



L'hypnose médicale

sous la direction du
Dr Jean-Marc Benhaiem

MED-LINE →
Editions

MED LINE ÉDITIONS

12, rue du Texel - 75014 Paris

Tél. : 01 43 35 40 32

Fax : 01 43 21 05 00

E-mail : InLine75@aol.com

www.med-line.fr

Directeur de la collection :

Dr Serge Perrot

Composition & mise en page :

KOLAM Information Services Pvt. Ltd.,

Pondichéry, Inde

www.kolamindia.com

HYPNOSE MÉDICALE

ISBN : 284678-032-3

© 2003 MED-LINE ÉDITIONS

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

L'usage de l'hypnose dans le traitement de la dépression

Eric BONVIN

1. Introduction

L'usage de l'hypnose dans le traitement de la dépression a été longtemps déconseillé, voire même proscrit. Mais est-ce que l'interdit qui plane sur ce sujet se base sur des arguments convaincants et cela signifie-t-il pour autant qu'hypnose et traitement de la dépression soient incompatibles ? Certainement pas et le contenu de ce chapitre va permettre de défendre un point de vue radicalement opposé, assurant une place intéressante à l'hypnose dans le traitement de la dépression. Nous tenterons donc rapidement d'esquisser quelques lignes de *compréhension sur le fossé qui a longtemps séparé traitement de la dépression et hypnose*. Nous pourrons ensuite plus librement explorer la *symptomatologie dépressive en la plaçant sous l'éclairage des phénomènes hypnotiques*, pour finalement aborder les *possibilités et les limites de l'usage de l'hypnose dans le traitement de la dépression*.

2. Hypnose et traitement de la dépression : l'alliage est-il possible ?

L'interdit qui a longtemps pesé sur l'usage de l'hypnose dans le traitement de la dépression (notamment durant le xx^e siècle) fut fondé sur des représentations relatives autant à la dépression qu'à l'hypnose elle-même. À la suite de Freud, la dépression a longtemps été considérée comme la résultante d'un retournement des pulsions agressives contre soi-même. Dans le même temps, on le sait bien, l'hypnose fut longtemps considérée comme un phénomène induisant l'effondrement des défenses, voire la dissolution du Moi du sujet hypnotisé. Ce dernier perdrait ainsi le contrôle de lui-même et se trouverait à la merci de l'hypnotiseur. L'amalgame de ces deux représentations a constitué la charpente de l'interdit qui abritait l'idée selon laquelle l'hypnose serait dangereuse dans le traitement de la dépression car elle favoriserait à la fois un passage à l'acte fatal, une dissolution totale du Moi du sujet dépressif et une trop grande dépendance à l'égard du thérapeute. À la lumière de nombreuses années d'expérience et de recherches sur ces sujets, il faut cependant reconnaître qu'aucun de ces faits n'a réellement été démontré et, de plus, ces représentations tant de la dépression que de l'hypnose sont de plus en plus obsolètes. En effet et de façon très sommaire, soulignons simplement que la dépression est aujourd'hui davantage considérée comme une sorte de panne, de fatigue du sujet (Ehrenberg, 1998), plutôt que comme un état d'agressivité particulier ;

d'autre part, nous savons bien maintenant que l'hypnose n'induit aucune dépendance vis-à-vis de l'hypnotiseur pas plus qu'une perte de contrôle du sujet sur lui-même !

Mais c'est aussi dans le champ de l'hypnose clinique que l'on a lourdement dissuadé les praticiens de faire usage de cette technique dans le traitement de la dépression. En effet, les tenants de l'hypnose américaine contemporaine (Hilgard, Weizenhoffer, etc.) ont soutenu l'idée selon laquelle les personnes dépressives seraient peu, voire pas hypnotisables ou suggestionnables. Cette conception de l'hypnose apparaît cependant erronée à l'heure actuelle. En effet, nous observons que l'hypnose est un état naturel propre aux humains – fussent-ils atteints de troubles mentaux, affectifs ou comportementaux – autant qu'aux animaux. Cet état se présente même spontanément et quotidiennement chez les êtres vivants. Nous savons aussi que l'induction de cet état dans un contexte thérapeutique ne dépend pas des aptitudes du patient à entrer en transe ou à être réceptif aux suggestions du thérapeute mais plutôt à la qualité de la relation qui s'établit entre le soignant et le soigné (Yapko, 1992).

