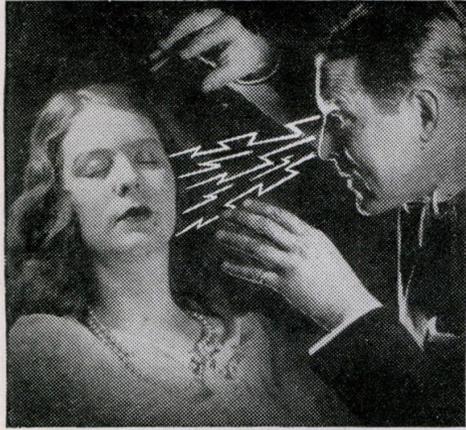


L'HYPNOSE MEDICALE

DOCTEUR GREGORY TOSTI

Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur – Direction Pr Nadine ATTAL

CHU Ambroise Paré
Boulogne Billancourt



**SEE HOW EASY
YOU CAN LEARN
HYPNOTISM
Try FREE Five Days!**





Franz Anton Mesmer
1734-1815

Le fluide magnétique



LES COMMISSIONS DE LOUIS XVI

- Se compose de médecins de la Faculté de Médecine de Paris et de membres de l'académie des sciences (Benjamin Franklin, Lavoisier, Guillotin, Borie, Darcet, Bailly)
- Les conclusions : « Les effets produits par ces prétendus moyens de guérison sont tous dus à l'imitation et à **l'imagination** »
- Deslon publie un contre-rapport et critique les méthodes et les conclusions des commissaires. Il remarque que « Si la médecine d'imagination est la meilleure, pourquoi ne ferions nous pas de la **médecine d'imagination?** »

L'imagination peut elle soigner ?

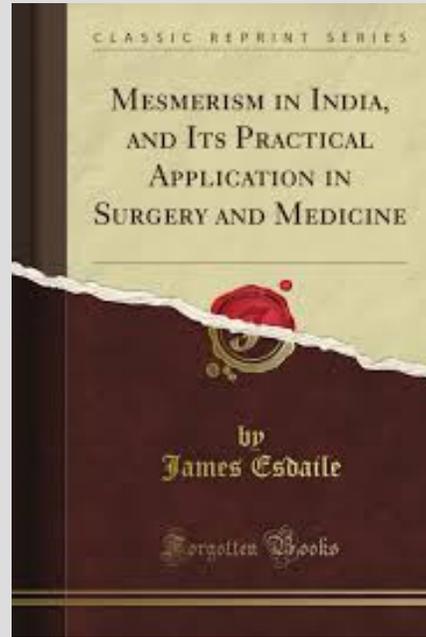
Amand Marie Jacques de Chastenet (1751 – 1825)





James Esdaile 1808 -1859

2000 interventions
Hôpital Mesmérisme



Jules Cloquet 1790-1883

1829 : Mastectomie
sous mesmero anesthésie

James Braid
1795 -1860

La fixation
et
Le sommeil nerveux





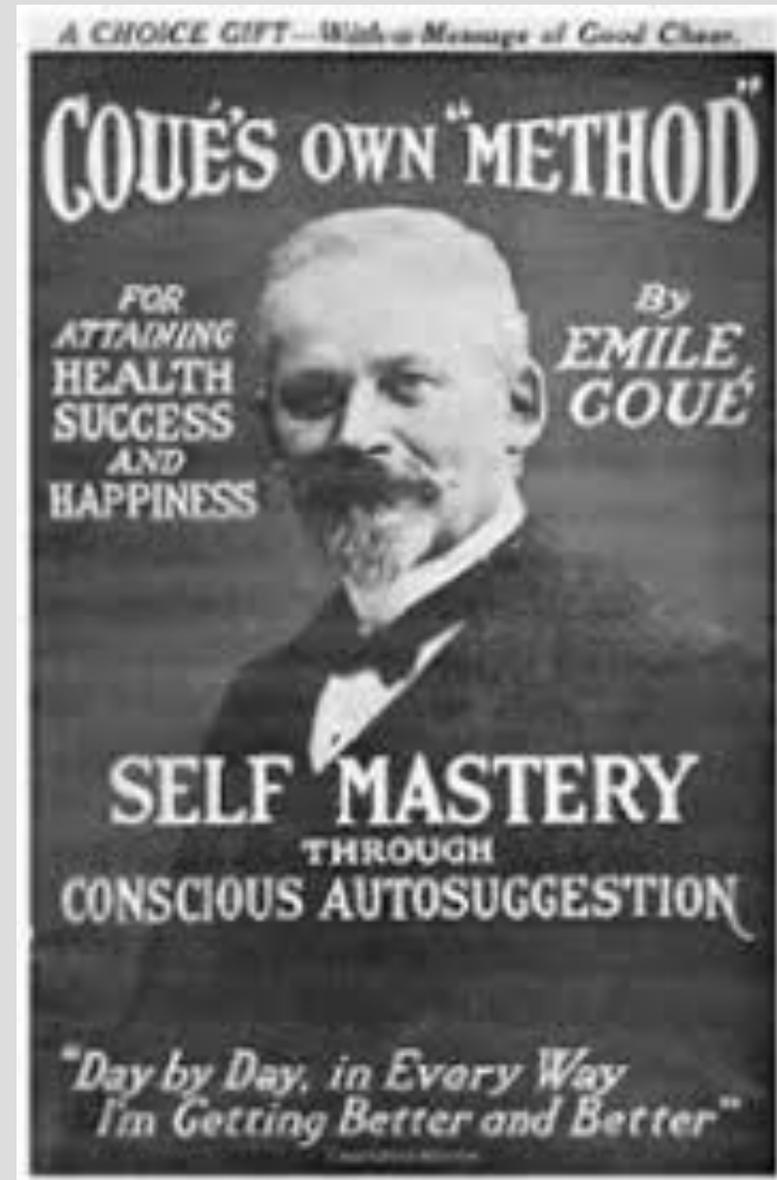
**Ecole de Nancy (Ambroise Auguste Liébeault 1823- 1904
Hippolyte Bernheim 1840 – 1919)**

