



SOMMAIRE

« Les états « modifiés » de conscience »

Editorial

Jean-Félix Savary

p. 1

Les états modifiés de conscience

Jean-Dominique Michel

p. 2

Et si les drogues étaient en réalité bien moins addictives qu'on ne le pense ?

Interview de Carl Hart par François Roulet

p. 7

Place des thérapies basées sur « un état de conscience modifié » dans le champ des addictions

Jean-Marie Coste

p. 10

Hypnose et addiction

Gérard Salem

p. 14

L'application des interventions basées sur la pleine conscience dans le domaine des addictions

Daniela Dunker Scheuner et Valérie Rossier

p. 18

Psychothérapie et médication psychotrope : qu'est-ce qui fait que nous ne sommes pas des dealers ?

George M. Riesen

p. 22

Les hallucinogènes dans la thérapie des addictions

Robert Hämmig

p. 25

ÉDITORIAL

Les états modifiés de conscience nous font peur. Depuis le siècle des Lumières, nous avons appris à nous en méfier comme de la peste. En effet, en instaurant la raison comme fondement d'un comportement légitime dans les sociétés occidentales, il a rejeté toute modification de la conscience dans des pratiques d'*Ancien Régime* dépassées, teintées d'ésotérisme, de superstition, voire même de diableries. Nos sociétés modernes, libérales et démocratiques, reposent sur l'usage de la raison en toute conscience. Modifier les paramètres de l'exercice de la raison, c'est ainsi menacer la société toute entière. La révolution morale du XIX^e siècle viendra renforcer encore cet aspect, en associant toutes modifications cognitives à un défaut moral, à un vice qu'il convient de juguler.

Mal aimés, mal compris, les états modifiés de conscience nous sont pourtant bien connus. En effet, nous en faisons tous les jours l'expérience durant le sommeil, devant la télévision ou simplement en regardant par la fenêtre. Par un de ces petits clins d'œil de l'histoire, cette pensée cartésienne à la source de notre défiance envers eux, nous aura finalement appris que ces *états modifiés* seraient plutôt la norme, tant notre conscience passe par des états différents dans le cours d'une seule journée. Capables de capter les ondes que notre cerveau émet, nous avons progressivement pris conscience du caractère subjectif et somme toute très relatif de notre usage de la raison en toute conscience, qui ne serait ainsi qu'un état parmi d'autres. Les substances psychotropes ne seraient donc pas si étrangères à notre fonctionnement habituel. Elles viennent renforcer, compléter, éviter, contourner, diminuer, altérer nos réflexions. Elles le font peut-être de manière violente, non contrôlée, dommageable ou artificielle, mais il s'agit bien d'un prolongement d'un fonctionnement humain. Notre vision de l'altérité radicale des drogues ne serait ainsi que la conséquence d'un rationalisme étroit.

Plus surprenant encore, certains états particuliers de notre conscience pourraient même être bénéfiques pour notre santé. Par exemple, l'hypnose est de plus en plus utilisée dans la médecine. La pratique de la méditation a démontré scientifiquement son utilité, grâce aux neurosciences qui ont mesuré des changements bénéfiques dans l'organisation des circuits de notre cerveau. Par ailleurs, les recherches sur l'usage thérapeutique du LSD laissent entrevoir de nouvelles perspectives. Assurément, il nous reste encore beaucoup à apprendre dans ce vaste domaine qui s'ouvre, une fois levé le tabou sur les états modifiés de conscience.

Modestement, c'est sur ce chemin que s'engage ce nouveau numéro de *dépendances*. Il explore quelques questions qui nous occupent aujourd'hui. Comment comprendre les effets des drogues ? Quels outils thérapeutiques, travaillant sur la conscience, pouvons-nous utiliser en addictologie ? Par ces quelques réflexions introductives, nous espérons alimenter ce débat, afin de surmonter les dogmes qui nous tiennent éloignés de l'objet même qui nous occupe.

