

L'HYPNOSE

Une solution pour maigrir ou pour régler les troubles des conduites alimentaires ?



Dr Gérard Ostermann*

« *L'hypnotiseur est comme la reine d'Angleterre : elle dit "je veux", mais c'est le Parlement, c'est-à-dire le sujet, qui décide.* »

Léon Chertok (1)

Résumé

Depuis plusieurs années, l'hypnose connaît un renouveau dans le champ de la santé. L'hypnose ne supprime pas un symptôme ou un problème, mais elle ajoute un savoir en proposant une expérience qui met la personne en relation avec

son corps. Les individus font à tout moment le meilleur choix possible en fonction du contexte. Grâce à la suggestion et/ou aux métaphores, une idée peut se transformer en acte.

Abstract

Hypnosis

For several years now, hypnosis has been experiencing a revival in the health field. Hypnosis does not suppress a symptom or a problem but rather adds a knowledge by proposing an experience

which puts a person in relation with her body. Individuals will then at any time make the best possible choice for a given context. Thanks to the suggestion and/or metaphors, an idea can become an act.

INTRODUCTION

Assisterions-nous au "grand retour" de l'hypnose ? Depuis plusieurs années cette technique thérapeutique plus que centenaire semble avoir le vent en poupe : multiplication des livres chez les éditeurs, des forums sur Internet, un amoncellement de titres accrocheurs : *les nouvelles prouesses de l'hypnose, les grands hôpitaux l'adoptent, les preuves scientifiques*

de l'état hypnotique, l'hypnose soignera-t-elle tout ? De fait, les demandes se multiplient : « *Docteur est-il vrai que l'on peut maigrir sous hypnose ? Il paraît que ça marche dans la boulimie !* »

S'il est vrai que l'hypnose souffre toujours de vieux préjugés exprimés à son rencontre, elle connaît dans le monde médical un regain d'intérêt depuis plusieurs années, surtout dans le champ de la douleur. Ce que l'on appelle hypnose et que l'on appelait hier magnétisme (Franz Anton Mesmer) se fait anguille dans la paume qui

veut l'enserrer. Rappelons qu'historiquement, l'hypnose est avant tout la "mère" de toutes les psychothérapies et de la psychanalyse.

L'HYPNOSE, ÇA N'EXISTE PAS !

L'hypnose dérange. Elle intrigue également. Entre phénomène de foire et thérapie en vogue, on ne sait qu'en penser. Loin d'être un phénomène surnaturel, l'état d'hypnose est un état que l'on rencontre tous les jours, le matin,

*Professeur de thérapeutique, interniste, psychothérapeute, enseignant au DIU d'hypnose clinique à Bordeaux et à l'IFH à Paris

« *Mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi.* »

Antoine Bioy (2)

au réveil par exemple quand on se sent entre deux eaux, à la fois conscient et toujours en train de rêver. On peut apprendre avec l'aide d'un thérapeute à en tirer profit. L'hypnose médicale n'a pas grand-chose à voir avec l'hypnose de spectacle et il faudrait en quelque sorte "deshypnotiser" l'hypnose. In fine, l'hypnose n'est qu'une autohypnose et n'est pas le fruit d'un supposé pouvoir de l'hypnothérapeute.

LES DÉFINITIONS GRIMACENT COMME DES ÉNIGMES

De tous les processus de communication, c'est probablement celui qui a permis de dire le plus de bêtises. Son nom est complètement erroné puisqu'hypnose signifie sommeil (du dieu grec Hypnos). Si le sommeil peut être induit sous hypnose, il n'est absolument pas nécessaire à l'état hypnotique. L'état hypnotique est souvent considéré comme un état modifié de la conscience, une forme de concentration en partie consciente, réceptive et intégrée que chacun est capable d'atteindre de manière naturelle. Quand nous parlons d'état modifié de la conscience, c'est pour définir l'état de perméabilité qui permet

de faire accepter une suggestion par l'inconscient du sujet.