Tout est dans la suggestion



Emile Coué
1857 – 1926

L'auto suggestion consciente





Jean Martin Charcot
1825 – 1893

L'hypnose est une manifestation de l'hystérie



Sigmund Freud
1856-1939

L'hypnose cathartique



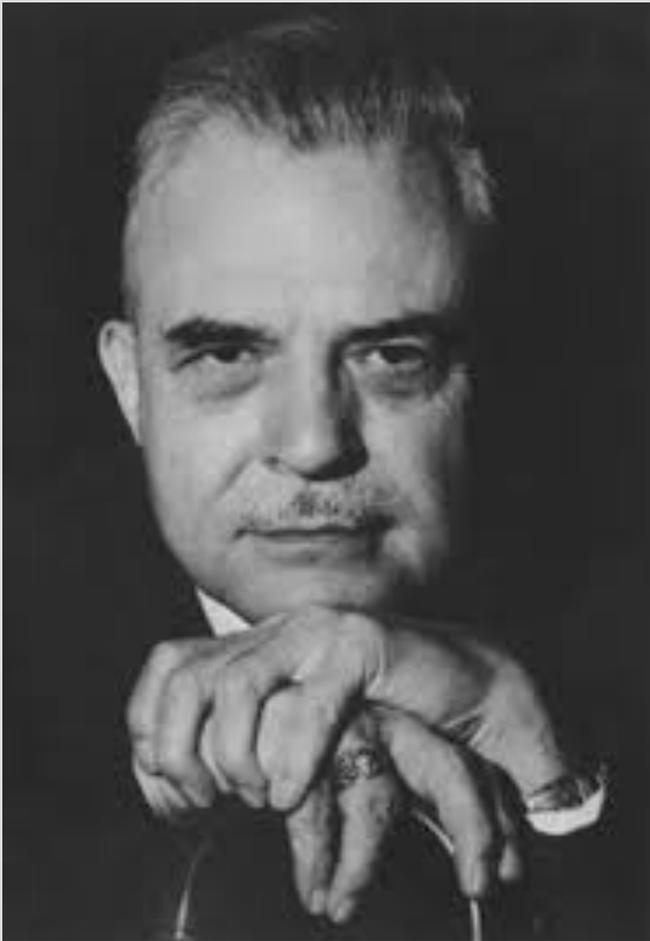
Sándor Ferenczi
1873 – 1933

La relation
Thérapeutique

Alfonso Caycedo
1932 – 2017

La sophrologie





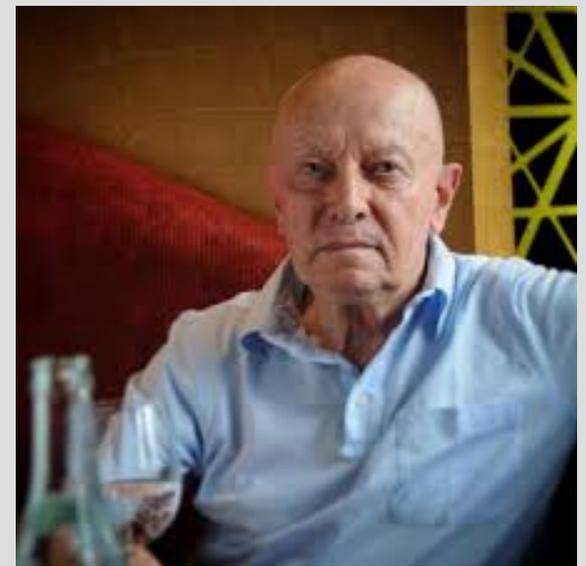
Milton Hyland Erickson
1901 – 1980

Le renouveau



Léon Chertok
1911 - 1991

Naissance
De
L'hypnose médicale



François Roustang
1923 - 2016



Jean Marc Benhaiem

QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?

