

# CHIRURGIE EN HYPNOSE CONVERSATIONNELLE

**Dr. O.Fleureaux**

L'hypnose a récemment développé sa place au bloc opératoire au côté des agents anesthésiologiques pharmacologiques et des techniques d'anesthésie locorégionale. Il est possible de distinguer l'hypnose formelle et l'hypnose conversationnelle. Ces deux techniques sont souvent utilisées alternativement au cours d'une intervention chirurgicale. Ce travail se propose de développer les techniques d'hypnose conversationnelle.

Le patient qui doit bénéficier d'une intervention chirurgicale découvre souvent, pour la première fois, l'hypnose au bloc opératoire. Pour certains patients, la technique conversationnelle est beaucoup plus rassurante (1). Erickson l'a souvent utilisée pour contourner les résistances de ses patients (2). Dès 1968, dans son article pour l'E.M.C. (3), Lassner, citant Bernheim, notait que l'anesthésiste pouvait exercer une influence hypnotique bénéfique sur le patient sans que celui-ci ne présente une apparence extérieure de sommeil. De même, Nardonne en fait son outil de prédilection lors des psychothérapies (4). Les questions que peut alors se poser le praticien sont les suivantes : Les outils habituellement utilisés en hypnose formelle sont-ils efficaces dans une conversation hypnotique ? Existe-t-il des outils spécifiques à l'hypnose conversationnelle ? Nous tenterons dans ce travail de répondre à ces deux questions.

Pour y répondre il nous faut tout d'abord observer le patient qui découvre le bloc opératoire. Ce patient ressent très souvent des émotions d'insécurité, voire d'angoisse. Pour explorer ces émotions nous allons les aborder suivant trois aspects : la sensation de solitude, les modifications spatiales et les modifications temporelles.

- La solitude : Le patient est seul en face d'une équipe médicale. Lui est en position basse, sans ses vêtements et donc dépourvu d'une part de son identité habituelle. Il ne comprend pas le langage utilisé par l'équipe du bloc opératoire. De plus, les représentations mentales de son corps, de son anatomie, sont très différentes de celles de l'équipe médicale et souvent très éloignées de la réalité scientifique. Le voici donc dans un réel non partagé avec les soignants... il est seul.
- L'espace : L'hôpital ou la clinique, la chambre (parfois partagée avec un inconnu), les couloirs, la salle d'opération remplie de matériel étrange. Tous ces lieux sont des lieux potentiellement angoissants. L'espace de son corps, son intimité, sa proxémie, pour reprendre le concept de Hall (5), sont des espaces qui ne sont plus respectés. C'est bien sûr une nécessité, mais une nécessité inconfortable.
- Le temps : Le patient ne vit pas dans le même temps que l'équipe médicale. Il vit dans le temps de son autohypnose, avec parfois des émotions désagréables. Le patient peut ainsi vivre dans un futur négatif : L'intervention va-t-elle réussir ? Que se passera-t-il si survient une complication ou un échec ? Le chirurgien va-t-il découvrir une nouvelle pathologie ? Que deviendra ma famille si je meurs ? Il peut être dans le passé, revivant les émotions d'une précédente hospitalisation ou celles liées au vécu de la maladie ou du décès d'un proche. Dans ces voyages temporels vers l'avenir ou le passé, le patient dépense une énergie considérable !

Comment l'hypnose peut-elle répondre aux besoins de ce patient ? La première rencontre avec l'anesthésiste a lieu au cours de la consultation préopératoire. Comme nous l'avons indiqué précédemment, le patient va vivre sa première expérience hypnotique au bloc opératoire. Les patients âgés ou bavards ne sont pas prêts à vivre une hypnose formelle et se sentent sécurisés par la conversation hypnotique et le lien verbal permanent qu'elle procure. Mais quels outils utiliser ?

La plupart des outils hypnotiques habituels peuvent être employés comme l'a développé Mambourg (6). Nous allons en aborder quelques-uns.