L'*American Psychological Association* (APA) est le seul organisme international reconnu par les milieux scientifiques à l'heure actuelle. L'APA vient de proposer une nouvelle définition de l'hypnose (3) : « *un état de conscience (consciousness) qui induit une absorption de l'attention et une diminution de la conscience (awareness), caractérisé par une plus grande capacité à répondre aux suggestions* ». Mais il faut noter que cette définition situe l'hypnose de façon unilatérale comme un état de conscience (on parlera d'état de fonctionnement psychologique, pour contourner le piège de la définition de la conscience) qui ne dit plus la dimension relationnelle pour ne faire que l'évoquer (il faut bien toutefois que les suggestions soient prononcées par un autre que soi...). Une définition simple et opérationnelle, que l'APA propose comme une ossature pour penser l'hypnose selon des référentiels multiples, selon les besoins d'étude et de pratiques.

Dans son rapport de mars 2013 sur les thérapies complémentaires, l'Académie nationale de médecine se penche sur le cas de l'hypnose : « *L'hypnose s'accompagne de manifestations cliniques et neurophysiologiques qui en garantissent l'authenticité et légitiment d'une certaine façon son utilisation thérapeutique ou les tentatives qui en sont faites* » (4). Cette appréciation, qui apparaît comme définitive ("garantissent", "légitiment"), mais comporte également, assez curieusement, une certaine nuance ("d'une certaine façon"), fait appel à plusieurs prémisses qui ne sont pas explicites.

LÉON CHERTOK (1911-1991) ET MILTON H. ERICKSON (1901-1980) RÉHABILITENT L'HYPNOSE

Il convient de rendre hommage au Docteur Chertok, psychiatre et psychanalyste, d'avoir su défendre le fait hypnotique et démontrer que c'est au mépris de l'histoire qu'ont eu lieu les funérailles de l'hypnose en France. Cette approche hypnotique était alors essentiellement centrée sur les suggestions directes et indirectes pour l'induction et les suggestions post-hypnotiques à visée thérapeutique. Pour Léon Chertok, l'hypnose était considérée comme un « *quatrième état de l'organisme actuellement non objectivable* », dont les racines profondes vont jusqu'à l'hypnose animale.

L'approche Ericksonienne a révolutionné la pratique hypnotique. On parle alors de **nouvelle hypnose**.

Elle replace le sujet au centre de la pratique, prône une non-directivité et accompagne plus que dirige le patient. L'hypnose Ericksonienne est l'approche la plus pratiquée dans les pays occidentaux dans le domaine de l'hypnose. Selon l'approche Ericksonienne, l'hypnose apparaît comme un apprentissage qui permet au sujet d'aller trouver ses propres solutions aux conflits, ses propres ressources internes à mobiliser. Ces ressources ont toujours été là, mais la souffrance et un remodelage de la vie du sujet lorsque le symptôme est là, provoquent une levée de défenses qui en bloquent l'accès. Un équilibre, même s'il est pathogène, a été créé et ne peut se lever facilement : des résistances au changement veillent.

Les techniques Ericksoniennes vont permettre de les contourner. Pour Erickson, il n'y a pas besoin que le patient soit dans une transe profonde pour qu'il y ait une efficacité de la méthode. Le sujet va spontanément se placer au niveau de profondeur qui lui conviendra le mieux. La méthode est avant tout non directive, mais relève toujours d'une stratégie thérapeutique déterminée utilisant largement les métaphores. Le but de la thérapie Ericksonienne est toujours le changement, et la méthode une structuration particulière de la communication praticien/patient. Contrairement à la psychanalyse, on ne recherche ici ni le sens du symptôme ni son enracinement passé à réassocier. Le patient n'est pas non plus passif comme dans les autres modes hypnotiques de prise en charge inventés jusqu'à Erickson. La thérapie est co-construite. Établir le diagnostic revient, du point de vue du thérapeute, à comprendre le monde du patient et pour le sujet à se rendre compte de son symptôme, son expression, ses limites.

QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE MÉDICALE ?

