

# L'hypnose aujourd'hui

Sous la direction du

**Dr Jean-Marc BENHAIEM**

« Que peut vraiment l'hypnose ?

Donnant la parole à des médecins et thérapeutes d'horizons très divers qui ont fait de l'hypnose un instrument privilégié de leur pratique, l'ouvrage explore "tous les états" de cette expérience : traitement de la douleur, des phobies, anesthésie, pédiatrie, sexologie, soins palliatifs... »

IN PRESS 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.inpress.fr**

*Maquette :*  
Marianne Adato

*L'HYPNOSE AUJOURD'HUI*

ISBN 2-84835-076-8

© 2005 IN PRESS 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<sup>er</sup> 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.

# Hypnose et douleur chronique

## Que peut l'hypnose au cœur de la tâche aveugle de la médecine ?

Eric BONVIN

*D*ans les livres de médecine qui traitent des pathologies, il est régulièrement spécifié que, devant tout symptôme ou maladie, il faut réagir vite. Cela se conçoit aisément pour une pathologie mettant en jeu la vie d'une personne. Mais qu'en est-il d'une douleur ? Eh bien, il en est de même ! Faute de quoi, le symptôme s'installe, devient une maladie chronique et le patient et son thérapeute ont bien du mal à l'extirper. Si l'hypnose semble faciliter la réparation, c'est au prix d'une profonde implication.

J.-M. B.

*Sedare dolorem divinus est  
Hippocrate*

## 1. Introduction

Le fait d'aborder la question du traitement de la douleur chronique par l'hypnose nous conduit dans des contrées situées aux confins les plus extrêmes de notre médecine. La douleur, la chronicité et l'hypnose constituent toutes trois ce que, du point de vue épistémologique, nous pouvons nommer des « objets frontières », c'est-à-dire des noyaux de sens relativement peu délimités, peu connus et qui mobilisent l'implication de nombreux champs et acteurs socioculturels. Et si ces « objets » de la noosphère sont à ce point confinés, c'est sans doute qu'ils touchent le cœur de la complexité humaine et qu'ils s'y intriquent intimement. Ce chapitre propose d'explorer l'intrigue qui se noue dans la relation de soi entre douleur, chro-



nicité et transe hypnotique, tout en tentant de dégager quelques repères cliniques permettant au soignant de maintenir une posture orientée vers la transformation de la souffrance.

## 2. La douleur chronique : point aveugle de la médecine

Tant par ses différentes causalités présumées que par ses modes d'expression, de gestion et de traitement, la douleur est une expérience humaine qui s'inscrit dans tous les étages anthropologiques qui s'échelonnent du biologique au socioculturel. Notre culture moderne et contemporaine, à la différence de nombreuses autres, a confié l'exclusivité de la gestion de la douleur à sa médecine, espérant sans doute que les progrès de celle-ci permettraient d'y donner une réponse efficace et adéquate. Confiante dans les fondements de sa démarche d'objectivation des mécanismes biologiques articulés selon une dynamique entre le stimulus et sa réponse, notre médecine moderne a cependant occulté longtemps la douleur, confrontée qu'elle a été à l'énigme que celle-ci lui a imposée. La douleur, *a fortiori* chronique, défie radicalement les fondements sur lesquels se fonde notre médecine. La douleur est en effet une expérience fondamentalement perceptive et par cela même purement subjective. Il n'existe de ce fait aucun témoin fiable de cette expérience perceptive permettant de l'objectiver. La représentation processuelle de la boucle de rétroaction stimulus-cause-réponse-conséquence se trouve elle aussi remise en question face à la douleur et d'autant plus lorsque celle-ci devient chronique. En effet, la notion de douleur chronique prend place dans notre nosographie lorsque les douleurs durent plus de 3 à 6 mois, qu'elles sont insuffisamment expliquées par les mécanismes lésionnels ou qu'elles sont rebelles aux diverses tentatives thérapeutiques proposées. Faute de mieux, elle trouve sa place parmi les maladies mentales et les troubles du comportement sous l'entité de « troubles somatoformes » entraînant avec elle un changement de paradigme. La « douleur symptôme » est remplacée en effet par la « douleur syndrome », une véritable maladie en soi, dont les nombreux déterminants y compris psychosociaux doivent être considérés dans un modèle multicausal interactif, tenant compte de la complexité et mettant à mal la séparation entre causes et conséquences. De nombreuses pistes ont ainsi été suivies pour tenter d'en dégager les causes. On a ainsi tenté d'attribuer la douleur chronique à un traumatisme subi durant l'enfance, à un état dissociatif avec anesthésie émotionnelle ou alexithymie et fixité cognitive dite pensée opératoire, à un véritable « équivalent dépressif » ou à une variante du processus de somatisation. Il faut cependant