Etat de veille

Etat de veille



Etat de veille

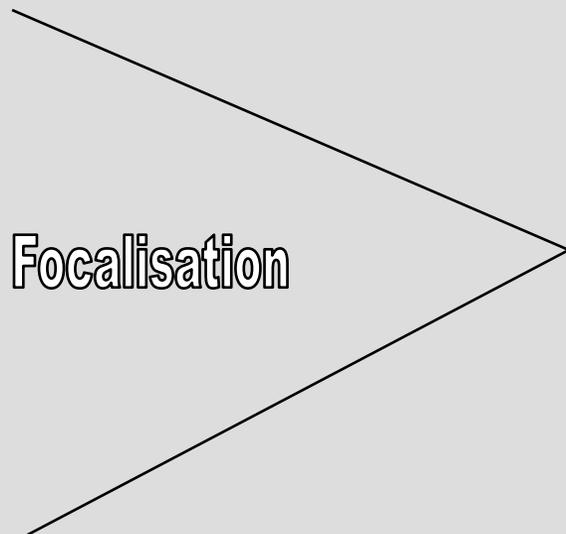
Etat de veille



Focalisation

Etat de veille

Etat de veille



Focalisation

LA FOCALISATION ET SES EFFETS THERAPEUTIQUES





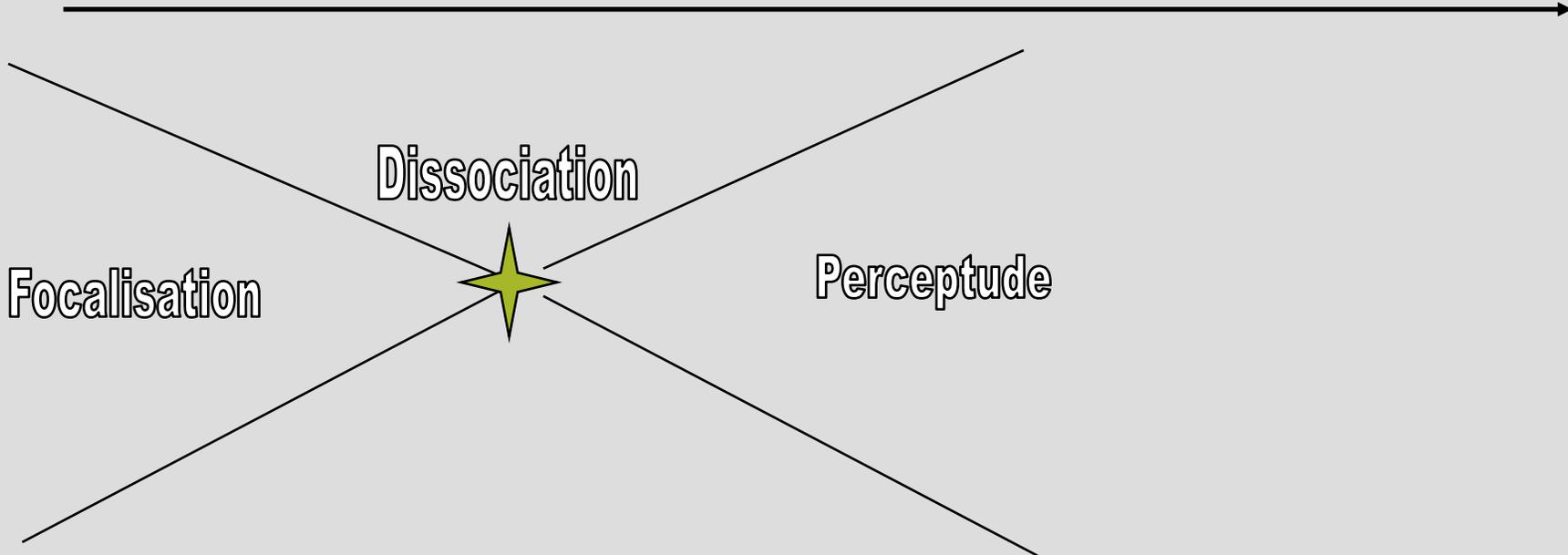
Etat de veille

Etat de veille



Etat de veille

Etat de veille



Etat de veille

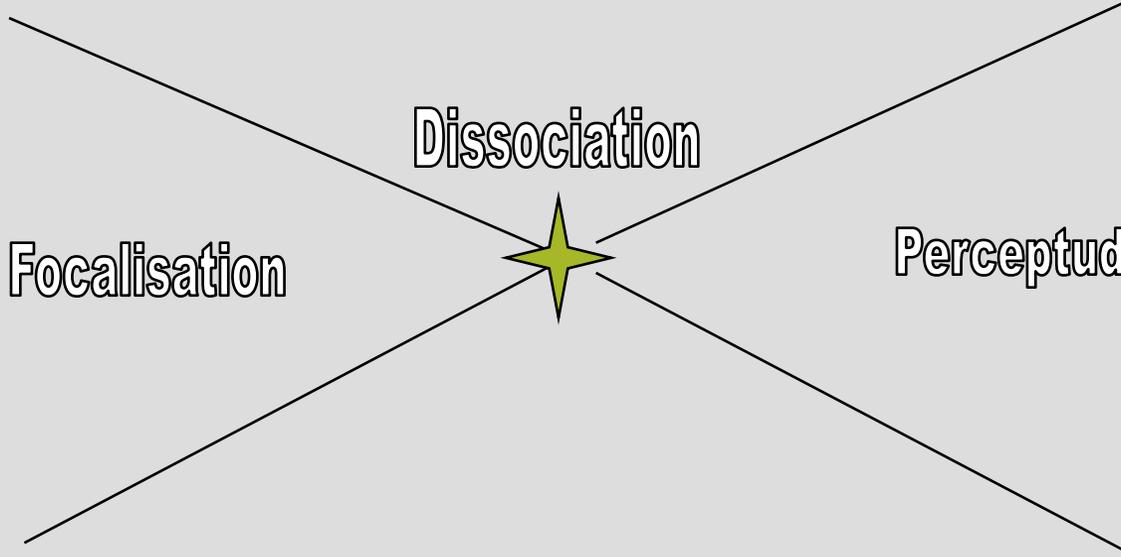
Etat de veille



Dissociation

Focalisation

Perceptude



Etat de veille

Veille paradoxale

Etat de veille



Dissociation

Focalisation