HYPNOSE ET ADDICTION

Dr Gérard Salem, psychiatre, directeur et formateur à Consyl, Lausanne

Pour la personne, l'addiction s'exprime presque toujours, dans un premier temps, par l'octroi de plaisir occasionnel ou, par l'acte, tenter de se soustraire à une douleur, à une souffrance. Pour l'usage de l'hypnose dans le champ thérapeutique, la démarche fait appel au même principe et l'hypnothérapeute tente de rejoindre la personne dans son mouvement intentionnel. L'expérience hypnotique semble, par ses effets naturels, comparables aux effets recherchés dans l'addiction. Elle se substituerait avantageusement. Cela procède en quelque sorte d'un échange d'expérience d'état modifié de conscience contre un autre. Echange permettant un nouvel apprentissage sous forme d'expérience. La charge de blâme et de honte qui accompagne bien souvent l'addiction exclue, la restauration de l'estime de soi et la confiance du patient est dès lors envisageable.

imiter le mouvement intentionnel

La philosophe genevoise Jeanne Hersch dit quelque part dans ses écrits que *comprendre quelqu'un, c'est imiter son mouvement intentionnel*. Cette phrase décrit exactement quelle devrait être l'attitude première d'un soignant envers son patient, en particulier s'il recourt à l'hypnose pour soulager ses souffrances. Milton Erickson, le psychiatre américain qui a révolutionné l'hypnose dès le milieu du siècle passé, ne procédait pas autrement. Offrant toujours une attention de haute qualité à ses patients, doté d'une intuition peu commune, il savait « entendre entre les mots », lire les expressions du visage et du corps, deviner l'intention cachée. Pour aborder l'usage de l'hypnose dans la thérapie des addictions, il me semble intéressant de recourir au même principe en essayant de saisir le mouvement intentionnel d'une personne souffrant d'addiction.

On le sait, presque toujours, il s'agit dans un premier temps pour le sujet, de se donner du plaisir occasionnellement, ou d'échapper à une douleur, une souffrance, un mal-être, par un acte. Cet acte consiste à consommer une substance donnée (alcool, tabac, drogue, nourriture), ou à se livrer à une activité particulière, de sorte d'éprouver une forme d'ivresse (jeu excessif, conduite extrême, *workholisme*, fièvre acheteuse, etc.). Cet état peut revêtir un attrait suffisant pour que le sujet soit tenté d'y revenir, surtout s'il répond à un besoin de celui-ci. Dans un deuxième temps, cet acte se répète indéfiniment sans que le sujet en conserve le contrôle : il est sous son emprise – une emprise d'intensité variable, souvent croissante.

LA DEMANDE D'HYPNOSE

Les praticiens d'hypnose, psychiatres, psychologues, omnipraticiens, infirmières reçoivent aujourd'hui maints patients qui leur demandent de les aider à faire un sevrage d'alcool ou de tabac. La demande peut s'étendre à d'autres formes d'addiction, du cannabis aux benzodiazépines, en passant par les drogues dures. Le sevrage par hypnose peut compléter utilement les prescriptions de médicaments, et dans certains cas même se substituer à ceux-ci.

Mais l'hypnose prouve aujourd'hui son utilité même après la phase du sevrage physique, lorsqu'il s'agit de redécouvrir ce qu'est la vie sans conduite addictive.

L'hypnose médicale est une méthode thérapeutique non spécifique d'abord, consistant à faciliter la survenue d'états modifiés de conscience chez le patient, en vue de soulager ses souffrances tout en stimulant ses compétences psychobiologiques. Ces états modifiés de conscience sont caractérisés par une modification de la perception du sujet, perception de soi, de son corps, de sa personnalité, de ses souffrances. En médecine comme en psychiatrie, elle est utilisée pour améliorer les symptômes physiques ou psychiques du patient, ou comme complément utile aux autres mesures thérapeutiques, par exemple pour motiver le patient à s'autonomiser et à prendre soin de lui-même.

De ce fait, l'alliance et le style de relation qui s'instaurent entre le patient et l'hypnothérapeute sont des facteurs déterminants dès la première rencontre (comme dans n'importe quelle relation thérapeutique). Soyons plus précis : le talent d'un hypnothérapeute consiste à réveiller le talent du patient. Sa façon de catalyser les ressources naturelles du patient (« aires fonctionnelles du Moi ») permet à celui-ci non seulement de s'acheminer vers la guérison, mais de différencier sa personnalité en permettant une meilleure affirmation de soi.

SURVOL HISTORIQUE RAPIDE

Les phénomènes hypnotiques sont vieux comme le monde. Leur usage thérapeutique date du chamanisme antique et survit de nos jours dans les médecines dites parallèles. L'Occident y est venu plus tardivement. Au 16^e siècle, le jésuite Athanase Kircher hypnotisait des gallinacés, à titre expérimental. Au 18^e siècle, Anton Mesmer, médecin allemand, soignait ses patients par le « magnétisme animal ». Au siècle suivant, l'un de ses suiveurs, le chirurgien écossais James Braid a décrit ce phénomène comme un « sommeil nerveux », popularisant cette assimilation erronée de l'hypnose à du sommeil. Au 19^e siècle, Jean-Martin Charcot reste avec Pierre Janet une des grandes figures de l'hypnose en France.