reconnaître qu'aucune de ces explications causales ne vient à bout de cette dramatique maladie qui demeure toujours orpheline.

Notre médecine n'apporte pas de réponse plus claire en ce qui concerne le traitement de la douleur chronique. Les antalgiques, les thymoleptiques et les neuroleptiques n'apportent aucun soulagement convaincant. Les opioïdes restent, depuis les temps déjà oubliés du Laudanum, des indications par dépit. La grande majorité des psychothérapies classiques sont fondées sur le principe de l'échange verbal à propos du ressenti du patient. Mais la plupart d'entre elles attribuent cependant le trouble somatoforme à une incapacité d'exprimer son ressenti incompatible avec un processus psychothérapeutique. En d'autres termes et comme le précise Allué (1999), « le traitement de la douleur chronique n'est pas résolu et cela est dû à plusieurs raisons : sa solution dépend de plusieurs facteurs qui sont en conflit, on n'a pas l'habitude de l'évaluer globalement, elle ennuie, elle est symptomatique et ses paradoxes sont déconcertants, car ils mettent en jeu toute la complexité sociale, comportementale et culturelle de l'individu ». Ne pouvant se contenter de la seule expression de la plainte par le malade, le système médical lui demande de faire la démonstration d'une maladie conforme à ses propres critères. Il va l'engager dans un processus d'élimination de la plainte par la multiplication des examens appropriés et des intervenants cachés derrière une véritable collusion de l'anonymat qui aboutit finalement à l'exigence faite au malade de faire lui-même la démonstration médicalement crédible de sa maladie. Ainsi que le décrivait déjà Balint, cet étrange paradoxe conduit finalement le système médical à prescrire la maladie plutôt qu'à la soigner. « Le malade souffrant de douleurs chroniques doit se battre pour que le diagnostic de douleur "psychologique" ne se referme pas sur lui. Il souffre dans son corps et entend être soigné à ce niveau. Il associe "psychologique" à "imaginaire" et ce terme résonne comme un soupçon à l'encontre de sa bonne foi. » Se sentant accusé, il ressent un réel sentiment de méfiance et de préjudice à l'égard des soignants, face auxquels il livre finalement un combat pathétique et paradoxal. C'est sous cet éclairage suggestif qu'il faut comprendre le rejet qu'expriment nombre de personnes souffrant de douleurs chroniques à l'encontre de cette maladie qu'elles se voient attribuée autant qu'à l'égard des soignants qui la lui attribuent. Il attend pourtant que sa souffrance soit reconnue à sa juste valeur et, là où tout patient est en principe plutôt heureux d'apprendre qu'il n'a rien, le douloureux chronique, lui, se réjouirait d'apprendre qu'il a vraiment quelque chose. N'est-ce pas là, par exemple, l'enjeu du combat que les associations de certains patients douloureux chroniques engagent en revendiquant le droit au diagnostic de fibromyalgie ?



### 3. Douleur, chronicité et transe : trois fils de la pelote « douleur chronique »

Avant d'aborder les possibilités qu'apporte l'usage de l'hypnose dans l'accompagnement des personnes souffrant de douleurs chroniques, il faut encore préciser la nature des passerelles d'influences possibles entre la transe hypnotique, la douleur et la chronicité.

