

ILLUSION ET FASCINATION ENVERS L'HYPNOSE OU LA RÉHABILITATION DE LA PENSÉE MAGIQUE AU NOM DES NEUROSCIENCES

par Alain MOUCHÈS

«Intégrée à des psychothérapies spécifiques (analytiques ou comportementales) ou en médecine générale (hypno-analgésie, par exemple), l'hypnose peut être un outil thérapeutique appréciable, mais cette influence «mystérieuse de l'esprit sur la matière» reste une énigme. Ses caractéristiques ne lui permettent pas de s'inscrire dans le modèle «théorico-expérimental» de la science. Cependant de nombreux héritiers d'Erickson prêchent pour leur paroisse, au nom d'une pseudoscience, et ajoutent à l'hypnose des vertus improbables.»

Si l'hypnose thérapeutique se pratique depuis plus de 150 ans, sa classification actuelle oscille entre un état «humaniste» flottant, et la recherche d'un statut neuroscientifique qui lui attribue une efficacité de guérison tout à fait impressionnante. De fait, l'hypnose Ericksonienne, (mais aussi d'autres méthodes telles que la PNL, l'EMDR...) ont envahi le domaine de la formation continue et les librairies "humanistes". Elle multiplie les «certificats de praticiens» à éligibilité parfois obscure. Certains «experts» adoptent un discours de marketing, et charment leur public par des «histoires qui guérissent» ou des nouvelles thérapies, si brèves qu'elles deviennent miraculeuses. Avec ces multiples thérapies prisées par les amateurs des médecines alternatives, la pensée magique est revisitée, grâce aux métaphores et au langage analogique ainsi que la référence de Palo-Alto quelques propos neurobiologiques spéculatifs y ajoutent une validation scientifique implicite.

Bien évidemment nous savons par la pratique que certains psychiatres ou psychologues cliniciens compétents peuvent utiliser avec bonheur ces méthodes (voir Megglé 2002, Roustang 2003 ou encore Salem 2004, etc.), et nous ne contestons pas la valeur thérapeutique de ces techniques hypnotiques. Mais ces «habillages» d'allure scientifique ressemblent plus à des «placebos sémantiques», qui peuvent être efficaces dans le cadre de la relation thérapeutique, mais qui ne sont en aucune façon une preuve neurophysiologique

LE STATUT AMBIGU DE L'HYPNOSE

Avec son optimisme et son charisme, le défunt Milton Erickson fascine autant les thérapeutes que leurs consommateurs car il propose en des termes simples une démarche thérapeutique active permettant de réaliser un mytheuniversel: le pouvoir de guérir grâce à la parole-toute-puissante. Sa démarche humaniste, ludique, et analogique réunit ceux qui sont dégoûtés par l'austérité du comportementalisme, ou encore par le dogmatisme freudien, tout en réactualisant la représentation sociale de l'hypnose. Assez loin de la classification «traditionnelle» de l'hypnose, cette version Ericksonienne intègre de multiples moments où l'on n'est plus réellement là tout en restant conscient. Finalement se bercer par la musique, compter des moutons dans notre tête, raconter une histoire ou simplement se relaxer devient de l'«hypnose Ericksonienne». Et même, avec le risque de froisser certains collègues Freudiens, «l'attention flottante» du psychanalyste est probablement une forme d'auto-hypnose Ericksonienne!

Bien que cette approche sympathique puisse déculpabiliser l'apprenti-hypnotiseur au vu de ses premiers échecs, nous avons quelques réserves concernant cette «hypnose-fourre-tout».

Ce n'est pas parce que ces méthodes ne marchent pas (*nous savons bien que cela peut être efficace!*), ou que la théorie est discutable (*les travaux de Bateson, Erickson, Watzlawick, Roustang, Melchior,*

etc., ne sont pas vraiment n'importe quoi!) mais plutôt parce que cette généralisation à tous phénomènes semi-conscients entraîne une fausse objectivité. Précisons que l'auteur ici présent n'est pas un «hypnothérapeute» mais qui utilise fréquemment, en tant que technique associée aux TCC, certaines procédures hypnotiques (voir Mouchès et Morille 2007).

