



Gérard Ostermann

Professeur de
thérapeutique,
Médecine interne,
Psychothérapie.
Président du
Collège régional
des alcoologues
aquitains,
Responsable du
Diplôme d'université
de pathologie de
l'oralité, Bordeaux.

De l'anorexie à la dépendance aux toxiques... L'hypnose face aux addictions

Le patient dépendant de l'alcool perd sa liberté de penser et peu à peu son autonomie physique. Face à cette double dégradation qui marginalise le patient, les soins s'avèrent complexes. En effet, le patient va prendre conscience au décours du sevrage, des conséquences de sa conduite addictive passée. L'hypnose favorise la remise en mouvement de la pensée avec le rétablissement de la fluidité émotionnelle. Le concept d'« espace vital », aide le patient à recouvrir son autonomie, par la reconnaissance d'une « place » dans la société, avec une meilleure maîtrise de l'anxiété et mise à distance de la honte. L'hypnose offre une dimension nouvelle pour la réalisation des sevrages en alcool, dans l'espace vital. Elle participe au rétablissement de la pensée libre et à l'expression du corps.



Pascal Vesprumis

Spécialiste en
médecine générale,
Saint-Brieuc. Maître
de stage enseignant
pour la faculté
de médecine de
Rennes. Attaché de
consultations dans
le service de liaison
d'addictologie du CH
de Saint-Brieuc.

« *J*e n'ai pas pu m'en empêcher Docteur... Hier je suis allé acheter une bouteille de whisky dans la superette du quartier... Je l'ai bue le soir en rentrant et je ne sais pas pourquoi... Par contre aujourd'hui, je suis épuisé et je regrette d'avoir bu !... » Ce discours peut s'entendre à l'identique chez un patient consommateur d'héroïne, de cocaïne ou de tabac (allant jusqu'à faire une sortie nocturne pour trouver un bureau de vente de tabac ouvert !). Ces paroles peuvent également s'appliquer aux patients au comportement boulimique... « *J'ai fini les trois boîtes de gâteaux, puis j'ai mangé n'importe quoi... des pâtes, un reste de purée et des barres de céréales chocolatées. Entre 21 h et 22 h.* » Quant aux patients dont la conduite alimentaire s'apparente à l'anorexie, ils décrivent une souffrance à faire (à manger) aussi intense que celle vécue par les autres patients addicts (héroïnomanes, cocaïnomanes...) à ne pas faire (à ne pas consommer de toxiques) !

Au-delà du « pourquoi en sont-ils là », nous nous posons souvent la question « comment les en sortir », mais *pouvons-nous et devons-nous les en sortir ?* Ce dont il faut se méfier le plus, en tant que thérapeute c'est de notre désir de les voir arrêter leurs conduites addictives. Comme le souligne Pascal-Henri Keller¹ en citant Édouard Zarifian, le soignant ne peut penser ou désirer à la place du soigné et que « savoir écouter pour le soignant, c'est pouvoir mériter le savoir qui le patient détient sur lui-même² ». Ne devrions-nous pas simplement poser la question sui-

vante : « Comment pourront-ils s'en sortir, quand ils le décideront ? » En effet, seule leur décision sera suivie d'effet.

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 interne³. Par exemple, une anorexique n'est pas uniquement une jeune fille qui ne mange pas et que l'on peut considérer comme guérie dès qu'elle se remet à manger. C'est quelqu'un qui ne sait pas comment vivre, sinon en cessant de manger. La préoccupation de la personne dépendante c'est d'arrêter, alors que de l'extérieur elle est perçue comme une personne qui passe son temps à faire usage. C'est une expérience désespérante pour les personnes dépendantes et l'entourage a un vécu de frustration. L'addiction, c'est mettre une sensation à la place d'une émotion, l'addiction c'est même mettre une sensation à la place d'une émotion liée à une relation. Ce sont en effet les difficultés de la relation qui amènent les sujets à avoir des comportements addictifs. Il nous faut comprendre que l'addiction constitue une tentative adaptative, une fausse solution, certes mais pour un vrai problème. Les conduites addictives peuvent être considérées comme des modalités de régulation de l'équilibre psychique du sujet face aux menaces de perte que représente la problématique de séparation-individuation qui se rejoue à partir de l'adolescence. L'ad-

diction est un ensemble de processus pouvant s'appliquer sur n'importe quel objet d'addiction. L'être humain est un être d'addiction et de valeurs.

Le recours au comportement addictif survient lorsque les moyens habituels de régulation, ressources internes du sujet et étayage sur les objets externes, sont débordés. La relation addictive nécessite un objet présent, stable, fidèle et prévisible, c'est-à-dire l'inverse de l'imgo parentale dans certains cas et les études sont nombreuses pour confirmer le fait qu'un attachement insécuré 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 *hold up* 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.