#### L'expérience de la transe hypnotique

La transe hypnotique peut se définir comme le maintien d'une attention soutenue à nos perceptions, maintien qui induit progressivement la modification de ces mêmes perceptions. En d'autres termes, la transe hypnotique est une expérience d'attention à des modifications perceptives. Elle peut être induite de plusieurs manières et à plusieurs niveaux différents :

– Le **contexte socioculturel** dans lequel nous vivons conditionne nos perceptions et induit de ce fait leurs modifications. Toutes les cultures humaines ont en effet intégré et aménagé des espaces socioculturels explicitement dédiés aux expériences de transe.

– Le **contexte relationnel** conditionne également nos perceptions et leurs transformations. C'est précisément ce dont l'hypnose médicale a fait son savoir-faire et son art.

– De nombreuses substances biochimiques ont pour effet de provoquer des modifications perceptives chez le vivant. L'incroyable succès de notre pharmacopée contemporaine ne repose-t-il pas, précisément, sur ces substances qui ont pour vertu de transformer nos perceptions de la douleur, de l'anxiété, de nos pensées ou de notre réalité ? Analgésiques, neuroleptiques, thymoleptiques, tranquillisants, hallucinogènes sont autant de substances qui modifient nos perceptions et provoquent de ce fait une transe d'induction biologique.

Transex et phénomènes hypnotiques sont la résultante d'une cascade d'influences allant, par ordre d'importance, du contexte culturel au social puis au relationnel pour terminer au niveau biologique. La transe ordinaire est un processus protéiforme dynamique caractérisé par la transformation permanente. Nous connaissons, à l'inverse, des situations dans lesquelles les perceptions sont comme gelées ou figées. Ce sont des transex pathologiques<sup>1</sup> comme par exemple l'état de stress post-traumatique, le contre-souvenir ou le faux-souvenir, les douleurs d'un membre fantôme, les expé-

1. Par opposition à la transe négative, terme fréquemment utilisé pour évoquer une expérience de transe ordinaire passagère à connotation désagréable ou douloureuse.

riences dissociatives, les somatisations, l'état dépressif et finalement la douleur chronique.

## L'expérience de la douleur

La douleur est une expérience fondamentale du vivant. Elle est, avec la peur, l'expérience perceptive la plus intense car elle vise à le protéger de sa destruction. Elle avertit le vivant des lésions dont le corps est victime. La douleur lésionnelle aiguë ou douleur symptôme est de fait un puissant signal d'alarme induisant un geste de protection cataleptique qui échappe à tout processus cognitif ou contrôle volontaire. La douleur est une émotion qui accroche le vivant à sa vie avec une intensité telle, qu'elle s'impose comme priorité à celui qui la vit. Cette priorité fait d'elle une expérience perceptive dont l'attention ne peut quasiment pas se détacher et est, de ce fait, un des plus puissants inducteurs hypnotiques qui soit. L'attention focalisée sur la perception douloureuse et sur ses causes active, grâce à l'imagination, une modification perceptive immédiate. Si elle va vers une intensification, elle engendre un geste de fuite. Si elle s'estompe, elle engendre un geste de soulagement. Ce sont les modulations de cette modification perceptive qui permettent d'évaluer le danger et d'ajuster le comportement de protection. La perception douloureuse peut également s'inscrire dans une dynamique d'apprentissage et surgir par anticipation autant qu'être remémorée. En termes d'hypnose, la douleur est une expérience de transe intense, que l'on qualifie de négative dans ce sens qu'elle est inconfortable tout en demeurant réversible et donc labile.