## **1/ La construction d'un lien thérapeutique solide.**

C'est le préalable à toute hypnose de qualité. Dès la première rencontre, par l'observation, l'anesthésiste va connaître son patient, son langage, son comportement non verbal. Il utilisera une communication adaptée au milieu social et culturel de ce patient. Il saura repérer, derrière l'âge officiel, l'âge clandestin ainsi que l'a formalisé

Malarewicz (7). Ainsi, chez une personne de quarante ans qui présente un comportement verbal et corporel d'un adolescent de quinze ans, c'est peut-être à cet adolescent que le thérapeute doit s'adresser pour être le partenaire efficace de cette aventure hypnotique.

## **2/ L'utilisation grammaticale du temps présent.**

Pour permettre au patient de vivre en temps réel son aventure hypnotique, l'anesthésiste utilise le présent.

## **3/ Le langage est un langage dissociatif.**

Il s'agit très simplement de dissocier les expériences sensorielles au cours de la conversation: Et que peuvent voir les yeux à cet endroit ? Qu'écourent les oreilles ? Que ressent le corps à bord de ce voilier ?

## **4/ Le langage est métaphorique.**

Les métaphores sont de merveilleux outils hypnotiques, comme l'a enseigné Kerouac (8). Il s'agit de permettre au patient d'accéder à un registre d'émotions agréables, confortables. Un saupoudrage de mots à connotation positive, de suggestions accompagnent toute conversation thérapeutique comme nous l'enseigne Bernard (9).

5/ Dès la première rencontre, l'anesthésiste repère le canal sensoriel préférentiel du patient. Virot et Bernard (10) nous ont appris que lors de la description d'un souvenir par le patient, le thérapeute peut repérer si le patient est plutôt visuel, auditif, kinesthésique, gustatif ou olfactif. Tout au long de la conversation hypnotique, il focalisera le patient en utilisant ce canal sensoriel.

Tous ces outils habituels sont donc utilisables dans notre hypnose conversationnelle. Quels sont les outils spécifiques à l'hypnose conversationnelle et efficaces sur les émotions négatives du patient en salle d'opération ?

Nous avons abordé la solitude du patient. Dans l'hypnose conversationnelle, le patient n'est plus seul : Anesthésiste et patient sont des partenaires. Le jour de la consultation ou le jour du bloc opératoire, le patient choisit le thème de son expérience hypnotique. Il s'agit d'une expérience de son passé ou de son présent. Il est ainsi le scénariste de son histoire et il en sera l'acteur. Le thérapeute peut être considéré comme le metteur en scène de cette histoire. Ce metteur en scène connaît les outils hypnotiques, les différents temps de la procédure chirurgicale, les membres de l'équipe médicale. Il connaît aussi son patient : son langage, son canal sensoriel préférentiel. Il sait ce que le thème choisi représente pour le patient. Les voici «artistes associés» pour poursuivre la métaphore cinématographique.

Ces artistes associés peuvent changer l'expérience spatiale du patient. Le bloc opératoire devient l'espace où le patient va vivre sa propre histoire, son propre film, comme au cinéma. Comme au cinéma, il y a des étapes avant le début du film : entrer dans le bâtiment, se déplacer dans des couloirs, attendre avant d'entrer dans la salle, attendre enfin dans la salle avant la modification de la luminosité qui signe le début de la projection. Et le film commence. Toutes ces étapes sont autant d'étapes, de dissociations successives, qui préparent le patient à une confortable focalisation. Le metteur en scène et l'acteur travaillent main dans la main et, au travers d'une confortable conversation, vivent leur histoire dans ce lieu de sécurité.