3. Symptomatologie dépressive et phénomènes hypnotiques

Avant d'évoquer l'usage de l'hypnose dans le traitement de la dépression, il apparaît nécessaire de mieux comprendre quelles sont les dimensions qui sont en jeu dans le vécu de l'état dépressif et sur lesquelles l'hypnose serait susceptible d'avoir prise. Nous pouvons pour cela reprendre la symptomatologie la plus fréquente dans la maladie dépressive sous l'éclairage des indices de transe physiologiques (catalepsie) et psychologiques (dissociation) (Salem et Bonvin, 2000). Nous allons très vite découvrir en progressant dans cette exploration à quel point transe hypnotique et dépression recouvrent des dimensions de l'expérience vécue qui sont proches, pour ne pas dire familières, l'une de l'autre.

4. Symptomatologie dépressive en relation avec les phénomènes cataleptiques de la transe

La catalepsie, qui se définit comme une inhibition des mouvements volontaires du sujet, représente (avec la dissociation) une manifestation

caractéristique de l'état de transe hypnotique (Bonvin, 2000). Or il se trouve que la catalepsie est particulièrement fréquente dans la symptomatologie dépressive. Elle se manifeste le plus souvent sous la forme d'un ralentissement psychomoteur, d'une rigidité des postures ainsi que de tensions importantes accompagnées de nombreuses manifestations douloureuses. Des distorsions sensorielles peuvent être présentes comme une diminution de la conscience sensorielle du plaisir, une altération des perceptions de son propre corps ainsi qu'une amplification des perceptions douloureuses ou désagréables (somatisations). Enfin, nous assistons aussi à de véritables « automatismes psychomoteurs » avec des gestuelles (ou mimiques) involontaires, répétitives et figées.

5. Symptomatologie dépressive en relation avec les phénomènes dissociatifs de la transe

L'autre phénomène caractéristique de la transe hypnotique est la dissociation mentale. Celle-ci se caractérise par un ensemble de modifications dans le fonctionnement cognitif et la conscience d'un sujet amenant une séparation entre un ensemble d'activités mentales et le courant principal de la conscience (Bonvin, 2000). Ce nouvel ensemble d'activités devient autonome et peut aller jusqu'à induire, chez le sujet, le sentiment qu'elle appartiendrait à une autre personne. Or, là aussi, il se trouve que la dissociation caractérise un bon nombre de manifestations de l'état dépressif. Les affects du sujet dépressifs accompagnés de pensées automatiques se désolidarisent littéralement du contexte dans lequel il évolue pour se figer sur une tonalité triste, douloureuse, voire angoissante, totalement polarisée vers un passé inexorablement douloureux et récuratif. Parmi les manifestations plus subtiles de l'état de dissociation, il en est deux qui, se potentialisant l'une l'autre, sont particulièrement délétères dans l'état dépressif : les distorsions temporelles et mnésiques. En effet, nous assistons lors de l'état dépressif à une submersion du vécu dans une reviviscence récurrente et permanente d'un passé dont l'hypermnésie amplifie inexorablement les expériences douloureuses et morbides. Nous assistons alors à des phénomènes de régression en âge particulièrement mortifiants. Cette inflation du passé se fait inévitablement au détriment de l'expérience présente et des perspectives d'avenir qui deviennent totalement insignifiantes. En effet, le présent se trouve littéralement annulé car systématiquement utilisé comme scène des projections douloureuses du passé. L'expérience présente est ainsi totalement décontextualisée et nous assistons fréquemment à de véritables

modifications des perceptions en relation avec autrui ou avec l'environnement, ces derniers étant perçus comme hostiles ou rejetants. Le sujet n'accède plus à la perception des rétroactions qui lui viennent de son environnement. L'avenir est lui-même tout autant contaminé par cette inflation de l'expérience. Toute orientation de la conscience de la personne dépressive vers l'avenir est littéralement renvoyée au vécu douloureux du passé et cette personne se trouve face à un rétroviseur dès qu'elle tente de scruter l'avenir. Il s'agit en d'autres termes d'une dynamique de progression en âge dont le contenu serait exclusivement et paradoxalement celui d'une régression en âge. Il apparaît ainsi plus clairement pourquoi toutes les attentes du sujet (même thérapeutiques !) sont inexorablement négatives pour être finalement totalement épuisées. Le cours des événements de la vie du sujet dépressif se fige à défaut d'alternance et de rythme entre les différentes facettes de l'expérience vécue.