## La chronicité

Une dimension caractéristique de la chronicité consiste en la récurrence plus ou moins constante de la symptomatologie et donc de l'expérience perceptive de la souffrance. De ce point de vue, nous retrouvons des analogies intéressantes avec la dynamique de la mémoire. Nous savons en effet aujourd'hui que la mémoire n'est autre qu'une modification perceptive entretenue durablement. Elle est, dans ce sens, une expérience de transe hypnotique par excellence et nous savons également à quel point l'expérience hypnotique favorise elle-même les expériences mnésiques. De la même manière, nous pouvons observer que la douleur chronique correspond à une perception récurrente entretenue durablement. Elle peut être, dans ce sens, assimilée à une mémoire perceptive permanente et figée. Figées comme le sont les « idées fixes » qui existent en parallèle de la perception de la réalité ordinaire lors de la dissociation pathologique que décrivait Janet (2004). Nous pouvons

ainsi avancer que la douleur chronique est une transe pathologique, c'est-à-dire, marquée par l'absence de labilité et maintenue dans la fixité qu'engendre la répulsion qu'éprouve le sujet à son égard.

### **Douleur, mémoire et transe**

Voyons maintenant comment nos trois fils d'Ariane, la douleur, la mémoire (chronicité) et l'hypnose, se tissent et tressent ensemble les rets complexes de la douleur chronique. L'expérience douloureuse débute par une perception désagréable agissant comme un puissant aimant de l'attention, et de ce fait comme un inducteur hypnotique qui va démultiplier cette expérience et du même coup potentialiser les mécanismes d'encodage mnésiques. Dans la mesure où elle est un système vital de protection, cette expérience porte d'emblée une très forte empreinte émotionnelle qui induit une transe autant qu'elle favorise du même coup le processus mnésique. Le sujet est dès lors plongé dans cette expérience perceptive qui devient prioritaire face à la perception ordinaire de la réalité reléguée au second plan (dissociation). Et ses mouvements volontaires laissent la place à des gestes de protection et d'évitement, implicites, qui échappent à sa volition (catalepsie). La finalité du processus vise l'écartement de la source nociceptive puis le soulagement qui se vérifie par la modification perceptive de l'expérience douloureuse. À ce stade, deux cas de figure possibles :

1. La source nociceptive a été identifiée et placée sous contrôle ou alors le soulagement s'installe spontanément. Cette expérience cesse, dès lors, de prendre le premier plan du champ perceptif. Si l'expérience est d'intensité significative, elle va activer la mémoire procédurale implicite, et induire l'apprentissage de comportements plus adaptés et prudents afin d'éviter sa répétition (évitement d'une source brûlante par exemple).

2. La source nociceptive n'est pas identifiée et/ou la perception douloureuse ne se modifie pas et perdure sans soulagement. La douleur chronique, portée par une plainte devenue orpheline d'explication et de soulagement, se constitue finalement en véritable maladie-langage de dimension psychosociale. L'expérience perceptive se répète dès lors inlassablement en cercle vicieux et ne laisse place à aucune modification, dans un mouvement de rappel permanent qui potentialise le processus de rétention mnésique. L'inlassable quête d'une causalité et d'un soulagement mène la personne souffrante le long d'un itinéraire thérapeutique qui exige la ritualisation du rappel et de la narration des plaintes. Cette narration rituelle devient l'étape ultime de cet ancrage mnésique qui peut aller jus-



qu'à induire l'expérience d'une véritable reviviscence porteuse de toutes les apparences d'une réalité<sup>2</sup>. Sentiment de réalité d'autant plus marqué que cette narration doit constamment passer sous les fourches caudines de la suspicion d'hallucination ou de simulation dont elle est l'objet de la part des soignants.

3. Apports et usages de l'hypnose dans le traitement de la douleur chronique : dans notre médecine moderne, nous savons que l'hypnose occupe une place de choix dans l'histoire de la gestion de la douleur aiguë puisqu'elle est non seulement à l'origine de la discipline de l'anesthésie, mais qu'elle demeure également la technique relationnelle de choix pour l'antalgie lors de situations extrêmes comme le traitement des grands brûlés, des douleurs traumatiques identifiées, des douleurs infligées ou des douleurs neurogènes. Mais garde-t-elle pareille pertinence face à la douleur chronique ? Il faut pour y répondre, décoder et identifier les points d'impact possibles de l'hypnose sur les processus de la douleur chronique : la douleur, sa mémoire et la transe pathologique qui en résulte. Il faut ensuite dénouer minutieusement cet enchevêtrement en tenant compte des influences contextuelles et relationnelles, autant que des expériences perceptives du sujet souffrant.