L'hypnose est une disposition naturelle du psychisme humain. L'hypnothérapie est la mobilisation de cette disposition à des fins psychothérapeutiques. L'hypnose médicale est une hypnose tournée vers le soin. Son objectif est de rejoindre le patient là où il s'est arrêté et de proposer des changements de perception qui pourraient remettre le patient en mouvement. L'hypnose est le processus qui permet à une personne de retrouver sa place, de retrouver le mouvement, de revenir dans son corps et de s'ouvrir

à d'autres possibilités. Le champ d'action est large : les douleurs aiguës, chroniques (lombalgies, colopathies, douleurs neuropathiques, céphalées...), les addictions (tabac, boulimie, anorexie), les phobies, les stress post-traumatiques, les troubles de l'attention, l'anxiété, la dépression... L'hypnose reste cependant difficile à pratiquer avec des personnes souffrant de troubles dissociatifs : psychose, hallucinations, troubles paranoïaques. Elle ne doit être pratiquée que par des professionnels de santé.

QUELQUES IDÉES FAUSSES CIRCULANT AU SUJET DE L'HYPNOSE (5)

- L'hypnose est une forme de sommeil.
- Il est impossible de se souvenir de ce qui s'est passé pendant une séance d'hypnose.
- Il faut un don pour hypnotiser quelqu'un.
- L'hypnose est un état inhabituel, anormal et artificiel.
- Il faut être détendu pendant une séance d'hypnose.
- L'hypnotiseur fascine au moyen de son regard ou d'un pendule.
- Seule la transe profonde permet d'obtenir des résultats.
- L'hypnose n'est qu'un effet placebo.
- Si l'hypnose était efficace, cela se saurait et les médecins y auraient recours.
- L'hypnose permet de deviner ce qui se passe dans l'esprit.
- L'hypnose est dangereuse : c'est de la manipulation.

L'HYPNOSE : ÉTAT OU PROCESSUS (6) ?

En fait, l'ensemble des études montre, maintenant, que c'est un

mode de fonctionnement psychologique dans lequel un patient, qui va être accompagné par un praticien, va être emmené dans un état de conscience élargi. Ça veut dire que l'hypnose possède deux dimensions.

■ PREMIÈRE DIMENSION : LE PROCESSUS RELATIONNEL

L'hypnose ne peut pas se réduire à l'état hypnotique. L'hypnose, c'est avant tout être accompagnant en hypnose avec quelqu'un ; c'est-à-dire qu'il se développe une forme de communication et une forme de relation particulière entre le praticien et son patient ; c'est-à-dire qu'on est accompagné en hypnose à un moment donné. Si l'hypnose n'est pas une simple technique de suggestion, elle s'appuie cependant sur une relation d'influence. En cela il n'y a pas de changement en soi sans influence d'une altérité. Il s'agit de rendre la personne disponible au changement qu'elle recherche. Et c'est finalement l'alliance entre une certaine qualité d'accompagnement relationnel et un état de conscience modifié. C'est cette alliance entre les deux données, relationnel et dissociation, qui va constituer ce qu'on appelle la pratique de l'hypnose.

Hypnose = état + pratique.

■ DEUXIÈME DIMENSION : UN ÉTAT DE CONSCIENCE MODIFIÉ

Cette expression ne fait pas l'unanimité, car elle ne permet pas de saisir et comprendre ce qu'est véritablement l'expérience de l'hypnose et n'éclaire pas les processus à l'œuvre pour permettre un soulagement ou lâcher une addiction par exemple. D'autre part il ne s'agit pas d'un état stable. Aujourd'hui en termes de

neurosciences, on parle d'attention. Pour parler d'état modifié de conscience, il faudrait déjà savoir ce qu'est la conscience et ce qu'est un état non modifié de conscience. La conscience est elle-même en perpétuelle modification.

L'induction est le premier pas dans l'hypnose. La pratique de l'hypnose révèle l'existence de deux formes d'attention et s'appuie sur elles.

■ VEILLE CIBLÉE OU RESTREINTE

Lorsque nous sommes attentifs à une action précise, nous devons restreindre notre attention pour ne pas être distraits. Nous sommes alors dans cette perception réduite ou restreinte qui obéit à la raison ou qui permet l'accomplissement d'une tâche manuelle par exemple. Suivant les auteurs elle s'appelle « *conscience d'entendement* » (Hegel), « *veille restreinte* » (Roustang) ou « *attention sélective pour les neuroscientifiques* ».