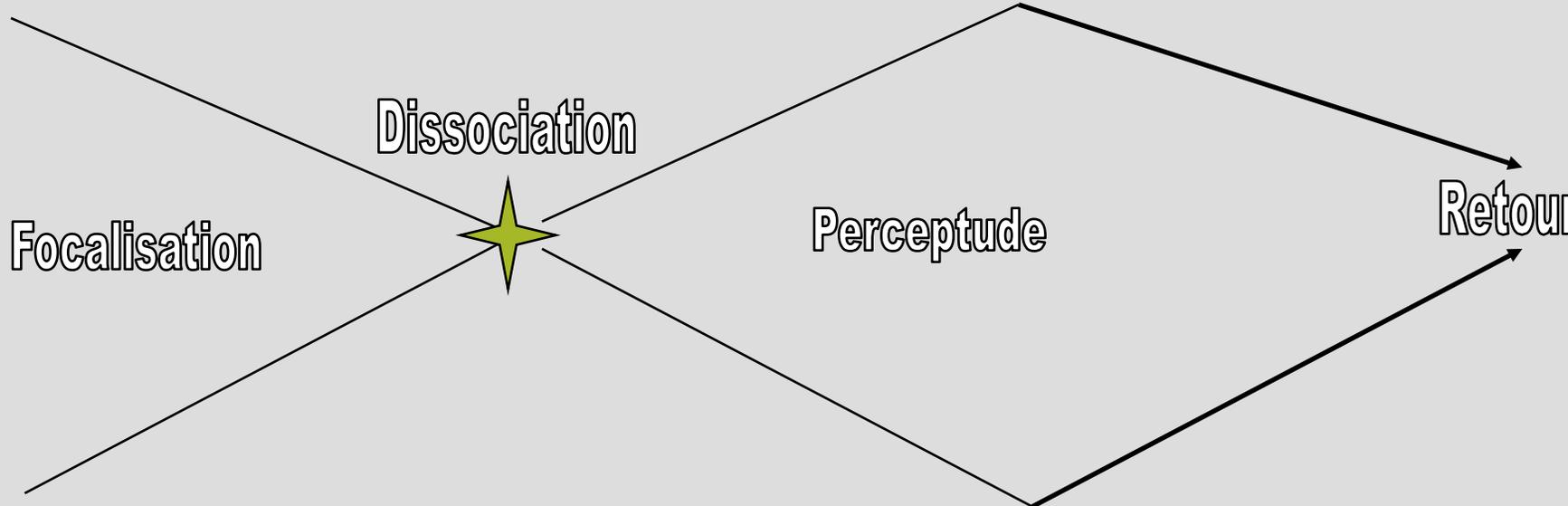
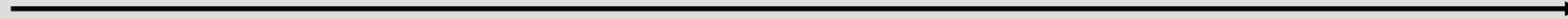
Perceptude



Etat de veille

Veille paradoxale

Etat de veille



Dissociation

Focalisation

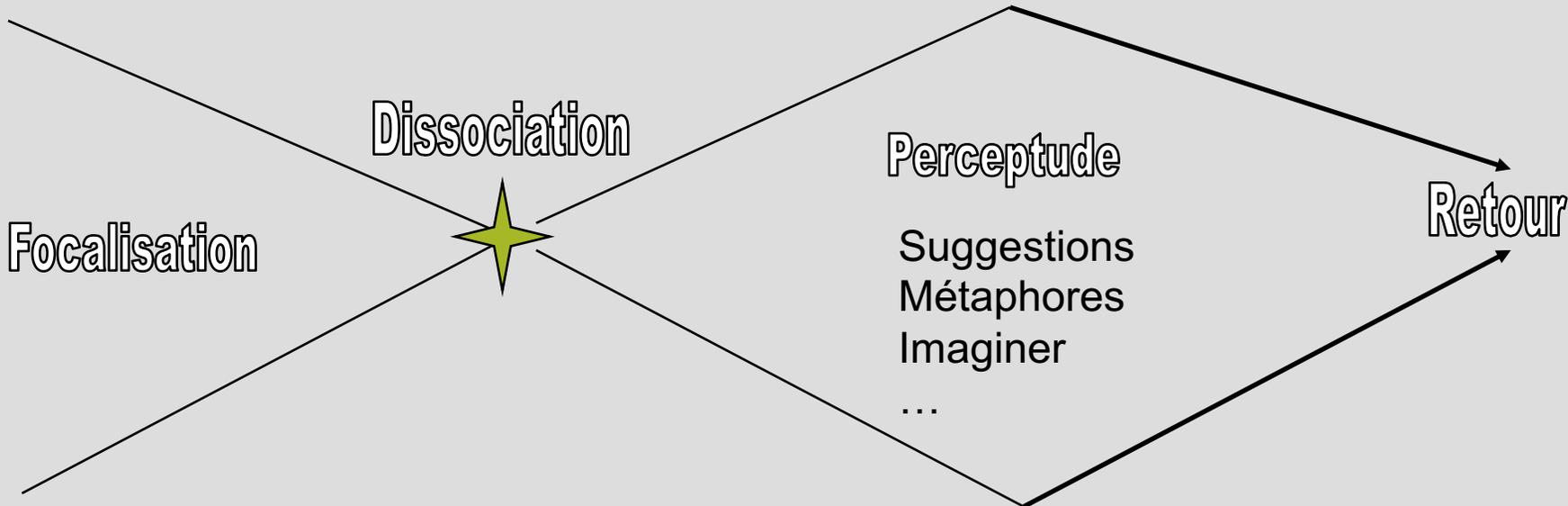
Perceptude

Retour

Etat de veille

Veille paradoxale

Etat de veille



Focalisation

Dissociation

Perceptude

Suggestions
Métaphores
Imaginer

...

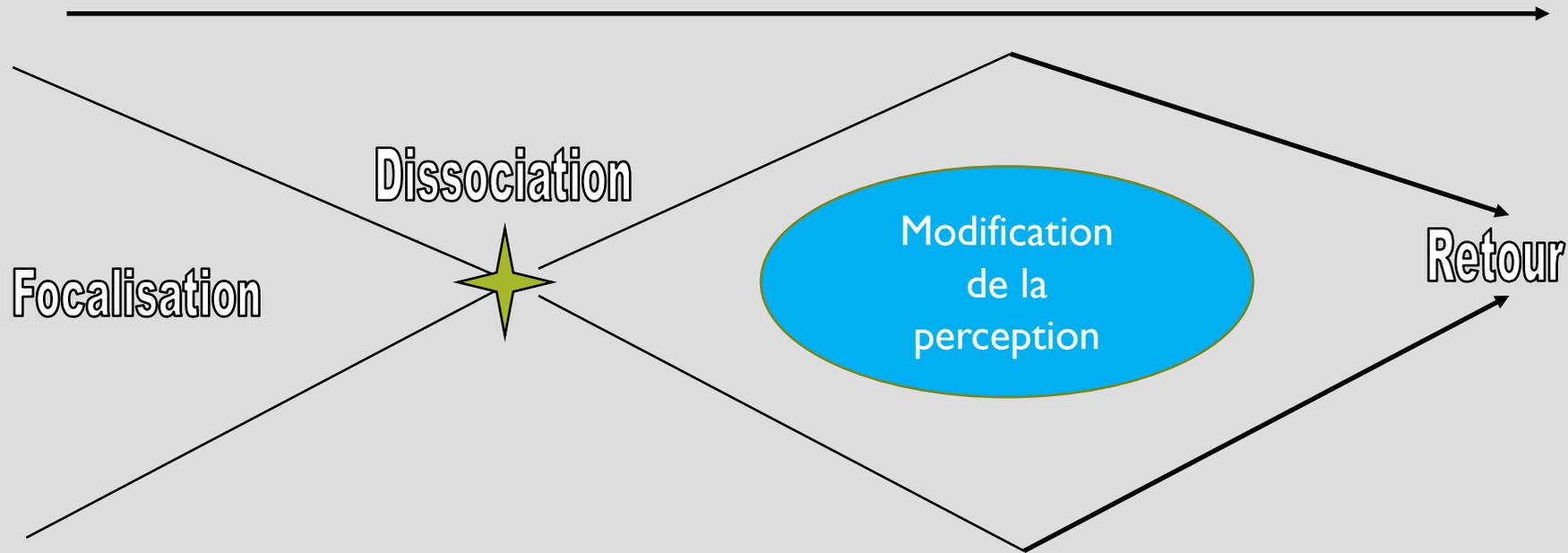
Retour

**Expérience de modification perceptive à visée
thérapeutique ayant lieu dans l'enceinte relationnelle
patient / thérapeute.**