Elève passager de Charcot à la Salpêtrière, profondément influencé par l'hypnose dans son invention de la psychanalyse, Freud a renoncé à cette discipline en prétendant qu'elle ne résolvait rien, le symptôme initial étant selon lui remplacé par d'autres symptômes substitutifs. De ce fait, l'hypnose a connu un important recul en France, hormis les précieuses contributions de Léon Chertok, et ce jusque dans les années 1990 (alors que nombre de travaux se développaient en Union Soviétique et plus tard aux USA).



Photo: Wikipédia

Evelyn de Morgan, *Night and Sleep*, 1878 (1855 - 1919) artiste-peintre de l'école préraphaélite anglaise. (Nyx, déesse de la nuit, et son fils Hypnos, dieu du sommeil ; l'une ouvre le manteau de l'obscurité, l'autre laisse choir de ses mains les pétales de fleurs de pavots)

Aujourd'hui, l'imagerie cérébrale permet d'observer et de mesurer de façon inédite le fonctionnement du système nerveux central ou du système nerveux digestif, et confirme les effets de l'hypnose sur les circuits neurobiologiques. L'état hypnotique n'est pas un état de sommeil. Bien au contraire, c'est un état vigile (tracé de veille à l'EEG), et même de *veille paradoxale* (pour reprendre une formule de François Roustang), qui est en miroir avec le *sommeil paradoxal* (comme le neurobiologiste Michel Jouvet désignait le rêve). La découverte des neurones-miroirs et de la neuroplasticité cérébrale ouvre des perspectives prometteuses dans la recherche clinique ou expérimentale, et confirme maintes observations des hypnothérapeutes.

L'hypnose est utilisable en beaucoup de domaines thérapeutiques. Elle connaît aujourd'hui un important essor, grâce à l'impulsion donnée par Milton Erickson dès le milieu du XX^e siècle. Ses applications se multiplient dans les hôpitaux comme en clinique ambulatoire, chez les adultes comme chez les enfants et les personnes âgées. Véritable art relationnel, elle permet d'accompagner toutes les formes de souffrance liées à la perception : anxiété, angoisse, douleur infligées lors d'interventions, syndromes douloureux aigus ou chroniques, altération de la perception de soi-même, d'autrui ou de l'environnement, gêne sensorielle, perturbations émotionnelles, et ainsi de suite.

PHASES DU PROCESSUS HYPNOTIQUE ET FORMES D'APPLICATION

L'*induction* est la provocation de l'état hypnotique. Elle peut être exécutée par le médecin sur le patient ou par le patient sur lui-même (autohypnose). Elle recourt à une *focalisation* intense de l'attention sur un stimulus sensoriel (visuel, cénesthésique, auditif), accompagnée de *suggestions*. Les métaphores et les suggestions facilitent l'installation d'un état *dissociatif* propice grâce auquel le sujet fait une *expérience correctrice*. Celle-ci va le soulager ou même parfois le guérir de son trouble.

Des suggestions *post-hypnotiques* servent à assurer l'ancrage mnésique de cette expérience, assimilable à un *apprentissage* significatif (concept sur lequel Erickson mettait l'accent).

L'hypnose peut être pratiquée de façon autoritaire et *directive* (école traditionnelle) ou de façon indirecte et *permissive* (école ericksonienne), selon le thérapeute, selon les situations, selon l'état actuel et le profil de personnalité du patient. L'approche directive recourt volontiers à des suggestions directes (*vous vous sentez de plus en plus détendu, votre respiration s'approfondit, la douleur et les nausées s'en vont*), alors que l'approche permissive préfère les suggestions indirectes, métaphoriques ou narratives (dans le cas d'une dyspnée par exemple : *vous le voyez, ce navire qui s'éloigne toutes voiles gonflées vers l'horizon ?*). Dans les deux situations, la réactivité accrue du patient aux suggestions permet d'obtenir une détente profonde, qui permet de se détacher du symptôme (ou du thème problématique), et de l'examiner à distance (*dissociation*).

