAT CLINIQUE PARTICULIER

Lorsqu'on observe un adulte jeune en état hypnotique, on constate un état de relaxation, une catalepsie involontaire des paupières et d'autres signes comme un larmoiement, des mouvements oculaires sous les paupières, un ralentissement de la respiration, une difficulté d'élocution, une diminution de la déglutition, une immobilité... Subjectivement les patients racontent un sentiment de relaxation, de dissociation de leur corps et de leur esprit, une distorsion du temps, une amnésie, des hallucinations... Les praticiens, eux, constatent une plus grande suggestibilité.

Les études de J.J. Barrell et D.D. Price ont identifié cinq dimensions constamment présentes :

- un sentiment de détente et de relaxation mentale, mais pas nécessairement physique ;
- une attention soutenue et concentrée sur un ou plusieurs éléments donnés ;
- une diminution du jugement, du contrôle et de la censure : il y a une perception sensorielle mais pas d'intellectualisation ;
- une suspension de l'orientation temporelle, spatiale et du sens de soi : le temps se module, le corps est différent (le patient le sent lourd ou léger ou penché, etc.) ;
- une expérience d'un accès à des réponses automatiques, sans délibération ni effort. (Rainville P. et Price D.D., 2003)

Il est important de préciser que la diminution du jugement et du contrôle concerne le contrôle que la conscience du patient exerce sur lui-même et qui est levé en hypnose. Il ne s'agit aucunement d'une perte de contrôle initiée par la volonté d'un hypnopraticien.

Cet état de conscience particulier explique la facilité relative pour le patient à avoir accès à ses ressources tout en ayant une impression de bien-être.

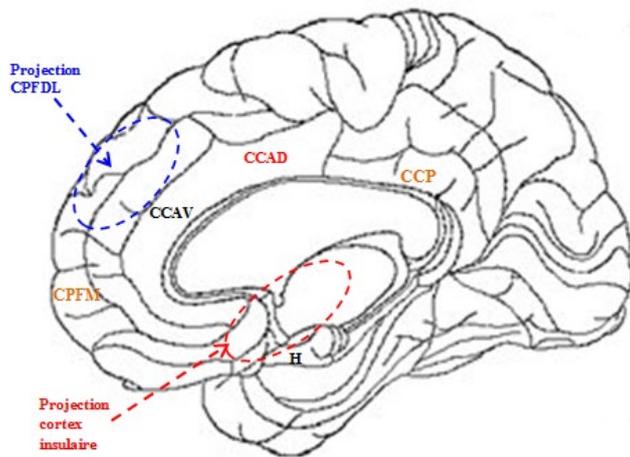
UN MODE DE FONCTIONNEMENT CEREBRAL PARTICULIER

Depuis les années 1990 et l'arrivée de la neuroimagerie, l'hypnose a été étudiée du point de vue des neurosciences. De nombreuses études ont pu montrer qu'il existe un état cérébral particulier sous hypnose différent des autres états de conscience.

Les premières études d'E. Faymonville et P. Maquet en Belgique ainsi que de P. Rainville *et al.* au Canada ont identifié initialement des modifications cérébrales : une augmentation du débit cérébral dans le cortex cingulaire antérieur et le cortex occipital (visuel), mais aussi une diminution dans le mésencéphale et le lobe pariétal droit, et une augmentation dans les structures impliquées dans l'attention (tronc cérébral ponto-mésencéphalique, thalamus médian, cortex cingulaire antérieur, lobe frontal inférieur et lobe pariétal de l'hémisphère gauche) ainsi que du cortex sensorimoteur (Maquet P. *et al.*, 1999 ; Rainville P., *et al.* 2002). Ainsi, une certaine réalité concrète de l'hypnose commençait à apparaître.

Plus récemment, les travaux de D. Spiegel *et al.* ont identifié plusieurs réseaux modifiés par l'hypnose (Jiang H., Spiegel D., 2017)

Réseaux modifiés par l'hypnose (d'après Spiegel D et al.)