Etat de veille

Veille paradoxale

Etat de veille



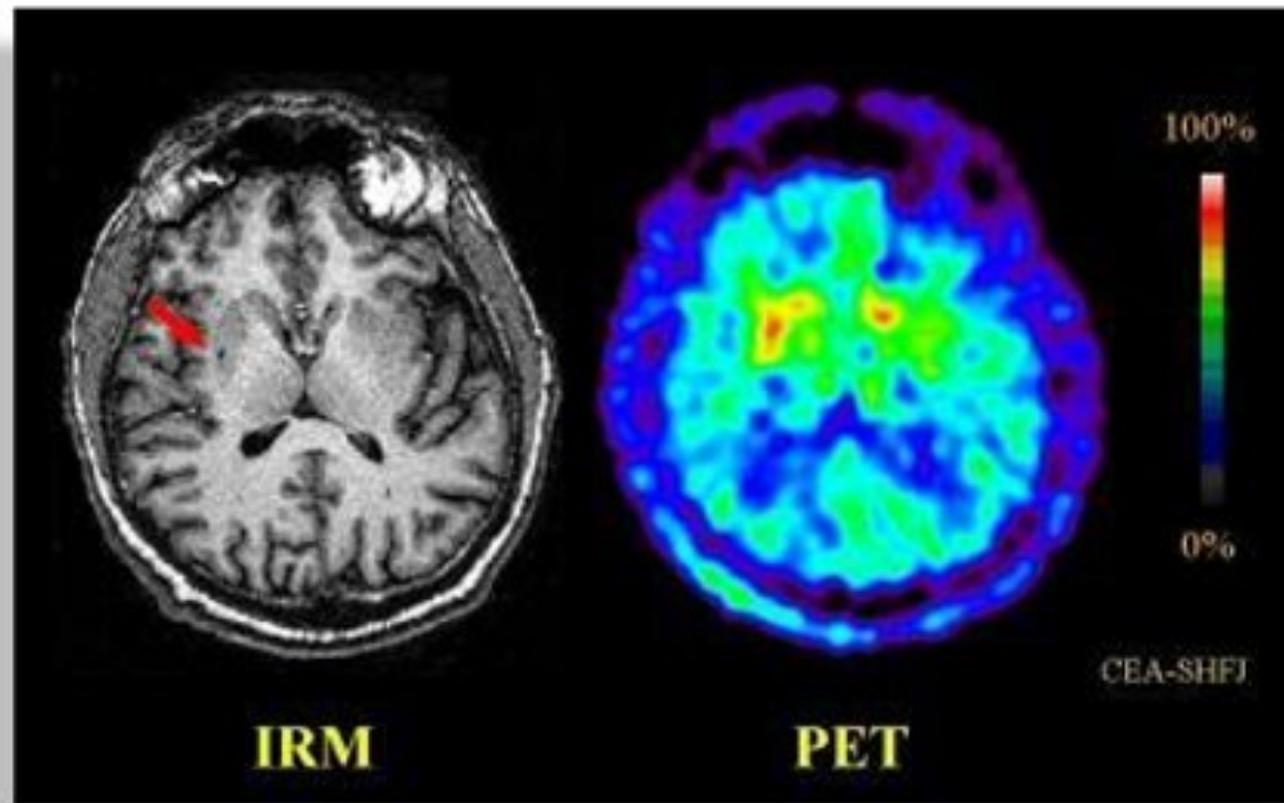
Dissociation

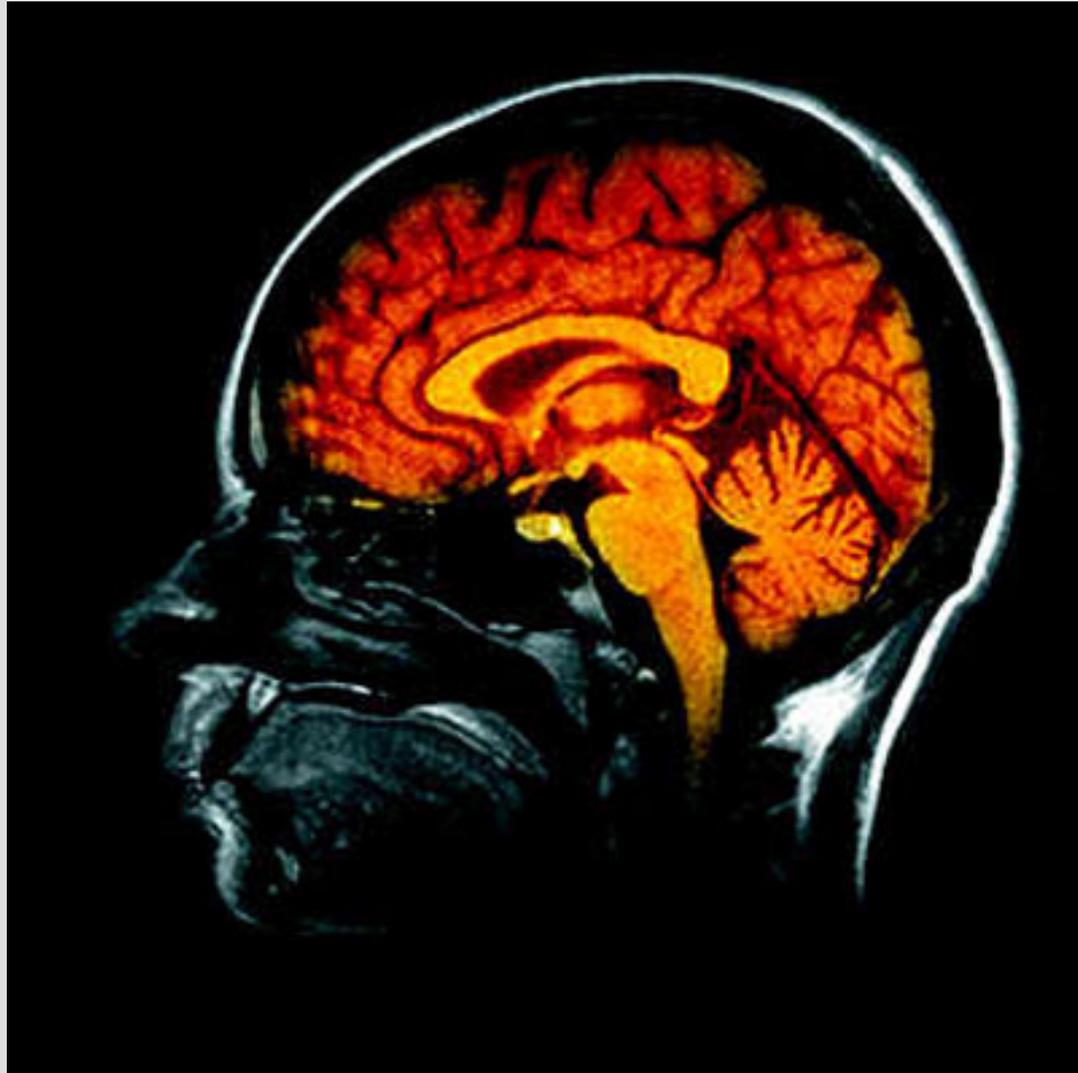
Focalisation

Modification
de la
perception

Retour

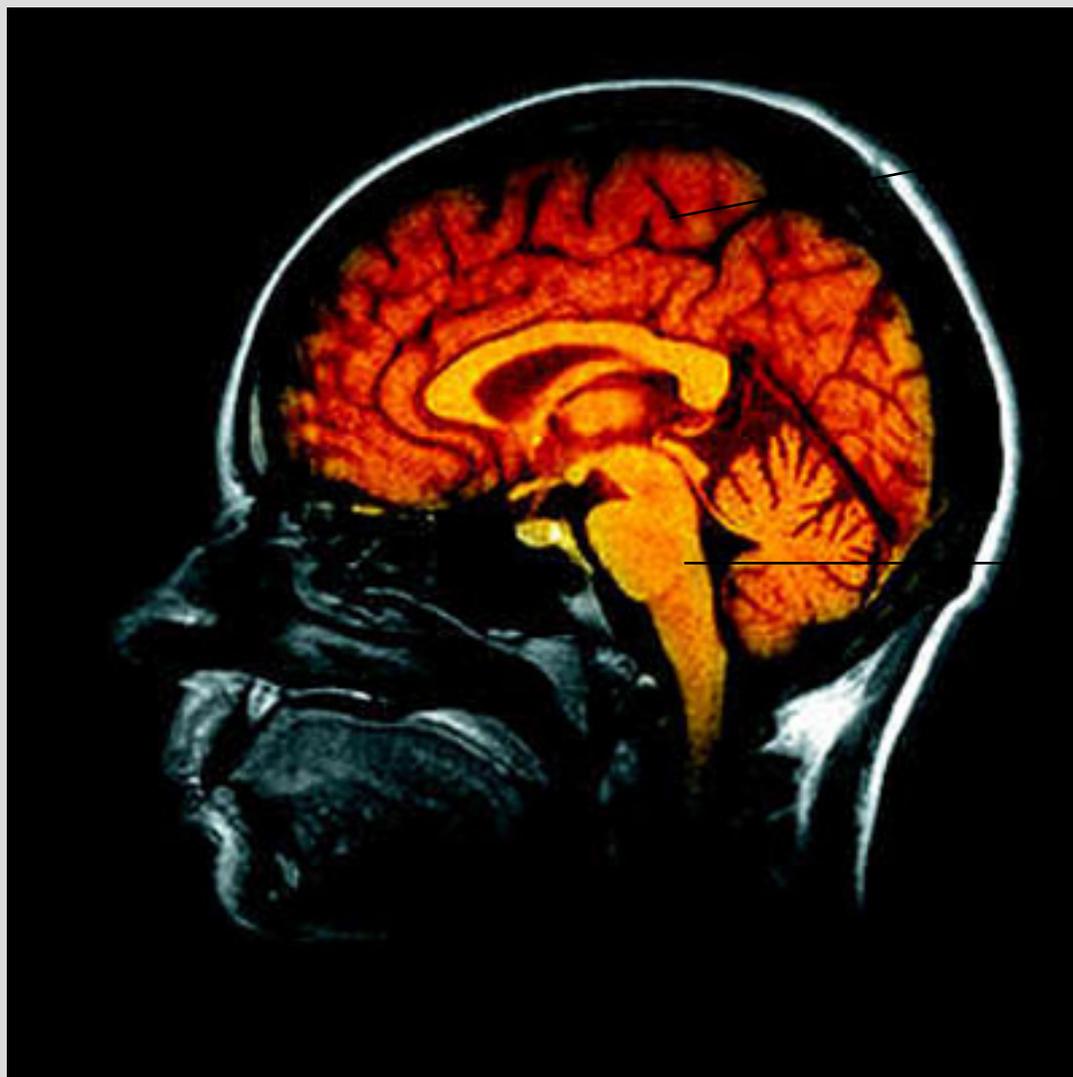
L'APPORT DE L'IMAGERIE FONCTIONNELLE





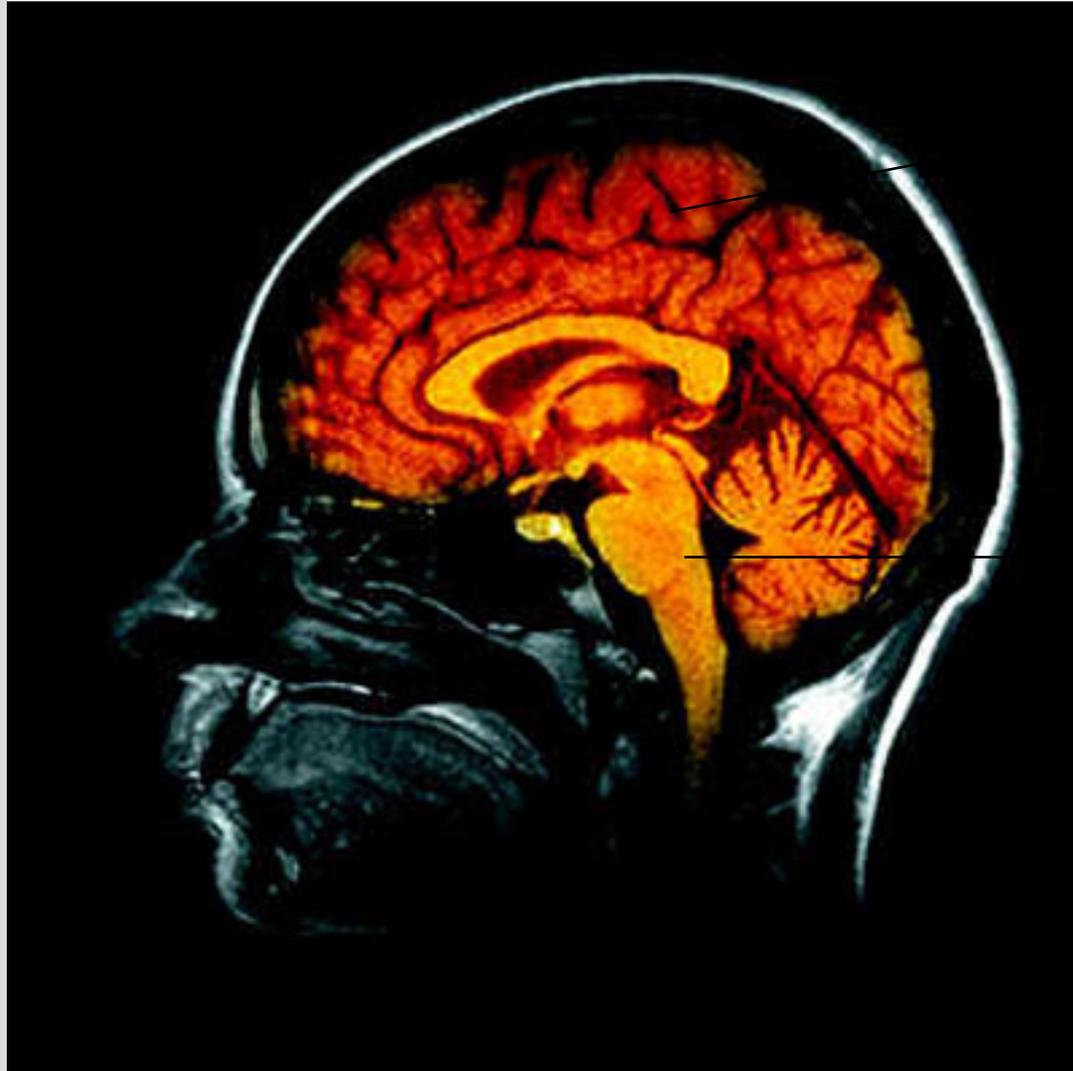


Diminution du DS
Secteur dorsal du