### **Influences contextuelles et hypnose dans le traitement de la douleur chronique**

Nous l'avons compris dans les paragraphes précédents, face à l'énigme que pose le syndrome douloureux chronique, tous les points de vue insistent sur une probable causalité multifactorielle psychosociale. L'anthropologie comme la clinique de la douleur chronique restent encore très éloignées l'une de l'autre. « Chacun perçoit sa douleur de façon différente et même s'il existe des patrons culturels pour s'exprimer, le fait est que la douleur physique est personnelle, difficile à appréhender et incomparable » (Allué 1999). L'hypnose nous apporte sur ce hiatus, un éclairage particulièrement intéressant. Art de l'influence humaine, elle est aussi science de la suggestion<sup>3</sup>. Elle offre de ce fait au praticien un formidable outil de repérage et de décodage des différentes suggestions qui agissent dans la communication humaine et dans la relation thérapeutique. En l'occurrence, nous avons pu voir à quel point les suggestions sociales repré-

2. L'étude des phénomènes biologiques engagés dans le syndrome douloureux chronique semble également conduire vers une « Mémoire » neurobiologique de la douleur (Desmeules 2004).

3. La suggestion étant définie comme un message émis dans l'intention d'influencer.

sentent un puissant pouvoir d'induction (prescription de la maladie) et d'entretien (faire la démonstration permanente de la plainte) de la souffrance. C'est donc à ce niveau que débute le processus hypnotique dans le soin apporté aux personnes souffrant de douleur chronique, en désamorçant, autant que faire se peut, ces suggestions contextuelles. Par sa fonction sociale, le médecin est un important intercesseur entre les contextes biologique, psychologique, social et culturel, ce qui potentialise l'effet suggestif et l'intensité de ses ancrages. L'hypnose permet de mieux identifier et de rendre explicites ces effets autant que les enjeux culturels (intégration culturelle et communication), sociaux (assurances sociales), relationnels (famille, travail), voire biologiques (perception des effets de la médication). Elle permet au clinicien de déjouer toutes les procédures d'induction et d'ancrage de la plainte (répétition de l'attention focalisée sur la plainte et son évocation, amplification émotionnelle, renforcement et rigidification par la confirmation diagnostique...). Si une dynamique de changement, et *a fortiori* de modification perceptive, doit prendre place dans le processus thérapeutique de la personne souffrant de douleurs chroniques, celle-ci doit le faire en premier lieu dans toutes les attitudes et procédures professionnelles qui en constituent le contexte. L'impasse thérapeutique de la douleur chronique impose un changement de posture professionnelle du médecin et la pratique de l'hypnose offre un moyen efficace pour y parvenir.

### **Influences relationnelles et hypnose dans le traitement de la douleur chronique**

La spécificité socioculturelle de la relation thérapeutique repose sur l'attente d'un soulagement d'une souffrance. En d'autres termes, nous pouvons affirmer que la suggestion fondamentale du rituel de soin ne peut être que celle d'un message ou d'un acte posé dans l'intention de soulager. L'hypnose est une forme spécifique de relation thérapeutique orientée vers le soulagement par l'expérience de modification perceptive qu'est la transe. La relation thérapeutique se noue par une alliance thérapeutique entre une personne présentant une souffrance dont elle attend le soulagement et une personne soignante détentrice d'une compétence (relationnelle ou technique) au soulagement. Cette alliance est rendue particulièrement fragile avec la douleur chronique qui défie la relation thérapeutique par l'impossibilité de soulagement qu'elle présente. Impossibilité qui laisse le patient avec la seule expression de sa souffrance et le soignant face à l'échec de sa compétence. La douleur chronique contraint dès lors les acteurs de la relation thérapeutique de s'engager sur la base d'une autre alliance. Ni l'attente du soulagement, ni les compétences et l'expertise du soignant ne peuvent en être les fondements.