Légende

Réseau de saillance :

- CCAD : cortex cingulaire antérieur dorsal
- Cortex insulaire

Réseau du contrôle exécutif :

- CPFDL : cortex préfrontal dorso latéral

Réseau du mode par défaut :

- CPFM : cortex préfrontal médian
- CCP : cortex cingulaire postérieur

Autres :

- H : hippocampe
- CCAV : cortex cingulaire antérieur ventral

- **Le réseau de saillance**, qui détermine, parmi la multitude de stimuli internes et externes, ceux qui sont signifiants et dignes d'attention. En état hypnotique, il y a une diminution de l'activité de ce réseau avec une activité réduite du cortex cingulaire antérieur dorsal (CCAD). Cela se traduit cliniquement par une perte de contact avec l'extérieur, un sentiment d'absorption.
- **Le réseau du contrôle exécutif**, qui permet d'accomplir de nombreuses tâches complexes en s'adaptant (organisation, stratégies, planification...) et **le réseau du mode par défaut** qui est activé lorsque le cerveau est au repos mais actif, sans être focalisé sur le monde extérieur : lorsque le sujet est laissé à ses propres pensées sans être perturbé, mais aussi quand il imagine des événements futurs, conçoit le point de vue d'autrui ou récupère des souvenirs autobiographiques. Ces deux réseaux sont également modifiés en état hypnotique : diminution de connectivité entre le cortex préfrontal dorso-latéral (CPFDL) d'une part et le cortex préfrontal médian (CPFM) et le cortex cingulaire postérieur (CCP) d'autre part, entraînant une impression de dissociation (avec une diminution de la conscience de soi).

Enfin, il y a, durant l'hypnose, une augmentation de connectivité entre le cortex préfrontal dorso-latéral et l'insula qui permet un recentrage sur ses états internes et un contrôle des réactions physiques liées aux pensées et aux émotions.

Progressivement, les mécanismes neurophysiologiques de l'hypnose sont décryptés et confortent les sensations subjectives ressenties par les patients depuis des millénaires.

INDICATIONS

Les indications de l'hypnose sont vastes et couvrent quasiment tout le champ médical, mais certaines indications ont été plus étudiées et c'est sans conteste dans le domaine de la douleur que l'hypnose est la plus reconnue, voire recommandée par la Haute Autorité de Santé sur certaines indications ciblées (hypnoanalgésie pour les soins des enfants, la fibromyalgie, douleurs chroniques et aiguës non spécifiques de la polyarthrite rhumatoïde) et par l'Académie de médecine (douleurs aiguës de l'enfant et de l'adolescent, effets secondaires des chimiothérapies). Un rapport de l'INSERM en juin 2015, qui a évalué 82 essais cliniques publiés dans des revues internationales référencées, dont 6 revues Cochrane, reconnaissait l'efficacité de l'hypnose lors des interventions chirurgicales et des actes de médecine ou de radiologie interventionnelles avec une diminution de la quantité des antalgiques et/ou sédatifs peropératoires. Le syndrome de l'intestin irritable faisait également partie des indications admises. La difficulté à mener des études bien conduites selon les critères de l'Evidence Based Medicine, qui nie toute une partie de l'approche qualitative individuelle de l'hypnose, est souvent un obstacle à la validation d'un grand nombre d'indications.

Enfin, et il est important de le signaler, le rapport de l'INSERM et une méta-analyse faite sur des études entre 2005 et 2015 n'ont retrouvé aucun effet indésirable de l'hypnose déclaré dans la littérature (INSERM, 2015 ; Häuser W., 2016).