Tronc cérébral



Diminution du DS
Cortex somato sensoriel
Droits

Diminution du DS
Secteur dorsal du
Tronc cérébral



Diminution du DS
Cortex somato sensoriel
Droits

Représentation du corps

Diminution du DS
Secteur dorsal du
Tronc cérébral

Vigilance et arousal



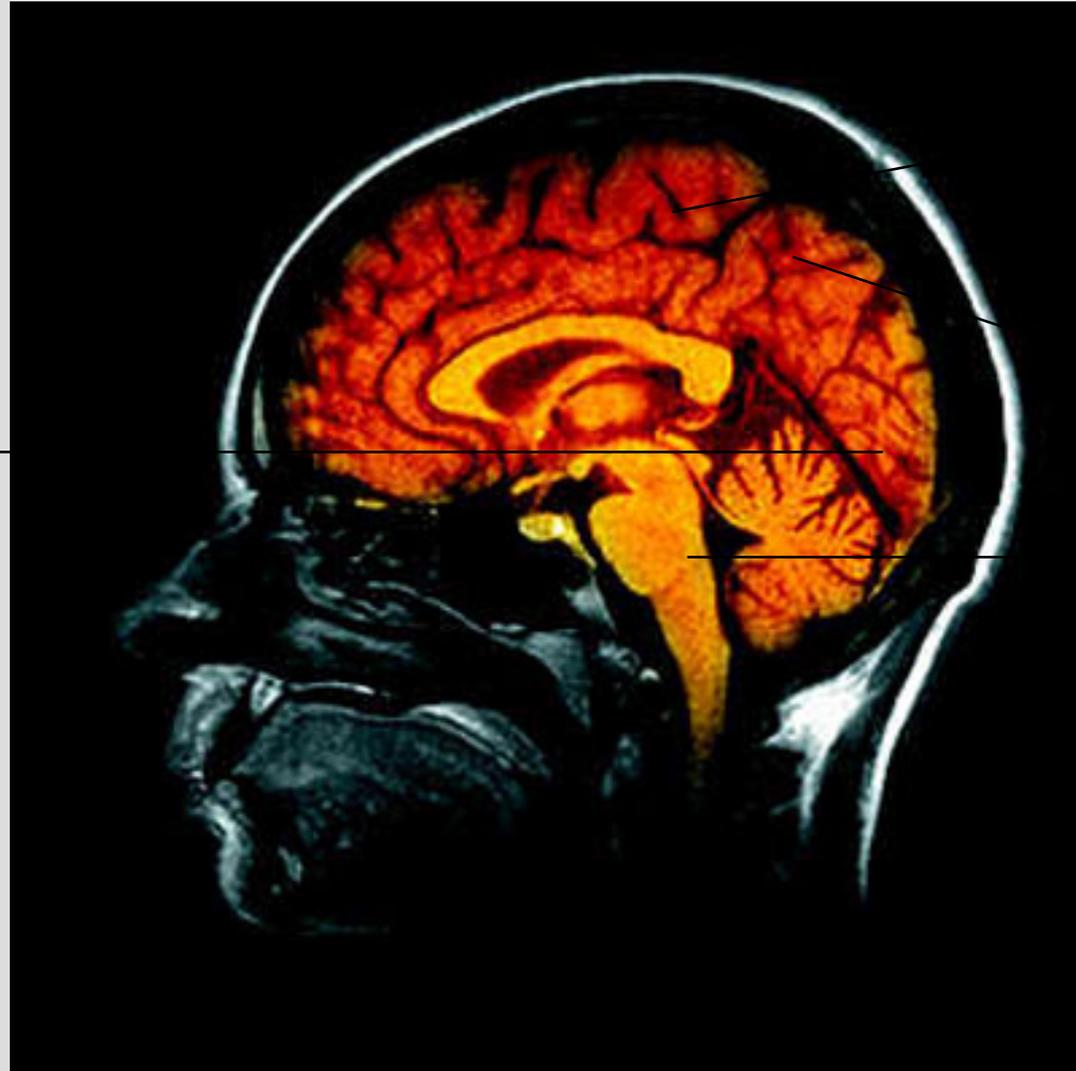
Diminution du DS
Cortex somato sensoriel
Droits