■ VEILLE PARADOXALE OU GÉNÉRALISÉE

L'autre état se définit par une attention large, donc non focalisée qui ne saisit rien, ou tout à la fois. Elle est du registre de la sensation et la pensée comme mise en veille. La personne n'est pas dans l'exécution, elle se laisse ressentir ce qui l'environne sans l'analyser. Elle est « *âme sentante* » (Hegel) « *veille paradoxale ou perceptude* » (Roustang) et encore « *veille généralisée* », perception première. Cette attention est à rapprocher de la préattention des neurosciences qui reçoit et traite une foule d'informations vitales d'une manière réflexe. La veille restreinte comprend des activités ciblées qui

nécessitent une réflexion et une recherche intellectuelle tandis que la veille généralisée se définit comme une ouverture vers l'extérieur, vers le contexte.

L'état hypnotique est un état dans lequel le patient est à la fois détendu et en état d'hyperattention. Ce qui va caractériser cet état d'hypnose, c'est cette forme d'attention relaxante. L'état hypnotique est un état qui est différent du sommeil, qui est différent de la simple relaxation ou de la simple somnolence, qui est différent de la simple distraction ou d'une focalisation de l'attention ; c'est-à-dire d'une attention très pointue sur une tâche qu'on serait en train de réaliser. L'hypnose mobilise à la fois les circuits de la détente, et mobilise en même temps les circuits de l'hyperattention.

Pour quitter la veille dite restreinte et aller vers la veille généralisée, il faut traverser un troisième état que l'on peut qualifier de "brouillage des sens" ou de "confusion" pour laisser la place à la sensation pure. On peut parler aussi de dissociation au sens où il y a une mise à l'écart provisoire des modes de contrôle et de la volonté. La veille généralisée ou veille paradoxale est celle qui nous met en relation avec tous nos possibles tandis que la veille restreinte s'en tient aux données fournies par nos cinq sens et notre raison logique. L'imagination est le pivot de la veille paradoxale pour autant qu'elle soit ancrée dans le corps. C'est par cette fonction imaginative que l'on peut changer dans la réalité en y prenant une place plus confortable en accord avec notre statut de vivant.

■ 5 CARACTÉRISTIQUES DE CE PROCESSUS

- Sensations de relaxation musculaire qui induisent le sentiment de détente ; s'il y a de la relaxation dans l'hypnose, elle ne constitue qu'une manifestation parmi d'autres.
- Attention soutenue et absorption centrée ou focalisée sur un ou plusieurs objets.
- Absence de jugement, de contrôle et de censure.
- Suspension de l'orientation temporo-spatiale habituelle et du sens de soi.
- Expérience d'un accès à des réponses automatiques (sans effort ni délibération).

UNE SIGNATURE NEUROLOGIQUE DE L'HYPNOSE SOUS LE VOILE DE LA CONSCIENCE

L'imagerie cérébrale a permis de prouver qu'elle modifie effectivement le fonctionnement neuronal et a confirmé la réalité des deux étapes de l'hypnose.

Ce que l'on nomme dissociation s'accompagne d'un découplage fonctionnel entre des régions préfrontales liées au contrôle cognitif (fonctions exécutives) et le cortex cingulaire antérieur. Tout se passe comme si la transe hypnotique mettait en quelque sorte le cerveau gauche (rationnel, analytique) en veilleuse, permettant au cerveau droit (intuitif spontané) d'avoir pour quelques instants une activité dominante avec toutes ses caractéristiques. L'étape suivante décrite comme une "absorption mentale" se traduit par une activation coordonnée des circuits attentionnels du cerveau incluant

le tronc cérébral le thalamus et le cortex cingulaire antérieur ce qui facilite le champ d'alternatives expérientielles.