Enfin, et de façon plus globale, il apparaît clairement qu'avec l'état dépressif, l'alternance des différents états de conscience qui modulent le rythme circadien sont particulièrement perturbés. Nous assistons à des troubles du sommeil profond et paradoxal ainsi qu'à des troubles de la vigilance (veille ordinaire). L'observation des différentes manifestations de transe qui apparaissent avec la maladie dépressive, nous amène à supposer une sclérose de l'état de *veille paradoxale* (Roustant, 1994) qui se manifeste par un véritable état pathologiquement figé de transe.

Forts de ces quelques observations, il nous faut bien avoir à l'esprit qu'une personne souffrant de dépression est très souvent une personne à qui l'imagination fait mal, chez qui l'évocation du passé rend l'expérience du présent littéralement insupportable et la perspective de l'avenir tout simplement inimaginable. Puisqu'elles ne peuvent se dérouler dans une perspective d'avenir, ses attentes n'ont de place pour s'exprimer que dans l'étroitesse urgente de l'immédiateté. Elle revendique donc souvent des résultats thérapeutiques immédiats dont l'impossible réalisation vient confirmer la fatale répétition du passé et alimenter l'absence d'espoir. Autant dire aussi que sa motivation dans la thérapie est quasi inexistante tant elle a abandonné tout espoir de changement.

6. Intégration de l'hypnose dans le traitement de l'état dépressif

Avant d'aborder les possibilités thérapeutiques de l'hypnose dans le traitement de la dépression il est nécessaire de bien préciser le cadre

éthique dans lequel elles pourront être appliquées. En effet, avant d'ajuster les liens que l'on pourrait tisser entre hypnose et dépression il convient de préciser qu'elles se trouvent toutes deux sur des niveaux conceptuels très différents. Parler de dépression, c'est évoquer une entité diagnostique basée, dans notre culture, sur une sémiologie propre à une population d'individus. La sémiologie retenue (DSM-IV, CIM-10, etc.) pour fonder ce diagnostic est déterminée par consensus au sein d'un groupe d'experts (Pignarre, 2001). Cette sémiologie permet de sélectionner les sujets pouvant être inclus dans cette population indépendamment de la singularité des personnes qui la composent. La psychiatrie dispose ainsi d'un outil diagnostique qui, s'il vise la détection d'une pathologie en relation avec une souffrance grave, contient aussi le risque d'un usage excessif conduisant, nous le savons aujourd'hui trop bien, à des diagnostics de dépression abusifs.

L'hypnose thérapeutique repose, pour sa part, sur un phénomène relationnel qui prend forme entre deux personnes singulières, le patient et le thérapeute, et dont l'issue dépendra essentiellement de l'attention portée à la singularité de ce premier. L'ajustement relationnel que requiert l'hypnose exige du thérapeute qu'il respecte la singularité du patient quel que soit son diagnostic ou la nature de sa souffrance. Chaque patient est différent et seul à être légitimé pour définir son monde. Mais aussi, chaque transe ou chaque séance d'hypnose est une aventure unique et imprévisible, qui ne peut prendre forme que dans l'instant présent où elle se déroule. Toute élaboration anticipée, toute application d'un protocole préétabli apparaissent dès lors comme autant d'entraves au développement naturel de la dynamique thérapeutique de l'hypnose.

7. Transe thérapeutique dans le soin de la dépression

L'abord thérapeutique d'une personne dépressive est donc particulièrement difficile parce que celle-ci se trouve emmaillottée, ligotée dans les rets d'une transe pathologique particulièrement rigide. L'aptitude essentielle que requiert l'usage de l'hypnose dans le traitement de la dépression ne repose donc nullement sur l'hypnotisabilité du patient mais de toute évidence sur la capacité du thérapeute à entrer dans la transe particulière que présente le patient et à s'y ajuster afin de l'accompagner jusqu'à ses propres ressources, aussi réduites soient-elles. Ce pré-requis impose donc au thérapeute d'assurer l'alliage de compétences cliniques à la fois dans le traitement de la dépression (perception de la souffrance s'exprimant par les

symptômes, évaluation des risques, combinaison adéquate des outils thérapeutiques : approche familiale et contextuelle, médication anti-dépressive, prise en charge corporelle, séjour hospitalier, etc.) et dans la conduite de transe thérapeutiques. C'est cet alliage qui doit permettre au thérapeute de garantir une posture relationnelle stable et assurée permettant le plein développement de la singularité et des ressources de la personne souffrant de dépression. C'est aussi cet alliage qui permettra au thérapeute d'intégrer et d'adapter librement les différents outils thérapeutiques qu'il jugera opportun tout au long du traitement.