ÉTHIQUE DE L'HYPNOPRATICIEN

La pratique de l'hypnose thérapeutique est une pratique des professionnels de santé et, comme telle, a des bases éthiques que l'hypnopraticien se doit de respecter. De nombreuses chartes ont ainsi été élaborées, rappelant les mêmes aspects capitaux. Dans la charte éthique de l'Institut français d'hypnose (IFH), nous pouvons lire :

« L'intérêt et le bien-être du patient ou du sujet expérimental doivent toujours constituer un objectif prioritaire (...) »

« L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques (...) »

L'hypnose thérapeutique doit donc être considérée comme un **traitement complémentaire** aux thérapeutiques actuelles, et non un traitement alternatif.

« L'hypnopraticien doit avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique. »

« L'hypnopraticien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession. »

On ne fait pas avec l'hypnose ce qu'on ne sait pas faire sans hypnose (ME Faymonville)

« L'hypnose ne sera pas utilisée comme une forme de distraction. »

Ainsi, la pratique de l'hypnose thérapeutique se fera, comme l'écrivait M.H. Erickson, en ayant un objectif pour le patient :

« Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à le connaître, vous aidez les patients en l'utilisant, vous aidez les patients en les dirigeant de telle façon qu'ils rencontrent leurs besoins ; mais vous ne travaillez pas avec les patients pour atteindre vos propres buts. Le but est leur bien-être et si vous réussissez à obtenir leur bien-être, vous touchez directement votre propre bien-être. »

DIFFERENTES FORMES D'HYPNOSE THERAPEUTIQUE

L'hypnose thérapeutique a un objectif de traitement et se fait en accord (explicite ou implicite) avec le patient dans une relation thérapeutique. Elle regroupe de nombreux objectifs et des pratiques différentes.

Des objectifs différents

A. Bioy propose plusieurs hypnoses :

- **hypnoalgésie** : utilisation de l'hypnose pour soulager la douleur et les éléments associés à cette douleur ;
- **hypnosédation** : utilisation de l'hypnose en péri-opératoire (pré, per et post), développée par M.E. Faymonville (qui ne sera pas développée dans ce livre) ;
- **hypnothérapie** : usage psychothérapeutique de l'hypnose, menée par les psychiatres, psychologues et psychothérapeutes.

Chaque professionnel de santé va pouvoir utiliser l'hypnose thérapeutique dans son champ de compétence et l'adapter à sa pratique et ses expériences quotidiennes, mais toujours en **constante adaptation à l'état actuel du patient et à ses souhaits, ses ressentis, ses besoins qui sont en mouvance permanente.**

Des pratiques différentes

Si les techniques utilisées sont globalement similaires, l'hypnose peut être pratiquée en maintenant un état de veille lors d'une conversation, c'est l'hypnose conversationnelle, ou en allant jusqu'à la veille paradoxale plus ou moins profonde, c'est l'hypnose formelle ou état hypnotique, appelée communément transe. C'est en fait un « phénomène graduel » (M.H. Erickson) qui s'adresse à l'inconscient, il n'y a pas de scission entre l'hypnose conversationnelle et l'état hypnotique, mais plutôt, comme nous allons le voir, un continuum.

Il faut également ajouter à ces deux pratiques qui nécessitent l'intervention d'un hypnopraticien, l'**autohypnose** qui est l'hypnose que s'approprie le patient afin de l'utiliser seul. Cet état d'autohypnose est l'objectif de la majorité des prises en soin en hypnose, et la majorité des patients y parviennent rapidement.

Hypnose conversationnelle

L'hypnose conversationnelle est une façon de communiquer avec bienveillance lors d'un entretien, en ayant un objectif thérapeutique avec une éthique mais sans qu'il y ait eu auparavant l'induction d'un état hypnotique. C'est un moment relationnel privilégié centré sur le patient, qui va s'établir entre lui et l'hypnopraticien, comme s'ils étaient tous deux dans la même bulle. Ils sont dans la même temporalité de la consultation.