Se sevrer d'une drogue, cela ne marche que pour ceux qui n'en ont pas besoin parce que sinon on retire la solution (même paradoxale !) et pas le problème. Ce dernier est le sevrage. C'est bien de sevrage dont il s'agit mais pas de celui qu'on croyait. Si un sevrage en cache un autre, c'est que « la drogue » cache « la Mère » (ce n'est pas tant la mère réelle qui est visée ici, « la Mère », c'est le personnage mythique qui est impliqué dans la constitution

de l'objet d'amour primordial). Il est vrai que nous ne parlons pas ici du passage à une alimentation solide, nous abordons le sevrage comme moment fondamental du développement de la subjectivité. De cette étape, c'est sans doute D. W. Winnicott⁴ qui en a le mieux rendu compte.

Rappelons ainsi qu'en tant que soignants face à un patient addict, nous n'avons qu'une seule fonction à assumer : *celle de témoin*. Témoin de sa volonté de changer, de sa décision de commencer à changer. Notre présence auprès du patient doit lui permettre de trouver ou de retrouver à son rythme, son autonomie. Il doit pouvoir croire en sa capacité à être seul⁵.

Que signifie hypnose et comment agit-elle?

François Roustang parle d'état de veille paradoxale : cette approche traduit bien l'état de grande réceptivité et sensibilité dans lequel se trouve le patient (sans état de conscience modifiée). Grâce à la confusion induite par nos propos, ou par une approche sensitive, motrice ou sensorielle, le patient accède ainsi à cet état de paix intérieure (perceptude) ou perception élargie.

1 - Keller, P.-K., (2001) *Médecine et Psychosomatique*. Paris : Flammarion, coll. « Dominos ».

2 - Zarifian, E., (1999) *La force de guérir*. Paris : Odile Jacob.

3 - Goodman, A. (1990) Addiction: definition and implications. *Br. J. Addiction*, 85, 1403-8.

4 - Cf. son article de 1951, « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », repris en 1971 (en 1975 pour la trad. fr.) dans *Jeu et réalité*.

5 - À propos d'incapacité à être seul, D. Winnicott reconnaît « l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif », Winnicott, D. W., (1948/1999) *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot.



17 au 21 septembre 2012 – Nancy (54)

L'art de la rencontre

Des apports de l'éthologie sur le comportement animal aux notions d'attachement et d'empathie, qu'est-ce qui définit la rencontre ? Pourquoi la rencontre est-elle si difficile lors des situations de crise dans le domaine de la psychopathologie et quelles sont les conditions d'une vraie rencontre dans notre pratique quotidienne avec nos patients ?

La rencontre est-elle un art ou une technique psychothérapeutique ? Peut-on parler de neurobiologie de la rencontre ? Quelles relations entre la notion de transfert et celle de rencontre ? La rencontre est-elle nécessaire au changement ? Quels sont les aspects de la rencontre avec l'adolescent, des toutes premières interactions mère enfant, de la rencontre via internet ? Quelle peut-être l'influence de la culture ? Peut-on parler d'une éthique de la rencontre ? Tels sont les thèmes d'échanges et de réflexions.



Intervenants

Joëlle Lighezzolo-Alnot, Jean-Jacques Chavagnat, Bernard Kabuth, Boris Cyrulnik, Yves Coppens, Jean-Didier Vincent...

Renseignements et inscription

www.lartdelarencontre.fr

>>>



32,50€

P35-35

Soigner l'anorexie

Colette Combe
Dunod

Coll. « Psychothérapies »

2009 – 384 p.

L'anorexie est une maladie mystérieuse. Face à la complexité de son énigme, tous nos repères habituels de soin se trouvent abolis. Désarmés, nous devons ainsi tracer un chemin soignant dans cette désorganisation partagée car dans ce chaos résident aussi des désirs meurtris et des forces de guérison que nous avons à faire vivre.



29,00€

P36-35

L'aide-mémoire d'hypnose

Antoine Bioy (dir)
Dunod

Coll. « L'aide mémoire »

2010 – 312 p.

Fortement centré sur la pratique, cet aide-mémoire présente également l'état des connaissances actuelles pour chacune des 50 notions qui y sont présentées. La question de la douleur, domaine privilégié de recours à l'hypnose, y est largement traitée.

Pour Winnicott, « l'hypnose permet de fonctionner de nouveau au travers et au-delà de l'événement, par une parole, un trait sur une feuille... ou un simple geste. [...] Il est vraisemblable qu'un tel geste guérisseur ne serait pas possible sans la participation du thérapeute. Même s'il est immobile, ou en apparence immobile, il doit être lui-même dans son geste plénier : le corps investi par une pensée qui ne se pense plus elle-même, mais qui est occupé à se mettre en correspondance avec le geste qui tente de s'effectuer en face de lui, qui se dessine, s'interrompt, se reprend et s'achève⁶ ».