La transe hypnotique peut donc être assimilée un travail dissociatif conscient inconscient. Il existe probablement plusieurs types de matrices d'activation du cortex durant l'hypnose. Malgré cette variabilité, on note des constantes, c'est-à-dire que certaines zones sont activées de façon privilégiée : le cortex cingulaire antérieur qui joue un rôle clé dans les processus attentionnels et le contrôle cognitif ; le précuneus (une partie du lobe pariétal, également nommé lobe carré de Louis Achille Foville), le cortex occipital, le cortex temporal et les aires dites extrastriées du cortex visuel. Ces zones sont liées à la capacité du cerveau de produire des images mentales. Elles peuvent rendre compte des modifications des perceptions sensorielles, de l'utilisation d'images associées à un souvenir et des modifications de la commande motrice constatées pendant une séance d'hypnose. Ainsi, sans que l'on puisse préciser quel est le mécanisme exact neurobiologique responsable de l'hypnose, on connaît les zones activées lors du processus.

HYPNOSE, QUELLE EFFICACITÉ ?

Selon le rapport de l'INSERM évaluant l'efficacité de l'hypnose (7), il existe néanmoins suffisamment d'éléments pour pouvoir affirmer que l'hypnose a un intérêt thérapeutique potentiel, en particulier en anesthésie peropératoire ou dans la colopathie fonctionnelle (côlon irritable). Les données

actuelles sont insuffisantes voir décevantes dans d'autres indications comme le sevrage tabagique ou la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement. Des études qualitatives conduisent cependant à relativiser la portée de ces conclusions : les bénéfices de l'hypnose tels que formulés par les patients ont du mal à être traduits en termes numériques à l'aide des instruments cliniques habituellement utilisés dans les études. Par exemple, dans le traitement de la douleur, c'est l'impact émotionnel de la douleur qui serait réduit par l'hypnose plus que l'intensité de la douleur elle-même.

La difficulté majeure est que les personnes qui font actuellement de la recherche ne connaissent pas les méthodes qualitatives et, tant que l'on reste sur la seule EBM (Evaluation Based Médecine), l'étude des effets, voire de l'efficacité (qui sous-tendent les indications), sera toujours restreinte.

HYPNOSE ET TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES (8)

Une conduite est addictive quand un sujet de manière impulsive recourt à un comportement ou à l'usage d'un produit pour rétablir son homéostasie interne. Il nous faut comprendre que l'addiction constitue une tentative adaptative, une fausse solution, certes, mais pour un vrai problème. La relation addictive nécessite un objet présent, stable, fidèle et prévisible, c'est-à-dire l'inverse de l'imaginaire parental dans certains cas et les études sont nombreuses pour confirmer le fait qu'un attachement insécurisé est source d'une vulnérabilité addictive. L'addiction, c'est quand la passion l'emporte

sur la raison et ce quel que soit le produit ou le comportement d'addiction. L'addiction est la perte du contrôle des mécanismes naturels de la gestion des sensations et des émotions. Nous avons en nous ces circuits psychobiologiques de mise en route du plaisir et des émotions et les addictions (au produit surtout) viennent détourner ces circuits à leur avantage. Nous pouvons parler de holdup de détournement des systèmes de contrôle du plaisir et des émotions au bénéfice du produit ou de la conduite d'addiction. L'addiction devient maladie addictive dès lors que cela empêche d'être avec les autres, dès lors que l'objet se substitue à une relation authentique. Dans les troubles des conduites alimentaires, il est possible de parler "d'hypnose négative" ou de focalisation pathologique sur la nourriture et les repas. Si elles sont choisies avec discernement et appliquées adéquatement, les techniques hypnotiques peuvent être des outils très utiles dans le traitement de l'anorexie mentale et des syndromes boulimiques. Bien que les recherches contrôlées soient encore rares, quelques données mentionnent l'efficacité de l'approche hypnothérapique dans les troubles des conduites alimentaires. Dans une première phase, l'hypnose peut être utile pour : apprendre à se relaxer, augmenter la motivation changement, redécouvrir la possibilité de contrôler le comportement alimentaire, débusquer des idées irrationnelles, avoir une meilleure estime de soi. L'utilisation de ces techniques peut permettre aux patientes de rentrer en contact avec des parties de leur vie psychologique qui ont été dissociées de manière inadaptée.