Cet état favorise la suggestibilité et le patient peut alors entrer dans une légère dissociation en commençant à percevoir une réalité différente, il va pouvoir envisager d'initier un changement. Cette approche thérapeutique ne nécessite pas d'accord explicite, car c'est un mode de communication, mais elle nécessite un accord implicite qui ne peut s'établir vraiment que dans une relation thérapeutique avec une alliance en confiance avec l'hypnopraticien.

L'hypnose conversationnelle va se baser sur l'écoute, l'observation (« *Observer, observer, observer* », M.H. Erickson), l'utilisation, l'adaptation au patient et la fixation d'attention.

- Le langage verbal : il fait appel à de nombreuses techniques : mots à consonance positive, mots de liaison, verbes d'action, reformulation des mots du patient, recadrage, suggestions directes et indirectes, VAKOG ou PAVTOG, truismes, saupoudrage, confusion, ratification, etc. La

position basse de non-sachant permet de laisser au patient la possibilité de trouver ses propres solutions : l'hypnopraticien ne peut pas savoir à la place du patient, lui seul a les clés et les réussites ne sont que les siennes. L'hypnopraticien écoute attentivement sans jugement.

- Le langage non verbal : La position basse, le ton de la voix, le rythme de parole parfois plus lent, parfois plus rapide, la synchronisation*, le toucher, les expressions faciales, etc. sont également capitaux. Qui n'a jamais observé le visage et les mouvements corporels de celui qui vient lui annoncer une nouvelle importante ? et qui n'a jamais senti son corps le trahir (pâleur, rougeur, tremblements...) quand il souhaitait communiquer de manière calme et posée dans un moment de stress ?

Cette approche en hypnose conversationnelle se fait dès les premiers instants de la rencontre avec la personne.

Pourrait-on imaginer cette scène :

L'hypnopraticien va chercher en salle d'attente Monsieur M, venu pour une prise en charge de son anxiété.

Hypnopraticien: Bonjour, comment allez-vous ?

Monsieur M : Pas bien justement, avec tous ces évènements dans le monde.

Hypnopraticien (grimace) : Ah oui, vous avez entendu ce dernier glissement de terrain à L....., a priori les secouristes ne les retrouvent pas, ce doit être affreux.

Monsieur M : Oh, je n'étais pas au courant...

Hypnopraticien (inquiète) : Avec le réchauffement climatique, ça nous tombera dessus un jour ou l'autre !

Monsieur M :

Hypnopraticien (sourit) : Bon, vous venez pour votre séance d'hypnose ? Installez-vous confortablement.

Dans cet exemple, il est facile de comprendre que la relation thérapeutique débute dès le premier contact avec le patient et se termine au départ de celui-ci. L'hypnopraticien doit d'emblée trouver la « bonne distance » ou « une juste proximité », le sourire, le calme, la disponibilité empathique sont des atouts pour créer une alliance thérapeutique.

L'hypnose conversationnelle, qu'il y ait une séance d'hypnose formelle avec un apprentissage d'autohypnose ou pas, accompagne constamment la consultation.

Hypnose formelle ou état hypnotique

L'hypnose formelle est un état naturel, mais il peut être induit et amplifié avec l'aide d'un hypnopraticien comme guide pour arriver à cet état clinique et cérébral particulier décrit précédemment.

Classiquement l'hypnose formelle nécessite une phase d'alliance thérapeutique (longue ou rapide) dans une approche par hypnose conversationnelle. Avec l'accord le plus souvent explicite du patient, parfois implicite, l'hypnopraticien va proposer une induction qui va mener à la dissociation et ainsi à une phase d'ouverture de la conscience, que F. Roustang appelait la « perceptude » : le patient est alors dans son propre univers perceptif, sans jugement de son intellect et en ayant accès à des réponses automatiques. C'est principalement dans cette phase que l'hypnopraticien va pouvoir proposer un travail thérapeutique avec des suggestions et des métaphores*, tout en approfondissant la transe et en faisant des suggestions post-hypnotiques pour un effet durable. Enfin l'hypnopraticien fera « revenir » le patient ici et maintenant à l'état de veille, c'est le retour.