Certains automatismes sont facilités (catalepsie, automatismes idéo-moteurs, lévitation de la main, mouvements pseudo-athétosiques). Ils sont ratifiés et commentés par le thérapeute en vue du changement escompté (*recadrages* thérapeutiques). L'expérience, lorsqu'elle est réussie, est vécue comme correctrice et peut amener un changement significatif dans l'équilibre psychobiologique du sujet et dans ses motivations.

SOIGNER UNE ADDICTION

Les spécialistes de l'addiction considèrent aujourd'hui que les personnes qui en sont victimes sont piégées dans un comportement répétitif, de plus en plus prévisible. Qu'en outre ces personnes perdent le contrôle de leur comportement addictif et que tout appel à la volonté devient inutile. Qu'enfin, elles ont tendance à dénier les conséquences de leur addiction. Une évolution décisive semble se faire dans la redéfinition et le traitement des dépendances en tout genre. Les addictologues revendiquent pour le sujet dépendant le statut de *malade* au sein d'une société addictogène. Ainsi, la honte, la culpabilité, la responsabilité ne sont plus de mise. (Du point de vue des thérapeutes ericksoniens, ce « recyclage » du concept de dépendance en termes de maladie est certes utile pour la protection et la dignité du patient, mais reste problématique sur le plan thérapeutique, puisqu'il s'agit ici encore d'une nouvelle étiquette, qui le réifie médicalement au lieu de lui restituer son identité de sujet).

Par ailleurs, il est capital de comprendre l'histoire et les raisons de cette addiction. Ceci facilitera la remotivation du patient à renoncer à son addiction, et l'aidera à restaurer sa capacité de décider par lui-même (comme le souligne entre autres Michel Lejoyeux, qui dirige un service d'addictologie à Bichat).

Maintes stratégies thérapeutiques sont déployées : soutien et accompagnement souple, sevrage progressif, substitutions médicamenteuses, entretiens motivationnels, entraînement à la balance décisionnelle, programmes de thérapie cognitivo-comportementale, thérapie de couple ou de famille, groupes de paroles, exercices de relaxation ou de pleine conscience, hypnothérapie, psychothérapie, etc. L'accent est mis sur le travail d'équipe et l'interdisciplinarité. Examinons de plus près l'apport de l'hypnose dans ce paysage.

HYPNOSE ET ADDICTION

Le thérapeute informe d'abord le patient de cette méthode, démystifie ses aspects magico-religieux et les préjugés qui l'entourent. Il est essentiel de créer une bonne alliance, dans un climat de sécurité et de confiance. Il est rare que l'on pratique l'hypnose dès la première rencontre. Le choix du procédé varie selon les patients et selon l'objectif visé.

Dans n'importe quelle forme d'addiction, il est utile que le patient expérimente une détente profonde, qu'il explore en toute sécurité ses capacités de modifier sa perception physique, émotionnelle et mentale de lui-même, de sorte à diminuer sa réactivité aux stimuli (stress, anxiété, *craving*, etc.). A cette occasion le thérapeute peut lui suggérer de créer et d'ancrer une zone de sécurité en lui (*safe place*), associant le plus souvent la représentation d'une scène plaisante à une sensation corporelle agréable et rassurante.

Ce lieu de sécurité personnel l'aidera par exemple à supporter les sensations liées au manque et au craving, en leur substituant une sensation de félicité naturelle, qui ne dépend pas du tout de la consommation d'une substance ou d'un passage à l'acte compulsif.

L'induction est provoquée par des suggestions en chaîne (focalisation de l'attention sur un stimulus sensoriel, ou sur un thème narratif dans l'hypnose indirecte). Le thérapeute favorise des associations d'idées et d'images entre le comportement psychomoteur du patient, le type de sensations qu'il éprouve et de pensées qui lui viennent, et l'objectif visé par l'intervention thérapeutique (allègement du symptôme, changement de disposition psychologique, motivation nouvelle).

Des suggestions *post-hypnotiques* viennent consolider les effets de l'expérience pour les heures ou les jours qui suivent. Le patient est souvent invité à s'exercer seul aussi, entre les séances thérapeutiques, en pratiquant une méthode d'autohypnose similaire à celle qu'il a vécue pendant la séance, et que le thérapeute lui enseigne. Il est recommandé aussi pour le patient de s'entraîner à l'autohypnose en groupe avec d'autres patients, parallèlement aux séances individuelles.

Il importe aussi de repérer rapidement les ressources du patient (et de son entourage proche). En d'autres termes, ce qui n'est pas altéré et qui « va bien », pour le mettre à profit dans l'intervention thérapeutique (capacités intellectuelles, imagination, habileté manuelle, marottes inattendues, aptitudes créatives, apprentissages antérieurs, expériences de résilience, relations affectives significatives et précieuses, etc.).