Représentation du corps

Diminution cortex
Pariétal postérieur droit

Diminution du DS
Secteur dorsal du
Tronc cérébral

Vigilance et arousal



Augmentation
Activité du cortex
Occipital

Diminution du DS
Cortex somato sensoriel
Droits

Représentation du corps

Diminution cortex
Pariétal postérieur droit

Diminution du DS
Secteur dorsal du
Tronc cérébral

Vigilance et arousal

UN CERVEAU RELAXE



Augmentation
Activité du cortex
Occipital

**Différent de la
Visualisation
Active**

Diminution du DS
Cortex somato sensoriel
Droits

Représentation du corps

Diminution cortex
Pariétal postérieur droit

Diminution du DS
Secteur dorsal du
Tronc cérébral

Vigilance et arousal





Tronc cérébral



Thalamus

Tronc cérébral

Cortex
Cingulaire
Antérieur

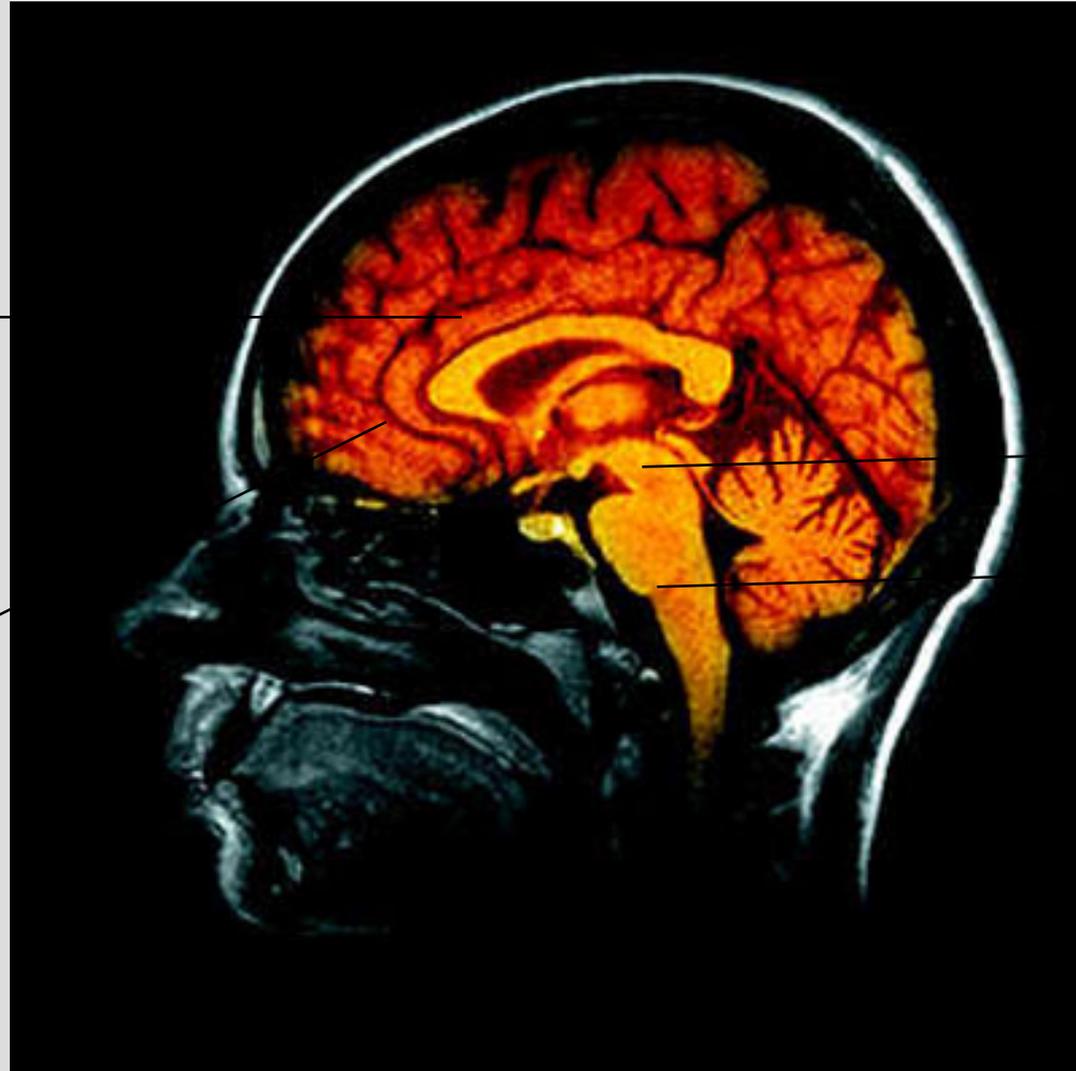


Thalamus

Tronc cérébral

Cortex
Cingulaire
Antérieur

Cortex
préfrontal



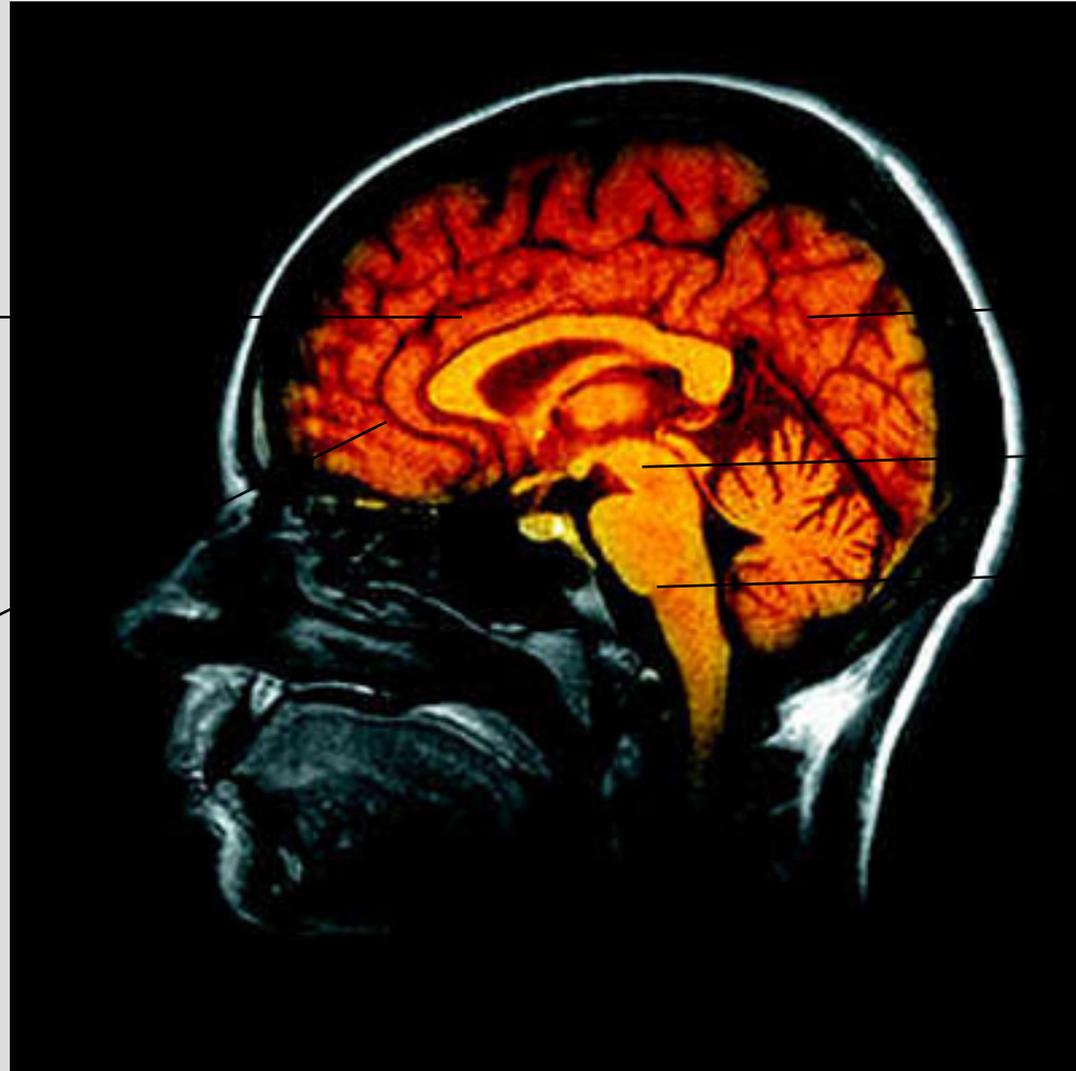
Thalamus

Tronc cérébral

UN CERVEAU ABSORBE

Cortex
Cingulaire
Antérieur

Cortex
préfrontal

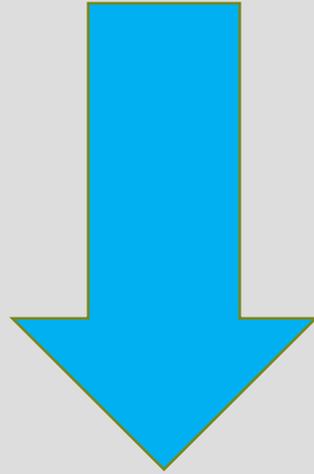


Régions
pariétales

Thalamus

Tronc cérébral

RELAXATION + ABSORPTION



ALTERNATIVES EXPERIENTIELLES

INDICATIONS DE L'HYPNOSE

- **Réinterpréter des sensations / des perceptions /des symptômes ...**
 - **Quelle que soit la pathologie !**
- **Contre indication formelle à l'hypnose: Pathologies dissociatives**
- **Contre indication relative : Déficience sensorielle**

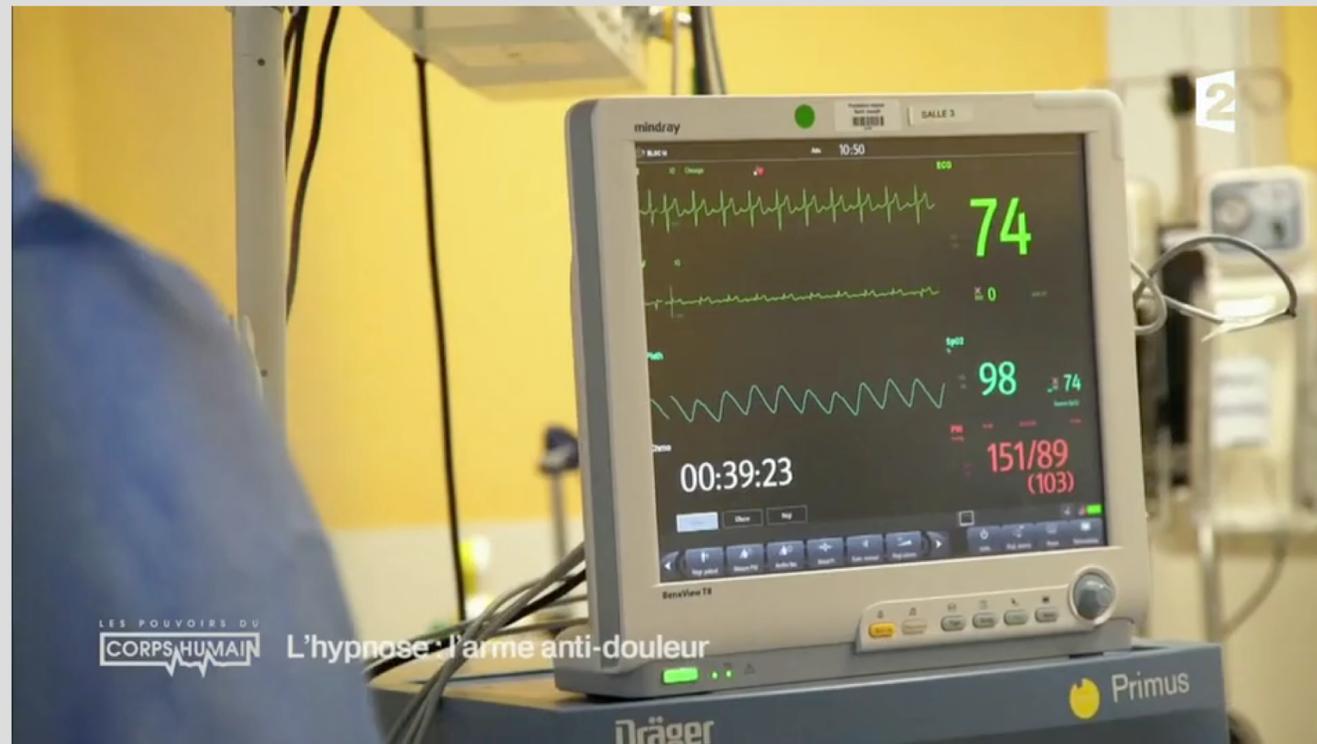
MODIFIER LA PERCEPTION : POURQUOI FAIRE ?

**L'hypnose
expérimentale**



MODIFIER LA PERCEPTION : POURQUOI FAIRE ?

Traiter une phobie

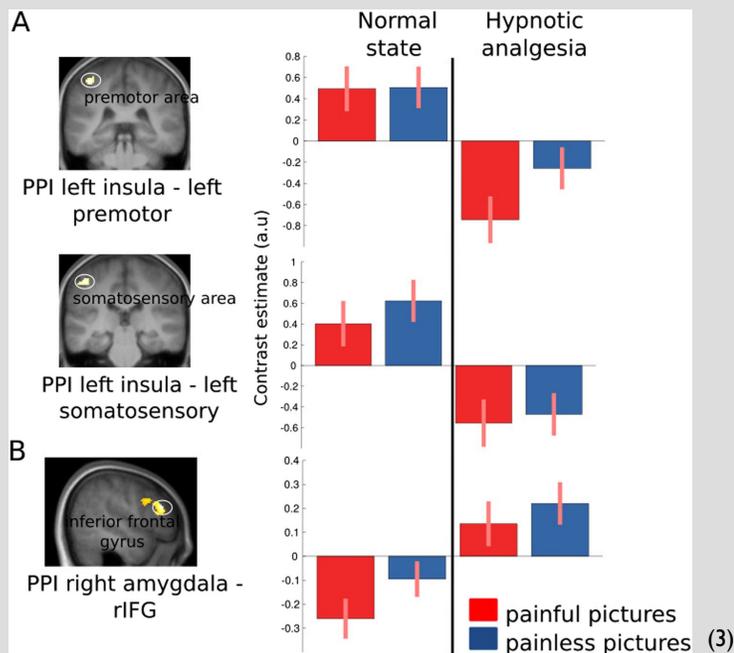


MODIFIER LA PERCEPTION : POURQUOI FAIRE ?