Pour le cinéaste Tarkovski (11), la motivation principale du spectateur de cinéma est une recherche du temps perdu et le travail du cinéaste est de sculpter le temps en ne sélectionnant que ce qui est utile à son oeuvre. Pour l'écrivain et professeur de littérature Nabokov (12), dans l'oeuvre de Proust, c'est la sensorialité vécue au présent qui permet d'accéder à une recreation du passé. Ainsi, le goût d'une madeleine (13) ou la sensation des pavés inégaux de l'hôtel de Guermantes (14) permettent à Proust d'accéder au passé en le recréant. Notre travail, moins littéraire que cinématographique, est d'utiliser la sensorialité pour accéder au passé et y vivre des émotions confortables. Il s'agit, en quelque sorte, d'utiliser ces sensations pour permettre au patient de recréer son passé. Pour être efficace, l'anesthésiste conduit la conversation de manière à créer un long plan séquence. Il s'agit, en langage cinématographique, de filmer en continu, en déplaçant la caméra et en focalisant l'attention du spectateur sur les éléments les plus signifiants, en temps réel. Cette technique capte l'attention du spectateur. Le plan séquence est un outil spécifique à l'hypnose conversationnelle. Il s'agit d'une forme directive d'hypnose. Le patient tend spontanément à raconter ses événements sous la forme d'une succession rapide de photographies. Le thérapeute se doit de garder la conduite de la conversation pour vivre avec le patient les événements en temps réel, lentement et, bien sûr, au présent. Ses questions sont dissociatives et sensorielles. Le phénomène hypnotique obtenu

correspond aux critères qu'Erickson a développé dans «la micro-dynamique de la transe et de la suggestion» (15) : fixation de l'attention sur l'histoire, désactivation de la conscience critique par un lieu inhabituel (le bloc opératoire) et recherche inconsciente au travers de suggestions. Cette transe s'accompagne d'une distorsion du temps et parfois d'une amnésie partielle de la conversation (16). De la même façon que le cinéaste Tarkovski le propose pour le cinéma en se référant à l'univers poétique des haïkus (17), l'anesthésiste peut utiliser l'ellipse et ainsi permettre à l'imaginaire du patient de reconstruire l'environnement sensoriel de son expérience. C'est la richesse de la veille paradoxale conceptualisée par Roustang (18)! En d'autres termes, quelques éléments sensoriels bien choisis par le thérapeute suffisent pour le patient qui se chargera du reste...

## CONCLUSION

En conclusion, l'hypnose conversationnelle est un outil merveilleux au bloc opératoire. L'anesthésiste et le patient deviennent des partenaires. Le patient profite des modifications sécurisantes de l'espace et du temps créés par l'hypnose que conduit l'anesthésiste. Soyez inspiré par le cinéma, par Martin Scorsese, Andreï Tarkovski ou Abbas Kiarostami... Pour être un thérapeute efficace, devenez de bons metteurs en scène et réalisez, avec les patients, de magnifiques plans-séquences.

## REFERENCES

---

- 1- Virot C. et Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie 2010, Arnette: 217-220
- 2- Erickson M.H. The collected papers Vol I (traduction française) 1999, Satas: 519-520
- 3- Lassner J. Hypnose en anesthésiologie in Benhaiem J-M. L'hypnose aujourd'hui 2005, In Press Editions: 135
- 4- Wittezaele J-J. Le sale gosse, la mama et Giorgio Nardone in hypnose et thérapie brève 2008; 9: 66-71
- 5- Hall E.T. La dimension cachée 1971, Le Seuil
- 6- Mambourg P-H. céphalées: migraines et autres maux de tête in Bioy A. et Michaud D. Traité d'hypnothérapie 2007, Dunod: 296-297
- 7- Malarewicz J-A. 1992, Quatorze leçons de thérapie stratégique, ESF: 105-106
- 8- Kerouac M. Métaphore 2008, MKR Editions
- 9- Bernard F. L'hypnose conversationnelle, une autre manière de communiquer avec le patient 2009, Oxymag; 19: 4-7
- 10- Virot C. et Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie 2010, Arnette: 58
- 11- Tarkovski A. Le temps scellé 2004, Petite bibliothèque des Cahiers du Cinéma: 74-75
- 12- Nabokov V. Littératures 2009, Robert Laffont: 330
- 13- Proust M. Du côté de chez Swann 1992, Le Livre de Poche: 84-87
- 14- Proust M. Le temps retrouvé 1954, Le Livre de Poche: 220-224
- 15- Erickson M.H. The collected papers Vol I (traduction française) 1999, Satas: 563
- 16- Erickson M.H. The collected papers Vol III (traduction française) 2001, Satas: 73-74
- 17- Tarkovski A. Le temps scellé 2004, Petite bibliothèque des Cahiers du Cinéma: 78 et 123-124
- 18- Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose? 1994, Editions de minuit: 27