Seule la formulation subjective de la souffrance (la plainte) et la fiabilité de la compétence relationnelle (cadre relationnel) du soignant peuvent dès lors en constituer les fondements initiaux. Ainsi, et en ce qui concerne notre propos, l'alliance thérapeutique se fonde sur une disponibilité relationnelle permettant à la personne souffrante d'exprimer sa souffrance et d'en modifier la perception grâce aux instants de transe hypnotique.

L'établissement d'une relation thérapeutique avec une personne souffrant de douleurs chroniques reste donc une tâche délicate pour le thérapeute. Son attitude lors de la formulation de la plainte revêt, en l'occurrence, toute son importance. La douleur est une expérience subjective pour laquelle il ne saurait y avoir d'« expertise » autre que celle de celui qui la vit. Le thérapeute doit adopter une posture profane face à la souffrance de son patient et à la perception que celui-ci a de sa réalité. C'est donc à lui à découvrir le monde de son patient et le langage de ses perceptions, fussent-elles douloureuses. La disponibilité relationnelle du thérapeute peut dès lors se fonder sur un ajustement profane à l'univers perceptif du patient au cours duquel chaque geste, chaque mot, est pris et intégré tel quel, soit-il l'expression de la souffrance ou celle d'un soulagement même infime<sup>4</sup>. C'est au fil de la relation thérapeutique que le thérapeute peut apprendre le langage perceptif de son patient et progressivement entrer dans un échange qui permettra d'explorer, à petits pas, les modifications possibles. Partant de l'attention à l'évocation explicite de l'attente du patient, le thérapeute ne convoque pas l'expérience perceptive douloureuse<sup>5</sup>, mais laisse l'expérience du patient évoluer librement. Il veillera simplement à apporter des recadrages subtils et soutenus, non pas de soulagement, mais de transformation. En se servant de la dynamique propre aux phénomènes perceptifs mnésiques, il profitera de chaque boucle de récurrence perceptive pour y apporter une impulsion de transformation minimale.

L'art de l'usage de l'hypnose dans cette situation clinique particulière consiste en effet à amorcer un véritable dialogue perceptif dans lequel chacun des partenaires se prête aux modifications induites par les influences mutuelles permettant à la personne souffrante de partager sa douleur dans une relation humaine. L'évolution de cette relation ponctuée d'instantanés de transe hypnotique pourra être appréciée par l'acquisition des aptitudes du patient à retrouver la souplesse de sa dynamique perceptive (autohypnose) ainsi que par le soulagement exprimé dans son contexte socio-familial.

4. Il s'agit d'une disposition intégrative qui se situe à l'opposé de la disposition suppressive qui vise la suppression du symptôme.
5. La convocation de la perception de la douleur par le thérapeute peut être vécue comme l'équivalent d'une douleur infligée.



## Bibliographie

- Balint M.**, *Le Médecin, son malade et la maladie*. Payot, Paris, 1960.
- Baszanger I.**, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Le Seuil, Paris, 1995.
- Berthoz S.**, L'alexithymie ou le silence des émotions. *Cerveau & Psycho* – n° 6, 56-60, 2004.
- Bonvin E.**, L'hypnose et la mémoire. In Salem G. & Bonvin E. *Soigner par l'hypnose*. Masson, Paris, 215-250, 3<sup>e</sup> éd., 2004.
- Erickson M.**, Intégrale des articles de Milton Erickson, I-IV. Satas, Bruxelles, 2000.
- Janet P.**, 1905-1906 *Les modifications de la conscience dans les névroses hystériques*. In *Leçons au collège de France (1895-1934)*. L'Harmattan, Paris, 47-49, 2004
- Le Breton D.**, *Anthropologie de la douleur*. Paris, Métailié, 1999.