Ce schéma « type » est toutefois en constante adaptation au patient et au contexte (urgences, soins, pathologies chroniques, etc.).

L'autohypnose

Pour T. Servillat :

« l'autohypnose est l'hypnose qu'on se "fait" à soi-même, par soi-même. » (Servillat T., 2017).

M.H. Erickson décrit ses expériences d'autohypnose à certains moments clés de sa vie, comme un accès à son inconscient qui n'est pas limité par son esprit conscient, en proposant à son inconscient une instruction générale :

« j'aimerais être débarrassé de cette douleur » (Erickson M.H., 1980)

Ainsi parfois seul (avec le soutien d'un livre ou d'une vidéo), mais le plus souvent après un apprentissage de l'hypnose par un hypnopraticien, le patient va retrouver les sensations ressenties pendant les séances et avoir accès à ses ressources, en ayant un objectif thérapeutique. Pour faciliter cet état, l'hypnopraticien utilise des suggestions post-hypnotiques avec des ancrages facilement accessibles pour le patient lors de l'apprentissage. Le patient va ensuite s'approprier la technique et en s'entraînant de plus en plus souvent celle-ci va devenir naturelle, comme une nouvelle façon d'être.

GLOSSAIRE

Ancrage : stimulus suggéré le plus souvent en état hypnotique et qui va permettre au patient de retrouver, en autohypnose ou pour une séance ultérieure, les ressentis de l'état hypnotique. Par exemple : la main sur la cuisse ou le bras léger ou un galet dans la main.

Alliance thérapeutique : « ensemble des aspects relationnels qui interviennent dans la collaboration entre un patient et son thérapeute. Elle est le produit d'un travail relationnel conjoint dont le but est d'atteindre un objectif défini par avance. » (*Les cahiers de la SFETD n° 1. La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux* <http://www.sfetd-douleur.org>)

Canaux sensoriels : le VAKOG (Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif) qui peut être remplacé **le PAVTOG** (notion développée par J. Becchio) sont des acronymes créés à partir de l'initiale des sens :

VAKOG	PAVTOG
V = Visuel	P = Proprioception
A = Auditif	A = Auditif
K = Kinesthésique	V = Visuel
O = Olfactif	T = Tactile
G = Gustatif	O = Olfactif
	G = Gustatif

Il représente l'ensemble des canaux sensoriels qui permettent à l'individu d'explorer et de ressentir. L'hypnopraticien va les utiliser tout le long de l'hypnose : en conversation, en induction, lors d'une promenade dans la safe place, en ancrage, etc.

Catalepsie : rigidité musculaire avec suspension du mouvement volontaire (bras, paupières).

Confusion : l'utilisation de phrases ou d'attitudes confusogènes par l'hypnopraticien permet de dissocier le conscient du patient (perdu dans la recherche de la compréhension de l'élément confusionnant) et de le faire entrer en état hypnotique ou d'approfondir cet état. Exemple : « *Vous pouvez commencer à finir cette tâche ou la finir sans la commencer...* ».

Dissociation : rupture avec la veille ordinaire et les perceptions sensorielles vers l'état hypnotique entraînant une perte de contact avec l'environnement extérieur. C'est une sensation subjective, maintenant objectivée par les neurosciences. L'utilisation d'un **langage dissociatif** (les yeux voient, cette main se lève...) permet d'approfondir l'état hypnotique.

Focalisation : fixation sur un élément (environnemental ou interne) qui permet de ramener l'attention sur ce seul élément et de favoriser la dissociation (mode d'induction fréquent).

Induction : actions mises en place par le praticien pour permettre au patient de passer de l'état de veille à l'état hypnotique. Les actions sont des suggestions du praticien au patient. Par exemple : passer de la focalisation sur le monde extérieur à une focalisation sur le monde intérieur.