UNE EXPÉRIENCE SUBSTITUTIVE

Il importe d'offrir avant tout une présence attentive à la personne du patient, à son histoire, à son milieu, à la manière dont il s'est laissé prendre par l'addiction. Puis d'explorer avec soin quels effets sont recherchés au moyen de l'acte addictif, aussi bien sur le plan physique que sur le plan émotionnel, psychologique et mental. Le plus souvent, il s'agit de bien-être, ou de soulagement, ou de galvanisation, éventuellement d'ivresse. Ces effets entrent dans la catégorie des états modifiés de conscience, tout comme l'hypnose, quelle que soit la substance consommée ou la conduite itérative en cause. En ce sens, les personnes souffrant d'addiction sont favorablement prédisposées à l'hypnose, dont les effets leur seront plus familiers et plus immédiatement sensibles qu'à d'autres sujets.

Comme on le voit, les choses se passent comme si l'expérience hypnotique, semblable par ses effets naturels aux effets recherchés artificiellement dans l'addiction, se substituait de façon avantageuse à cette dernière.

En quelque sorte, l'on troque un état modifié de conscience contre un autre. Cette expérience équivaut à un apprentissage nouveau comme l'aura été l'addiction, recadrée elle aussi comme un apprentissage, mais incluant des désagrèments dont l'hypnose est complètement dépourvue. Ce recadrage a l'avantage de désamorcer toute la charge de blâme et de honte qui accompagne l'addiction et de restaurer un peu d'estime de soi et de confiance chez le patient, ce qui renforcera son désir de consolider ses progrès.

Courriel :

gerard.salem@gmail.com

www.consyl.ch

Bibliographie :

Erickson M.H. *The collected papers of Milton Erickson on hypnosis*. Ed. Irvington, New York, 1980. trad. française *Intégrale des articles de M. Erickson*, Ed. Satas, Bruxelles, 1999.

Haley J. *Un thérapeute hors du commun. Milton H. Erickson*. Ed. EPI, Paris, 1990.

Hersch J. *L'étonnement philosophique (De l'école Milet à Karl Jaspers)*, Poche, Ed. Gallimard, Paris, 1993.

Lejoyeux M. *Addictologie*. Ed. Masson, Paris, 2008.

Rosen S. *Ma voix t'accompagnera. Milton Erickson raconte*. Ed. Hommes et Groupes, Paris, 1998.

Rossi E.L. *Psychobiologie de la guérison. Influence de l'esprit sur le corps*. Ed. Le souffle d'or, Paris, 2002.

Roustant F. *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Ed. Minuit, Paris, 1994.

Salem G. *L'hypnose*. in : N. Duruz, M. Gennart. *Traité de psychothérapie comparée*. Ed. Médecine & Hygiène, Genève, Paris, 2002, p. 345-373.

Salem G., Bonvin E. *Soigner par l'hypnose*. Ed. Masson, Paris, 2012 (5e édition).

Salem G. *Le combat thérapeutique*. Ed. Armand Colin, Paris, 2012 (2e éd.)

Sites internet :

www.irhys.ch (Institut Romand d'Hypnose Suisse)

www.smsh.ch (Société Médicale Suisse d'Hypnose)

www.ish.unimelb.edu.au/ish.html (Société internationale d'hypnose - ISH).

www.esh-hypnosis.org (Société Européenne d'Hypnose - ESH)

Formation en hypnose en Suisse et en France

La formation en hypnose médicale et thérapeutique est assurée en Suisse par deux associations professionnelles : la Société Médicale Suisse d'Hypnose (SMSh) et la Société d'hypnose clinique suisse (SHYPS). Elle s'adresse aux médecins, médecins-dentistes, psychologues, psychothérapeutes. Pour les deux sociétés, la formation dure au moins trois ans et comprend environ 300 heures incluant un programme de cours théoriques et pratiques, des supervisions, des interventions, l'étude de la littérature, la documentation des travaux avec les patients et l'évaluation finale.

Parmi les formations en France, signalons le D.U. d'hypnose médicale de la Pitié-Salpêtrière (Paris VI), et les enseignements de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne (Association Française d'Etude de l'Hypnose Médicale), de l'Institut Français d'Hypnose à Paris (IFH), de l'Institut Milton H Erickson d'Avignon-Provence, de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapie Brève (CFHTB).