L'usage de l'hypnose thérapeutique dans le traitement de la dépression doit permettre au patient d'expérimenter une nouvelle forme de transe, de nature dynamique, malléable et adaptative qui puisse progressivement supplanter la transe pathologique qui caractérise son état. La transe thérapeutique doit par conséquent être utilisée comme une plate-forme expérientielle pourvoyeuse de diversité et non comme une exploration analytique de la souffrance présente. Nous suggérons ainsi plusieurs repères qui permettent de jalonner la poursuite d'un traitement de la dépression par hypnose :

- L'apaisement des souffrances (trances de confort et de sécurité) (Salem et Bonvin, 2000).
- L'encadrement et la stimulation du patient dans la construction d'objectifs et d'attentes réalistes, tout d'abord dans le contexte immédiat de la relation thérapeutique puis progressivement dans une perspective existentielle.
- La vérification de la labilité de la vie et des phénomènes existentiels par un recadrage progressif de l'expérience dépressive rigide.
- L'élaboration patiente et progressive des perspectives d'avenir.
- L'appropriation et l'intégration progressive de l'ensemble de ces nouvelles expérience par l'usage de l'auto-hypnose (en fin de traitement seulement).

8. La première rencontre

L'amorce de la relation thérapeutique avec le patient dépressif est particulièrement délicate. En effet, le levier de l'attente d'un changement est quasi inexistant et le thérapeute se voit, la plupart du temps, mis au défi d'apporter un soulagement significatif immédiat à son patient. Échouer à cette délicate tâche contient le risque redoutable de renforcer le patient dépressif dans l'idée que ses prédictions morbides se réalisent et se confirment même dans sa démarche thérapeutique. Ainsi, si la première

rencontre doit se baser sur une prise d'anamnèse et une évaluation clinique, elle ne doit en aucun cas s'en tenir à ces deux seules procédures. En effet il est capital de la compléter par des objectifs extrêmement simples, d'amplitude discrète et particulièrement faciles à vérifier durant la première séance déjà. Par exemple en suggérant au patient de se surprendre à penser à une chose inattendue durant quelques secondes, ou alors de vérifier un état de confort dans une petite partie de son corps, etc. Il est ainsi judicieux de proposer une première transe de confort, de sécurité ou d'exploration d'une nouvelle forme catalepsie comme par exemple avec une lévitation de la main et du bras.

9. Les distorsions temporelles

Nous avons vu que la dépression se manifeste par un état de transe pathologique totalement submergé par la reviviscence d'un passé douloureux. Il est dès lors clair qu'une transe orientée sur le passé, sous forme, par exemple, d'une *régression en âge*, est totalement contre-indiquée en présence d'un état dépressif car elle accentuerait inutilement les souffrances du patient. Il en va de même pour *l'ici et maintenant* qui doit être manié avec autant de précautions. Les manifestations cathartiques doivent être évitées dans la mesure où elle ne feraient que renforcer le climat émotionnel qui submerge déjà de sujet dépressif. Car en effet, sans une perspective d'avenir qui oriente et polarise dans sa direction l'expérience présente, le présent reste piégé dans la souffrance que lui a légué le passé. C'est donc finalement bien sur cet avenir totalement effacé que le thérapeute doit guider son patient. L'avenir peut tout d'abord être décontaminé des projections du passé dont il est inondé par des expériences simples de recadrage. Il pourra ensuite être (re)créé par les subtiles impulsions d'une *progression en âge* qui permette de rendre son évocation possible et plausible.

10. La dynamique de l'imagination

Nous l'avons vu, la personne dépressive souffre de son imagination qui ne cesse de projeter des reviviscences douloureuses sur toute l'expérience du vécu. L'usage de métaphores, d'allusions ou de suggestions indirectes ne donnera d'autre résultat que de renforcer cette tendance car une fois suggérées, elles seront totalement polarisées par la force de cette dynamique pathologique de l'imagination. Les *suggestions simples, directes et claires*

énoncées dans une perspective de *recadrage*, tant mental que corporel, seront plus aptes à introduire une dynamique de changement, de diversification, de labilité de l'expérience vécue. En utilisant par exemple la *rhétorique du corps-sujet* (*Chaque petite sensation que vous adresse votre corps en ce moment est une opportunité de porter attention à vous, de prendre soin de vous-même.*) En recadrant simplement les perceptions de vide (*Le vide est un espace à créer*), d'atemporalité (*Le temps s'arrête en apparence car il est en gestation de votre avenir*), ou de nostalgie (*Plus rien n'est comme avant car tout peut changer et être différent*).