Métaphore : suggestion indirecte à visée thérapeutique construite sur l'analogie. Elle est une alternative à la réalité, s'adressant à l'inconscient et permettant au patient de réinterpréter sa situation en donnant à la métaphore le sens qui lui convient. Elle n'a d'intérêt que si elle est en accord avec l'histoire du patient.

Objectif thérapeutique : « ce qui définit et décrit un résultat escompté, attendu. » (*Les cahiers de la SFETD n° 1. La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux* <http://www.sfetd-douleur.org>)

Ratification : prendre acte des mouvements et des paroles volontaires et involontaires du patient, qui sont les expressions de son inconscient, en lui faisant prendre conscience de l'apparition d'un phénomène par une phrase exprimée oralement. Par exemple : le sujet change de position « *et vous changez de position pour être encore plus confortable, c'est très bien* ». La ratification nécessite une observation de tous les instants.

Recadrage : redéfinition d'une phrase, d'un comportement ou d'un ressenti, en mettant d'autres mots sur ceux du patient, mais en restant dans son répertoire, pour lui suggérer une nouvelle interprétation avec un autre éclairage de la situation, afin de lui permettre d'accéder à une nouvelle réponse.

Réification : chosification d'un sentiment ou d'un ressenti en un objet concret, comme la douleur ou le bien-être.

Safe place ou Lieu Secure : lieu réel ou imaginaire du patient dans lequel celui-ci se sent en pleine sécurité. Souvent également un lieu de calme et de ressources, mais la dimension protectrice prime sur les autres.

Saupoudrage : utilisation répétitive de mots synonymes auxquels l'hypnopraticien souhaite donner de l'importance. Par exemple : calme, sérénité, tranquillité, détente, vont permettre d'accentuer indirectement un état interne de bien-être chez le patient.

Signaling : geste ou parole demandé par l'hypnopraticien au patient lui permettant de garder une communication et de signaler, par exemple, s'il a fini une action : « *Quand votre sac, que vous videz, aura un poids qui vous convient, vous pourrez me le faire savoir en faisant un signe de la main.* »

Suggestion : « *Elles sont conçues pour contourner le système de croyance limité à tort du patient ; les suggestions doivent éviter les limites trop étroites de la conscience ordinaire de tous les jours.* » M.H. Erickson (*Traité pratique de l'hypnose*, Ed. Grancher, 2006).

Suggestion directe : suggestion franche et sans détour (« *vous vous installez confortablement* »).

Suggestion indirecte : base de l'hypnose ericksonienne, les suggestions indirectes n'ont pas d'objectifs formulés et s'adressent à l'inconscient du patient pour l'aider à accéder à ses ressources en contournant les résistances. Par exemple : les métaphores, les suggestions ouvertes (« *à travers vos paupières ouvertes ou fermées* ») ou encore les suggestions composées (« *et tandis que je vous parle votre corps devient plus lourd* »).

Suggestions post-hypnotiques : idée introduite le plus souvent pendant l'état hypnotique et dont l'objectif est de susciter un nouveau comportement en état de veille. C'est une aide à l'apprentissage de l'autohypnose : « *Quand vous en aurez besoin, il vous sera très facile de retrouver cet état...* »

Synchronisation : mise « en phase » entre le patient et le praticien, nécessaire à une relation de confiance avec une alliance thérapeutique. Elle se fait en trois stades : le mirroring, le pacing et le leading.

Truismes : évocation de lieux communs et tautologies partagés par tous et ne pouvant donc pas être niés par le patient. Par exemple : « *vous êtes allongé dans ce lit* ».

Yes-set ou séquence d'acceptation : afin de préparer le patient à accepter les futures suggestions, le praticien énonce des truismes auxquels le patient ne peut que répondre par « *oui* ». Par exemple : « *Vous êtes Mme R. ?* », « *Vous êtes hospitalisée car vous êtes tombée ?* », « *C'est une chute que vous avez faite ?* ».