Comme le remarque Michaux (2005), la représentation sociale de l'hypnose joue un rôle central dans la détermination des attitudes du sujet et du thérapeute.

L'hypnose inquiète, et certains personnes pensent que la séance peut permettre de faire sortir des causes cachées enfouies dans l'inconscient, alors que d'autres redoutent des changements psychologiques et une perte totale de conscience. Certes, l'inconscient des thérapeutes cognitivistes est loin de la conception de Freud, mais finalement l'inconscient est une histoire intime que l'on peut explorer selon un certain niveau d'analyse, et le thérapeute doit théoriquement dédramatiser ces représentations exagérées.

Selon la classification classique de l'hypnose (par exemple la classification d'Hilgard) il existe des effets bien différents entre une transe élémentaire, et une transe hypnotique profonde. Cela étant dans le cadre d'une thérapie, le simple effet d'une transe légère suffit pour entamer par exemple une «désensibilisation imagée». Si cette induction est effectivement un état hypnotique, ceci n'est qu'une simple technique «utile», qui s'inclut dans une relation thérapeutique globale. Ainsi dans une désensibilisation imagée, le thérapeute utilise la relaxation mais aussi réalise une restructuration cognitive, propose des entraînements à l'auto-contrôle, voire crée la confusion, et bien sûr utilise la relation qui s'établit entre le sujet et le praticien. Mais ce que nous appelons une désensibilisation d'inspiration cognitivo-comportementale devient chez certains collègues, une «séance d'hypnose»...

Le problème vient plutôt du discours ambigu du thérapeute.

En utilisant préférentiellement le terme «hypnose», ce message va changer sa représentation et peut indirectement avoir des effets pervers. Il est évidemment que le simple terme «relaxation» peut décevoir certains patients. Au contraire, le mot «hypnose» attire et fascine et la seule représentation sémantique du mot a déjà un effet suggestif. On peut même ajouter un niveau économique, car il y a une demande et un engouement de l'hypnose par le public. Pourquoi ne pas utiliser ce flou ? Et donc on passe d'une simple définition à une croyance, ou parfois à une véritable exploitation de la confiance.

Nous avons reçu un jour au Centre du Psychologie Clinique un étudiant anxieux, qui venait de voir un «spécialiste en thérapies brèves». Après quelques semaines -puisque le thérapeute lui avait affirmé qu'il serait débarrassé de son symptôme en deux ou trois séances -, il décide de nous contacter. Très déçu (et toujours très anxieux...), il explique que «Monsieur M. m'a affirmé qu'il pratiquait l'hypnose, mais c'est vraiment du pipeau! Pour une séance de plus de 50 euros, il m'a fait simplement écouter de la musique en me disant une histoire nunuque, c'était plutôt de la sophrologie, mais certainement pas de l'hypnose puisque j'étais tout à fait conscient!»

Nous lui avons proposé une autre méthode -la lévitation de la main, autre technique imaginée par Milton Erickson-, mais cette fois en lui expliquant le rôle de l'auto-suggestion et la démarche d'une désensibilisation. Et non seulement nous avons obtenu une transe hypnotique suffisante, mais ce nouveau patient a été très content après cette première séance «de relaxation », tout en maintenant que «c'était pas de l'hypnose, puisque j'étais conscient»...

Est-ce vraiment «de l'hypnose» dans le cas de cette séance ? Là n'est pas la question: nous avons obtenu un certain niveau de suggestion hypnotique avec une modification de la distribution de l'attention, mais pour ce patient il ne fallait simplement pas parler d'hypnose. Cet étudiant redoutait probablement une perte de conscience et de volonté (le coup du «dormez, je le veux!»), et n'a ressenti finalement qu'un agréable relâchement de son attention. Dans ce cas, nous voyons qu'une définition intempestive peut compter beaucoup. Notons que notre obscur collègue hypno-thérapeute n'a jamais su

cette histoire, et probablement il a renforcé sa propre croyance en vérifiant l'efficacité de sa thérapie brève!