Parallèlement au travail du thérapeute qui peut utiliser l'outil hypnotique, les patients vont apprendre à s'en servir en s'appropriant leurs propres techniques (autohypnose). L'hypnose va donc permettre au patient qui se bat contre sa (ou ses) addiction(s) de remettre en mouvement la fluidité de sa pensée. Elle l'aide à lâcher ses compulsions alimentaires. Elle l'aide à avancer, suite à une succession d'événements post-traumatiques (parfois mineurs en apparence) ayant fait fonction d'obstacles. Dans un premier temps, l'hypnose va permettre de redonner au patient une place, que l'on peut nommer « espace vital ; il s'agit d'un périmètre de sécurité à l'abri des sollicitations, donnant libre cours à ses envies et ses passions.

■ L'HYPNOSE FAIT-ELLE MAIGRIR ?

Non ce n'est pas l'hypnose qui fait maigrir. Concernant l'hypnose, il n'y a pas à notre connaissance d'études scientifiques solides qui montrent qu'elle soit durablement efficace dans la perte de poids, et le maintien du poids ensuite. Mais il est possible en revanche que l'état d'hypnose permette de modifier la relation aux aliments et aux croyances qui les entourent.

Au cours d'une séance, l'hypnothérapeute guide le patient vers transe hypnotique, propre à le faire communiquer avec la partie subconsciente de son cerveau. En s'adressant à cette partie du cerveau, il installe progressivement, avec le plein accord de la personne hypnotisée, de nouveaux automatismes. En état d'hypnose, il est possible de changer la perception que la personne a de certains aliments, la rendre indifférente aux produits hypercaloriques, développer une attirance pour les fruits et légumes ou encore transformer sa vision d'un moment de convivialité. La personne en état d'hypnose est amenée à se regarder vivre. Elle prend ainsi conscience de ses agissements et de ses mécanismes et peut chercher de nouvelles réponses à ses besoins. Avec le temps, environ trois semaines, ces nouveaux réflexes s'assemblent et on développe de nouveaux automatismes qui, progressivement, vont remplacer les anciens. Le processus hypnotique permet d'amplifier la sensorialité, l'imagination et le pouvoir créateur des patients.

CONCLUSION

L'hypnose, grâce aux recherches actuelles, réapparaît dans le

champ médical comme un outil digne d'intérêt, lorsqu'il est entre de bonnes mains, c'est-à-dire, dans celle d'un thérapeute formé à cette approche et ayant une solide expérience surtout sur ce qui se passe dans la relation médecin-malade au niveau psychologique. Si cette pratique ancestrale, et pourtant longtemps bannie en France, collectionne les succès à l'hôpital (en particulier dans le champ de la douleur), l'hypnose n'a pas encore révélé tous ses mystères. La seule connaissance de l'hypnose ne suffit pas pour se proclamer thérapeute. Méfions-nous des prédateurs de vulnérabilités ! Les techniques hypnothérapeutiques ne sont pas des tours de magie, mais des instruments créatifs s'intégrant dans un traitement multidimensionnel. ■

✘ G. Ostermann déclare avoir des liens d'intérêts avec Larena Santé.

MOTS-CLÉS

Hypnose, Autohypnose, Troubles des conduites alimentaires

KEYWORDS

Hypnosis, Autohypnosis, Food intake disorders, Psycho-therapeutic



Bibliographie

1. Stengers I. Qu'est-ce que l'hypnose nous oblige à penser ? *Ethnopsy : suggestion, psychanalyse, hypnose effet placebo*, n° 3, 13-68, 2001.
2. Bioy A. *L'hypnose, Interdictions*, 2007.
3. Bioy A. Une nouvelle définition internationale de l'hypnose, *revue hypnose et thérapies brèves* n° 39, novembre/décembre/janvier 2016.
4. Vercueil L. De quoi l'hypnose est-elle le nom ? *Sciences et pseudo-sciences*, n° 313, 2015.
5. Haag P, Roudil-Paolucci N. *L'hypnose, idées reçues, le cavalier bleu*, 2010.
6. Benhaïem JM, Roustang F. *L'hypnose ou les portes de la guérison*, Odile Jacob, 2012.
7. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. « Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose », rapport Inserm remis à la DGS, mai 2015.
8. Vanderlinden J. Hypnose et troubles du comportement alimentaire. In : *Traité d'hypnothérapie sous la dir. Bioy A. et Michaux D. Dunod*, 2007.