11. Idéation et risque suicidaire

L'idéation suicidaire apparaît comme une pensée envahissante caractéristique, et particulièrement redoutable, de la dissociation pathologique propre à la dépression. Son apparition dans le contexte thérapeutique doit être prise au sérieux, être gérée et évaluée de façon professionnelle. Une fois le processus thérapeutique bien engagé, la transe hypnotique permet de modifier judicieusement l'idéation suicidaire automatique. Celle-ci peut par exemple être explorée dans ses moindres détails mais en connectant cette expérience à tous le registre des émotions qui sont susceptibles de les accompagner. Mais cette exploration doit être directement suivie de toutes les alternatives possibles au contenu de l'idéation suicidaire (introduction de la diversité) puis, une fois celles-ci épuisées, laisser la place aux alternatives non-suicidaires, c'est-à-dire existentielles face aux problèmes actuels (*recadrage* et amorce d'une *progression en âge*). La succession de ces étapes doit impérativement se dérouler dans sa totalité et dans un cadre clairement délimité :

- Le thérapeute doit être compétent pour la prise en charge d'une telle symptomatologie.
- Le thérapeute doit faire preuve d'une bonne faculté de discrimination entre les dimensions imaginatives et concrètes de la réalité.
- *L'alliance thérapeutique* doit être bien instaurée et fiable.
- L'exploration se fait d'entente avec le patient dans un climat de collaboration mutuelle et intervient à un moment qui apparaît avec évidence tant pour le patient que pour le thérapeute.
- *L'objectif de transe* doit être clairement formulé avant la séance.
- La *suggestion post-hypnotique* doit être particulièrement adaptée aux risques.
- *Le retour de transe* doit être clairement explicite.

La *suggestion post-hypnotique* doit être clairement élaborée. Elle peut par exemple judicieusement associer [*pacing and leading* (Salem et Bonvin, 2000)] l'envie suicidaire à l'induction automatique d'une transe naturelle (de confort ou de sécurité) telle qu'elle a pu être expérimentée avec le thérapeute lors des premières séances. L'envie suicidaire devient ainsi, paradoxalement, l'inductrice d'une transe apaisante permettant par exemple de trouver de meilleurs moyens pour gérer ses problèmes. Mais, dans le même temps, à l'instauration automatique de cette transe sera associée la nécessité exclusive que cette envie ne puisse se manifester qu'en présence du thérapeute. Cette seconde suggestion crée ainsi le besoin impératif de prendre contact avec le thérapeute lorsqu'apparaît une envie suicidaire. Il faut cependant clairement insister sur le fait qu'une telle suggestion ne représente en rien une protection absolue contre le risque suicidaire et son utilisation ne doit par conséquent en rien modifier le devoir d'évaluation constante de ce risque ainsi que sa prise en charge adéquate.

À la suite d'une telle séance, le soulagement du patient doit être vérifiable. Si un malaise devait perdurer ou une péjoration de l'état du patient apparaître, les dispositions médicales adaptées à de telles situation devraient être prises.

12. L'aboutissement du traitement

L'évolution d'un traitement de l'état dépressif doit permettre au patient d'acquérir progressivement la possibilité d'accéder à des états de transe variés, malléables et intégrés au cours de la vie du patient. Une fois qu'il a la possibilité d'expérimenter des états de transe différents de celui qu'il subit avec la maladie dépressive, il apparaît opportun d'introduire dans chaque séance un apprentissage progressif de l'auto-hypnose (Salem et Bonvin, 2000). Cette pratique de l'auto-hypnose, d'abord expérimentée dans le contexte de la relation thérapeutique, pourra très rapidement prendre place dans le vécu ordinaire du patient jusqu'à s'y manifester de façon naturelle et spontanée. Le cadre thérapeutique devient dès lors rapidement inutile.

Bibliographie

1. **Bonvin E.** La sophrologie remplace-t-elle l'hypnose ? In : Salem et Bonvin, (Eds), *Soigner par l'hypnose. Collection médecine et psychothérapie*, Éditions Masson, Paris, 2000.

2. **Ehrenberg A.** *La fatigue d'être soi*. Odile Jacob, Paris, 1998.
3. **Pignarre P.** *Comment la dépression est devenue une épidémie*. La Découverte, Paris, 2001.
4. **Roustang F.** *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Éditions de Minuit, Paris, 1994.
5. **Salem G., Bonvin E.** (Eds) *Soigner par l'hypnose*. Masson, 2000.
6. **Yapko M. D.** *Hypnosis and the Treatment of Depressions. Strategies for Change*. Brunner & Mazel, New York, 1992.