Nous avons eu d'ailleurs des cas similaires avec l'EMDR, et la déception de certains patients. Cette technique de désensibilisation imaginée par Shapiro (1989) est devenue un véritable phénomène médiatique. Il est d'ailleurs amusant de constater que certains psychothérapeutes -voire des psychanalystes-, deviennent de véritables passionnés en redécouvrant subitement une technique d'inspiration behavioriste (mais le plus souvent en cachant l'appellation «comportementale»)... En effet, en utilisant la même logique de la désensibilisation, l'EMDR correspond également à un «effet hypnotique» particulier de déconditionnement, associant l'imagination des souvenirs anxiogènes avec des systèmes apaisants de déconnexion cérébrale par distraction visuelle et mouvements oculaires. Intégrés dans une prise en charge comportementale et cognitive globale toutes les méthodes «de désensibilisation» bien connues par les cliniciens comportementalistes depuis 40 ans peuvent être très efficaces, et cela sans recourir à la publicité, ni mettre un copyright à chaque méthode thérapeutique...

VALEUR ET LIMITE DE L'EMPLOI DES NEUROSCIENCES

Si dans ce monde de compétition économique l'évaluation scientifique peut devenir attractive parce que rattachée à l'efficacité et la rationalisation, on observe néanmoins des cliniciens qui s'autorisent à des interprétations abusives.

L'arrivage de techniques séduisantes et d'appareils coûteux (tomographie par émission de positons, imagerie par résonance magnétique, etc.) a entraîné un renouveau en se penchant sur les mécanismes cérébraux inconscients.

Mais si ces recherches expérimentales ou cliniques concernant les phénomènes hypnotiques restent stimulantes, les résultats restent limités, voire décevants. Si l'hypnose expérimentale montre effectivement d'intéressantes modulations du cortex cingulaire, selon Rainville, Faymonville (et bien d'autres...), l'hypnose apparaît comme un amalgame de plusieurs circuits cognitifs, sans qu'aucun de ces circuits ne soit spécifique à l'hypnose. Malgré l'optimisme de certains chercheurs (voir Oakley, 2006), ces travaux utilisant des appareils sophistiqués, ne font généralement que vérifier des «évidences neurobiologiques».

Affirmer de façon doctorale que *«l'activité du tronc cérébral, du thalamus, d'une zone du cortex cingulaire antérieur ainsi que des régions pariétales et préfrontales correspondent au phénomène l'absorption hypnotique»* peut impressionner certains lecteurs qui ne maîtrisent pas vraiment la complexité des neurosciences. Par contre, un neurophysiologiste qui sait bien que le cortex cingulaire antérieur est une structure du système limbique jouant un rôle dans l'attention et dans le contrôle du mouvement au cours de tâches cognitives, ne verra qu'une simple vérification expérimentale, et ne sera certainement pas aussi enthousiasmé!

Ces techniques manifestent effectivement et de manière irréfutable l'identité des événements mentaux avec un événement cérébral, mais cette imagerie ne permet pas de lire dans les pensées du sujet, ni d'analyser le niveau de la transe. De même, si pour les psychophysicologues, l'efficacité d'un placebo peut être attribué au fait que l'environnement clinique favorise la production d'endorphines, on ne sait pas comment s'opère la transition d'une activité neuronale à une activité psychique composée de représentations et d'affects.

Au niveau théorique, on suppose qu'une méthode suggestive entraîne une véritable modification biologique des réseaux de neurones, ce qui donne ensuite des nouveaux circuits plus adaptés. Mais peut-on montrer la spécificité de la transe hypnotique, et son effet de guérison?

En thérapie, nous utilisons souvent la lévitation de la main (*d'ailleurs sans utiliser le terme «hypnose»*) afin de détendre le patient et lui apprendre de se relaxer. Selon le cas, on obtient souvent des trances élémentaires, et parfois des trances profondes. Mais curieusement nous n'avons jamais trouvé de

corrélation entre la profondeur de la transe, et l'efficacité thérapeutique!

Ainsi il existe des cas de patients très «hypnotisables», mais à qui l'hypnose n'avait que peu d'efficacité. Par exemple le cas d'un étudiant traité au Centre de Psychologie Clinique pour une forte anxiété et un trouble obsessionnel compulsif. Lors du deuxième entretien, cette personne pourtant très émotive a obtenu une transe hypnotique importante, et nous avons décidé d'utiliser cette «qualité» pour améliorer son humeur générale. Mais sans grand succès... Certes, à chaque semaine la séance hypnotique était recherchée et appréciée, mais elle n'entraînait qu'un bien-être global sans réduction du symptôme. Seule une action directive et typiquement comportementale et une restructuration cognitive a réellement amélioré son état.