L'impression de ne rien faire durant une séance d'hypnose, témoigne de cet accord thérapeutique, opérationnel et mystérieux, qui s'établit entre patient et thérapeute. François Roustang⁷ nous le rappelle : « Ce qui caractérise le mieux le savoir humain, c'est donc le rien, qui n'est pas un manque de savoir, ou une ignorance qui pourrait être corrigée. Tout ce que l'on peut apprendre pour devenir sage et savant, c'est à savoir que, irrémédiablement, on ne sait rien, c'est demeurer au niveau du non-savoir. »

L'hypnose permet une reconnaissance rapide des émotions

Pouvant les identifier plus facilement, le patient peut se protéger de celles qu'il refuse de subir. Nous pouvons préciser que l'impact de ces émotions peut être lourdement conséquent sur la relation thérapeutique. Quel médecin peut en effet accueillir avec le sourire et dans un esprit de détente partagée, un patient qui nous est conduit à 19 h 30 en état d'ivresse aiguë pour la énième fois, et qui entre dans la salle d'attente, avec des vêtements imprégnés d'alcool (et autres) ?

À propos de la honte, Jean Maisondieu⁸ aborde d'une manière pragmatique la genèse et l'entretien d'un sentiment de honte, nourri par la culpabilité sous-jacente chez ce même patient alcoolodépendant. Lorsqu'il boit, il se dégoûte et boit encore plus. Il aggrave ainsi son rejet de la part de l'entourage. Se retrouvant d'avantage écarté de notre environnement, il boit et reboit, etc. Nous expliquons tous les jours aux patients (et à leur famille) que la dépendance à l'alcool s'inscrit dans le grand lexique des maladies. Mais le regard de la société refuse encore d'aborder la réalcoolisation comme une simple rechute de pathologie chronique. Lorsqu'un patient suivi pour une maladie diabétique se retrouve en hypoglycémie sévère, le regard sociétal admet à juste titre et encourage une prise en charge médicale rapide et adaptée (avec l'intervention du Samu si nécessaire). Face à l'alcool, le jugement populaire sévit avant que l'approche médicale n'ait pu s'occuper du patient. Le patient addict de l'alcool n'est pas un malade comme

les autres, puisqu'il reste porteur d'une tenue de prisonnier : la société le condamne à vie pour faute « puisqu'il boit ».

C'est face à cette problématique de la honte que l'hypnose entre en jeu en tout premier lieu, favorisant le détachement suffisant pour permettre au patient et au thérapeute d'entrer dans une relation « médecin-malade » – comme défini par Michael Balint – de qualité, où le respect mutuel autorise l'avancée en dehors du jugement. Tout soin s'il est dénué de jugement est déjà thérapeutique. L'hypnose permet comme dans l'approche post-traumatique, de détacher la culpabilité, du ressenti douloureux du corps et de l'esprit face à l'alcool.

Pour Pascal Verproumis, « depuis [qu'il] pratique l'hypnose avec les patients addicts, [il s'appuie sur l'idée que toute journée sans alcool, ou produit, est une journée de vie gagnée, peu m'importe le contexte de récurrence, puisque par définition toutes les pathologies chroniques s'inscrivent dans la durée, avec des rechutes ». 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 (par autohypnose). L'hypnose va donc permettre au patient qui se bat contre son (ou ses) addiction(s), de remettre en mouvement fluidité de sa pensée. Elle l'aide à lâcher son contrôle pathologique sur la prise de boissons alcoolisées. 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'espace vital rétablit la fluidité de la pensée et ne signifie nullement espace d'isolement.

Comme nous l'avons précisé auparavant, souffrant d'une incapacité à être seul, le patient va devoir apprendre à s'éloigner de l'autre, progressivement, par respect de l'équilibre sociétal, sans rompre de façon irréversible et totale, les attaches familiales (si le contexte le permet). L'espace vital doit aider le patient à redéfinir la distance à l'autre. Cette notion explique d'ailleurs l'avance de la parole⁹, comme un moyen de remplacer les mots éteints du patient, pour réapprendre à communiquer avec les autres. En reprenant conscience de l'espace vital d'autrui, le patient s'engage sur la voie de l'autonomisation et de la resocialisation. L'espace vital, dimension purement virtuelle, offre au patient un lieu de protection (lieu sûr ou *safe place*) quand il le souhaite. Quel que soit l'état clinique du patient, le thérapeute peut rapidement l'ai-

der à définir son espace vital pour qu'il en fasse un lieu propre, sans alcool, où les personnes à risques n'y seront pas les bienvenues.