**Accompagner
un traitement
pénible**



HYPNOSE ET DOULEUR



. L'hypnose induit des changements robustes et reproductibles dans l'activité cérébrale des zones impliquées dans le traitement de l'information nociceptive (1)

. Changements spécifiques de l'activité corticale selon la *nature* même de la suggestion hypnotique :

Des suggestions thérapeutiques visant à diminuer l'**intensité** de la douleur induisent un changement d'activité du **cortex sensoriel**

Des suggestions visant à diminuer le **désagrément de la douleur** induisent un changement d'activité du **cortex cingulaire antérieur** (2)

(1) Abrahamsen et al., 2010 ; Derbyshire, Whalley, & Oakley, 2009 ; Derbyshire, Whalley, Stenger, & Oakley, 2004 ; Faymonville, Boly, & Laureys, 2006 ; Raji, Numminen, Narvanen, Hiltunen, Hari, 2005 ; Vanhaudenhuyse et al., 2009

(2) Rainville et al., 1997 ; Hofbauer et al., 2001

(3) Hypnotic analgesia reduces brain responses to pain seen in others, 2017, Claire Braboszcz, Edith Brandao-Farinelli & Patrik Vuilleumier

MODIFIER LA PERCEPTION : POURQUOI FAIRE ?

**La douleur
aigue**



DEUX APPROCHES

DOULEUR AIGUE

- Changer la perception du contexte
- Dissocier le corps de l'esprit
- Prévenir l'empreinte traumatique
- Vers une auto hypnose post opératoire ?

DOULEUR CHRONIQUE

- Modifier la sensation
- Dissocier la pénibilité émotionnelle de la composante sensorielle
- Auto hypnose quotidienne
- Travail sur les charges émotionnelles (dépression, anxiété, ESPT)

MODIFIER LA PERCEPTION : POURQUOI FAIRE ?

**La douleur
chronique**



Quelques techniques en douleur chronique

- Déplacement de la douleur
- Substitution de la douleur par une autre sensation
- Analgésie locale
- Distorsion temporelle
- Dissociation corporelle
- Exploration du sens de la douleur
- Amnésie
- Abaissement du seuil de la douleur
- Distraction



MODIFIER LA PERCEPTION : POURQUOI FAIRE ?

**La douleur
chronique**



CONCLUSION

- L'hypnose est un processus qui permet une modification de la perception
- Dans le contexte du soin, l'hypnose permet une modification perceptive à visée thérapeutique
- L'hypnose change le rapport du patient à ... (un objet / un traitement / une maladie / une douleur / un évènement ...)
- L'hypnose est une technique thérapeutique qui se rajoute à un savoir faire professionnel
- L'hypnose n'est jamais mise en compétition avec les autres traitements (médicamenteux, non médicamenteux ...)



MAIS Si
L'HYPNOSE
NE MARCHE
PAS?

RiA

HYPNOSE ET DOULEUR

- Douleur de cancer (Helkins, Cheung, Marcus, Palamara & Rajab, 2004 ; Spiegel & Bloom, 1983, Tomé-Pires & Miro, 2012)
- Les lombalgies chroniques (McCauley, Thelen, Frank, Willard & Callen, 1983 ; Spinhoven & Lissen, 1989)
- L'arthrite (Gay, Philippot & Luminet, 2002)
- Les douleurs rhumatologiques (Geissner et al. 1994, Horton et Mitzdorf 1994)
- La polyarthrite rhumatoïde (Horton et Mitzdorf 1994 ; Geissner et col. 1994)
- Les crises drépanocytaires, (Dinges et Al., 1997)
- Le troubles de l'ATM (Simon&Lewis, 2000 ; Winocur, Gavish, Emodi-Perlman, Halachimi&Eli, 2002 ; Zhang Y, Montoya L, Ebrahim S, et al, 2015),
- La fibromyalgie (Haanen et al. 1991 ; Castel et al. 2009, Castel et col. 2007 ; Grondahl et Rosvold 2008, Castel et col. 2012)
- Le handicap physique (Jensen et al. 2005), les douleurs neuropathiques (Jensen et Patterson 2006, Jensen et col. 2009)
- Le syndrome de l'intestin irritable (Lindfors, Unge et al., 2012 ; Moser, Tragner et al., 2014)
- Les céphalées (Adachi, Fujino, Nakae, Mashimo et Sasaki, 2014)
- Etiologies mixtes (Appel & Bleiberg 2005-2006 ; Edelson & Fitzpatrick 1989 ; Melzack & Perry 1975).

HYPNOSE ET DOULEUR

- Montgomery, Duhamel et Redd / méta analyse en 2000 : « l'hypnose est une technique antalgique plus efficace que les approches psychologiques, en particulier dans la gestion de la douleur du cancer ou des brûlures ».
- Jensen et Patterson en 2014 / revue des études cliniques de 2001 à 2014. « l'hypnose est efficace pour réduire la douleur chronique, bien que les effets varient selon les individus ».
- Adachi, Fujino, Nakae, Mashimo et Sasaki 2014 / méta analyse sur l'utilisation de l'hypnose dans la douleur chronique:
 - Absence de preuves suffisantes quant à l'apport de l'hypnose dans le cadre des céphalées (comparativement à d'autres thérapeutiques).
 - l'hypnose montre une bonne efficacité dans la gestion de la douleur chronique non céphalalgique comparativement à un groupe contrôle sur liste d'attente et que l'effet size est plus important que dans d'autres approches psychologiques telles que la TCC.

HYPNOSE ET DOULEUR

L'hypnose induit des changements robustes et reproductibles dans l'activité cérébrale des zones impliquées dans le traitement de l'information nociceptive (Abrahamsen et al., 2010 ; Derbyshire, Whalley,& Oakley, 2009 ; Derbyshire, Whalley, Stenger,&Oakley, 2004 ; Faymonville, Boly,& Laureys, 2006 ; Raji, Numminen, Narvanen, Hiltunen,1 Hari, 2005 ; Vanhaudenhuyse et al., 2009)

Changements spécifiques de l'activité corticale selon la *nature* même de la suggestion hypnotique : des suggestions thérapeutiques visant à diminuer l'intensité de la douleur induisent un changement d'activité du cortex sensoriel alors que des suggestions visant à diminuer le désagrément de la douleur induisent un changement d'activité du cortex cingulaire antérieur (Rainville et al., 1997 ; Hofbauer et al., 2001).

HYPNOSE ET DOULEUR

- Douleur de cancer (Helkins, Cheung, Marcus, Palamara & Rajab, 2004 ; Spiegel & Bloom, 1983, Tomé-Pires & Miro, 2012)
- Les lombalgies chroniques (McCauley, Thelen, Frank, Willard & Callen, 1983 ; Spinhoven & Lissen, 1989)
- L'arthrite (Gay, Philippot & Luminet, 2002)
- Les douleurs rhumatologiques (Geissner et al. 1994, Horton et Mitzdorf 1994)
- La polyarthrite rhumatoïde (Horton et Mitzdorf 1994 ; Geissner et col. 1994)
- Les crises drépanocytaires, (Dinges et Al., 1997)
- Le troubles de l'ATM (Simon&Lewis, 2000 ; Winocur, Gavish, Emodi-Perlman, Halachimi&Eli, 2002 ; Zhang Y, Montoya L, Ebrahim S, et al, 2015),
- La fibromyalgie (Haanen et al. 1991 ; Castel et al. 2009, Castel et col. 2007 ; Grondahl et Rosvold 2008, Castel et col. 2012)
- Le handicap physique (Jensen et al. 2005), les douleurs neuropathiques (Jensen et Patterson 2006, Jensen et col. 2009)
- Le syndrome de l'intestin irritable (Lindfors, Unge et al., 2012 ; Moser, Tragner et al., 2014)
- Les céphalées (Adachi, Fujino, Nakae, Mashimo et Sasaki, 2014)
- Etiologies mixtes (Appel & Bleiberg 2005-2006 ; Edelson & Fitzpatrick 1989 ; Melzack & Perry 1975).

HYPNOSE ET DOULEUR

L'hypnose induit des changements robustes et reproductibles dans l'activité cérébrale des zones impliquées dans le traitement de l'information nociceptive (Abrahamsen et al., 2010 ; Derbyshire, Whalley,& Oakley, 2009 ; Derbyshire, Whalley, Stenger,&Oakley, 2004 ; Faymonville, Boly,& Laureys, 2006 ; Raji, Numminen, Narvanen, Hiltunen,1 Hari, 2005 ; Vanhaudenhuyse et al., 2009)

Changements spécifiques de l'activité corticale selon la *nature* même de la suggestion hypnotique : des suggestions thérapeutiques visant à diminuer l'intensité de la douleur induisent un changement d'activité du cortex sensoriel alors que des suggestions visant à diminuer le désagrément de la douleur induisent un changement d'activité du cortex cingulaire antérieur (Rainville et al., 1997 ; Hofbauer et al., 2001).