Nous avons observé également une situation comparable chez une personne boulimique et dépressive. Dans tous les cas, l'hypnose était «de surcroît». Et il serait tout à fait abusif de conclure que l'hypnose est extrêmement efficace pour guérir un TOC, ou un trouble du comportement alimentaire!

De nombreux travaux sur l'hypnose ou sur l'effet placebo montrent qu'une suggestion directe peut entraîner une réduction de la douleur, normalise la pression artérielle, fait disparaître des verrues, permet la cicatrisation de certains ulcères gastriques, etc.

Un élève d'Erickson (Rossi 2005) a d'ailleurs voulu théoriser l'effet de l'hypnose sur l'organisme et son action de guérison en reprenant des travaux physiologiques (la chronobiologie, les phénomènes du stress, la découverte des endorphines, etc.) et suggère que l'hypnose peut avoir un impact moléculaire, et plus précisément sur le rôle des gènes-précoces.

Il n'y a rien en soi de contestable dans la notion selon laquelle ces processus psychiques peuvent affecter les processus immunitaire ou cellulaire dans le corps et donc avoir des impacts positifs ou négatifs sur la santé. Mais si la recherche confirme que de tels effets existent, il faut aussi rappeler qu'ils sont peu importants.

Ainsi dans une étude neurophysiologique (Derbyshire et al. 2004) une sonde thermique est placée sur la paume de la main de sujets hypnotisés: la sonde reste froide en réalité mais si on suggère qu'il y aura une chaleur douloureuse, les sujets ressentent la douleur et présentent les mêmes schémas d'activation neuronale que si la sonde était chaude. Au niveau neurocérébral, l'hypothèse est donc vérifiée. Bien évidemment cette expérience est comparable au phénomène «bien connu» de la vésication. Elle consiste à provoquer une illusion de brûlure à des sujets hypnotisés, par exemple en appliquant un crayon ou une pièce de monnaie tout en affirmant qu'elle est brûlante. Par la suite, d'après les auteurs, certains sujets se réveillent avec des rougeurs de type érythème, ou même des véritables cloques... Notons cependant que Derbyshire ne parle pas de vésication chez ses sujets. De même, ayant souvent vérifié cette suggestion expérimentale en utilisant une «électrode chauffante» tout à fait imaginaire, nous avons bien obtenu en vingt ans de nombreuses réactions de souffrances chez des témoins hypnotisés, mais jamais de véritables cloques! De fait, au niveau statistique, cette «histoire de cloque» est très souvent décrite dans les ouvrages mais très rarement observée dans la pratique expérimentale.

Si l'hypnose agit au niveau cérébral et peut théoriquement entraîner des modifications physiologiques sur l'organisme, on observe que ce «pouvoir métabiologique» est rarement atteint. De même, on peut améliorer grâce à l'hypnose un patient souffrant d'une lombalgie. Mais peut-on parler de corrélation significative et d'effet curatif lorsque le succès porte sur 10 ou 20% de cas?

En tant que théorique, la démarche «visionnaire» de Rossi (et d'autres...) est très stimulante et incite à la collaboration pluridisciplinaire. Mais le risque est la reprise de ces propos et leur utilisation tronquée dans les diverses formations. Il n'est pas rare de rencontrer des interprétations intégrant simultanément les théories des systèmes, les métaphores universelles et la physique quantique, avec l'impact de l'hypnose sur les cycles biologiques et la synthèse des protéines... Ces propos affirmatifs et scientistes peuvent aboutir à une vision finalisée du fonctionnement de l'organisme, qui permet de «croire que»

les conduites hypnotiques ont une structure scientifique et un effet curatif spécifique et vérifié.