La notion qui aujourd'hui nous apparaît essentielle demeure le travail dans le présent. Ne pouvant rien changer au passé, et ne pouvant se projeter dans l'avenir, le patient va apprendre à s'installer dans l'instant. L'hypnose va en effet (re)situer le patient dans le présent afin d'éviter qu'il ne soit submergé par son passé, ou terrorisé par son avenir. Pour maintenir un temps suffisant le patient dans l'instant, afin qu'il trouve la force suffisante d'ancrage dans le présent, nous allons proposer au patient une prise en charge multidisciplinaire, où chaque intervenant va jouer un rôle complémentaire d'aide à la reconstruction identitaire.

L'hypnose n'a pas la prétention de se substituer à une psychothérapie analytique ou cognitivo-comportementaliste. Elle s'inscrit dans une étape de la prise en charge du patient, pour lui redonner une place. Ayant déçu son entourage par ses tentatives répétées de sevrage sans résultat à plus long terme, le patient qui boit, disparaît en effet peu à peu de notre vision, de notre écoute, de notre monde. Pensant garder le contrôle de la situation, il refuse souvent l'abstinence et continue de consommer quelques boissons alcoolisées. Mais celles-ci entretiennent l'appétence pour l'alcool et favorisent un basculement dans la réalcoolisation. Naturellement, par ses effets antidépresseurs, anxiolytiques et « dopants », l'alcool renforce dans un premier temps la toute-puissance du patient, et le conforte dans son apparente maîtrise. Mais la réalité le rattrape vite.

En conclusion

Ainsi face aux addictions, l'hypnose offre un outil thérapeutique supplémentaire, basé sur la mobilisation entière du patient, avec une mise à distance temporaire des émotions, dans le respect et l'humanisme qu'impose chaque soin. Il est important de considérer qu'il existe une intentionnalité positive chez le patient. De même il convient de « renforcer la part positive du patient, c'est-à-dire ce qui chez lui et ses comportements, n'est pas touché par l'alcool et reste préservé. Il peut être intéressant de travailler avec le patient sur les stratégies de substitution : concernant les moments de pause, quelle alternative à une consommation ? Comment aborder autrement les moments d'ennui ? Quels plaisirs dans les moments d'action ou trop routiniers ?¹⁰ « Se laisser imprégner par la présence de l'autre, de telle sorte qu'on soit attentif au moindre signe (même sans le savoir) et qu'on puisse véritablement entrer en relation. Cette curiosité nous manque toujours quand nous nous reposons sur des théories établies. Une des grandes difficultés de la thérapie est d'être précisément sans référent et sans références, d'oublier tout ce que nous savons pour pouvoir écouter. Je crois même que Freud a dit des choses tout à fait semblables. Dans ses bons jours, il avait des mots très pertinents pour définir la thérapie... L'essentiel du travail du thérapeute consiste à ne rien faire » C'est ce qu'on appellera l'ignorance étoilée !

6 - Winnicott, D. W., (1948/1999) *De la pédiatrie à la psychanalyse*, op. cit

7 - Roustang, F., (2009) *Le secret de Socrate pour changer la vie*. Paris : Odile Jacob, p. 12.

8 - Maisondieu, J., (1992) *Les alcooléens*. Paris : Bayard.

9 - Ostermann, G., et Rigaud, A. (2010) Comment faire l'avance de la parole chez un patient alcool-dépendant, *Psycho media*, n°26, p. 66-70.

10 - Bioy, A., Wood, C. et Célestin-Lhopiteau, I., (2010) *L'aide-mémoire d'hypnose en 50 notions*, Paris : Dunod, coll. « Les outils du psychologue ».



CENTRE INTERNATIONAL DE PSYCHOSOMATIQUE C.I.P.S

56 Avenue Mozart, 75016 Paris

Tél / fax: 01 45 20 28 75

FORMATIONS

- **Formation de Thérapeute en psychosomatique**
- **Formation à la Recherche en psychosomatique**
- **Formation à la Psychosomatique et relaxation**
- **Formation à la Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte**
- **Formation Art et psychothérapie**
- **Groupes de parole en psychosomatique**
- **Supervision pour thérapies individuelles et thérapies de groupe**
- **Initiation à la psychosomatique (formation à distance)**

Colloque international « Cancer et psychosomatique relationnelle »

SAMEDI 9 JUIN 2012

PARIS

Pour tout renseignement et inscription, s'adresser au
Centre International de Psychosomatique - tél. : 01 45 20 28 75 - <http://cips-psychosoma.org> - mail : c.i.psychosoma@wanadoo.fr