De plus, ces travaux ne concernent pas spécifiquement l'hypnose, mais plus généralement tout phénomène psychologique (de placebo, de suggestion ou d'influence). Il existe ainsi un grand nombre de recherches concernant la sophrologie, ou encore l'efficacité de la musique relaxante dans la perception de la douleur, etc. Et comme le remarque Keller (2005), il y a une parenté qui lie entre hypnose et placebo: dans les deux cas, le principe actif est à rechercher du côté de la relation qui s'établit entre un praticien et un sujet. Finalement le rapport entre le thérapeute et le patient reste imprécis, et accéder à ces mécanismes psychiques reste hors de portée. Il faut donc admettre que la «vérité scientifique» dans toute démarche psychothérapeutique est relative, et se trouve essentiellement au niveau de la représentation du patient. Intégrée à des psychothérapies spécifiques (analytiques ou comportementales) ou en médecine générale (hypno-analgésie, par exemple), l'hypnose peut être un outil thérapeutique appréciable, mais cette influence «mystérieuse de l'esprit sur la matière» reste une énigme.

Ses caractéristiques ne lui permettent pas de s'inscrire dans le modèle «théorico-expérimental» de la science. Cependant, de nombreux héritiers d'Erickson prêchent pour leur paroisse, au nom d'une pseudoscience, et ajoutent à l'hypnose des vertus improbables.

Il est vrai que l'homme fonctionne naturellement sur un monde d'illusions et de croyances apprises. Comme le remarquait Bateson, c'est dans cette région incertaine, où se rencontrent et se chevauchent l'art, la magie et la religion, que les humains ont élaboré des «métaphores significatives». Il est cependant dommage que cette réflexion s'applique particulièrement chez ces cliniciens amateurs de Palo-Alto !

BIBLIOGRAPHIE

- BATESON G. Une théorie du jeu et du fantasme, in: "Vers une écologie de l'esprit", 1, 209-224, Seuil, Paris, 1977.
- CHERTOK L. *L'Hypnose. Théorie, Pratique et Technique*. 2ème édition., Payot Paris, 1989.
- DERBYSHIRE SWG, WHALLEY MG, STENGER VA, OAKLEY DA. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage*, 2004, 2 : 92-401
- FAYMONVILLE, M.E.; BOLY, M.; LAUREYS, S., 2006, Functional neuroanatomy of the hypnotic state *Journal of Physiology Paris*, 2006, 99, 4-6, 463-469
- KELLER P.H Hypnose et psychosomatique. *Perspectives Psy*, 2005, 44, 355-358
- MEGGLE D. *Les thérapies brèves*. Presse de la Renaissance, Paris, 2002
- MICHAUX D. La représentation sociale de l'hypnose, *Perspectives Psy*, 2005, 44, 341-345
- MOUCHES A., MORILLE A. Interprétation neurobiologique d'une méthode de désensibilisation systématique par induction hypnotique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2007, 17, 2, 62-68
- OAKLEY DA. Hypnosis as a tool in research: experimental Psychopathology. *Contemporary Hypnosis*, 2006, 23, 3-14.
- RAINVILLE, P., HOFBAUER, R.K., DUNCAN, G.H., BUSHNELL, M.C., PRICE, D. Hypnosis modulates the activity in brain structures involved in consciousness. *Journal of Cognitive Neurosciences*, 2002, 14, 887-901.
- ROSSI E.L *Cinq essais de génomique psychosociale*. Sats, Paris, 2005
- ROUSTANG F. *Il suffit d'un geste*, Paris, Odile Jacob, 2003.
- SALEM G., BONVIN E. *Soigner par l'hypnose*. 3^{ème} édition, Masson, Paris, 2004.
- SCHMID W, ALDRIDGE D. Active music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients: A matched control study. *Journal of Musical Therapy*, 2004, 41, 225-240.
- SHAPIRO F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 1989, 20, 211-217

Alain Mouchès est Maître de conférences à l'Institut de Psychologie et de Sociologie Appliquée, où il enseigne les neurosciences et les thérapies comportementales et cognitives. Il pratique ces thérapies au Centre de Psychologie Clinique. Adresse: IPSA, UCO, 3 pl. André-Leroy 49008 Angers Cedex 01

Cet article a été publié dans le numéro 19 du magazine trimestriel Psycho Media de décembre 2008 (pages 34 à 37). Il est publié avec l'aimable autorisation de Philippe Duval., responsable de la publication, dont on peut consulter le site à: www.psychomediama.com