



HAL
open science

Intérêt de l'hypnose avec utilisation d'un paradigme dans l'anorexie mentale : à propos d'un cas clinique

R. Méry, Valentin Flaudias, S. Guillaume, J. Geneste, P.M. Llorca, L. Samalin

► To cite this version:

R. Méry, Valentin Flaudias, S. Guillaume, J. Geneste, P.M. Llorca, et al.. Intérêt de l'hypnose avec utilisation d'un paradigme dans l'anorexie mentale : à propos d'un cas clinique. *L'Encéphale*, 2022, 48 (2), pp.226-228. 10.1016/j.encep.2021.04.010 . hal-04587362

HAL Id: hal-04587362

<https://hal.science/hal-04587362v1>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Intérêt de l'hypnose avec utilisation d'un paradigme dans l'anorexie mentale : à propos d'un cas clinique

Interest of hypnosis with a paradigm's use in anorexia nervosa: a case report

R. Méry¹, V. Flaudias¹, S. Guillaume², J. Geneste¹, P.M. Llorca¹, L. Samalin^{1*}

1. Department of Psychiatry, University of Clermont Auvergne, CMP-B CHU Clermont-Ferrand, CNRS, Clermont Auvergne INP, Institut Pascal, F-63000 Clermont-Ferrand, France

2. Department of Emergency Psychiatry and Post-Acute Care, CHRU Montpellier / INSERM U1061, University of Montpellier Montpellier, France

* Corresponding author: Ludovic Samalin,

Centre Hospitalier Universitaire, Service de Psychiatrie B, 58 rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France.

Tel: +33 473 752 124, Fax: +33 473 752 126.

E-mail address: lsamalin@chu-clermontferrand.fr

Mots clés: Hypnose, Anorexie Mentale, Mindfulness, Paradigme

Introduction

Il n'existe pas de traitement pharmacologique ni de modèle psychothérapeutique individuel consensuel pour l'anorexie mentale (AM) de l'adulte (1,2). L'exploration des possibilités psychothérapeutiques est importante pour améliorer l'offre de soins. Dans la littérature, nous retrouvons une efficacité de l'hypnose dans l'AM décrite dans des cas cliniques ou dans de rares études méthodologiquement limitées (3,4). Le niveau de preuve reste faible, mais certaines voies de recherche sont pertinentes (4–6). Ainsi, à travers une étude incluant 67 patientes, Nash et Baker préconise l'usage d'un paradigme thérapeutique en 8 points comme support méthodologique pour la prise en charge de l'AM par hypnothérapie (5). Cet outil offre une structure permissive permettant l'individualisation de la thérapie avec un caractère partiellement reproductible. Nous illustrerons cet usage spécifique de l'hypnose dans l'AM à travers un cas clinique.

Observation

Mlle F, 18 ans, a débuté un régime restrictif il y a 6 mois. Elle a rapidement adhéré à des sites « pro-ana » et s'est mise à la pratique intensive de sport.

Elle est hospitalisée 2 mois plus tard en psychiatrie à la suite d'un passage aux urgences pour des malaises hypoglycémiques avec perte de 11 kg (IMC=14kg/m²). Un diagnostic d'AM restrictive pure est posé. Après 7 jours d'hospitalisation et la reprise d'une alimentation conventionnelle, Mlle F sort contre avis médical.

Malgré la mise en place d'un suivi ambulatoire, la perte de poids se poursuit. La patiente est hospitalisée 3 mois plus tard en médecine interne pour renutrition par sonde nasogastrique devant une altération de l'état général (AEG) sévère avec incapacité à la marche. Son IMC est de 10,5kg/m² (25.7kg, perte de 10.3 kg depuis sa dernière hospitalisation). Son bilan biologique est perturbé (thrombopénie, cytolyse hépatique avec TP à 54%).

Devant l'AEG, aucun traitement psychotrope n'est initié. En parallèle de sa prise en charge somatique en hospitalisation complète, une intervention par hypnothérapie sur 8 semaines, est proposée sur la base du paradigme en 8 points de Nash et Baker (5) :

1. L'hypnose est introduite comme étant un moyen de renforcer la maîtrise de soi pouvant permettre d'accroître le sentiment de sécurité interne.
2. Il est recommandée d'utiliser des techniques d'induction permissives et structurées.
3. Les premières séances doivent renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du patient, à majorer ses capacités d'autonomie, à soutenir l'alliance thérapeutique et à valoriser l'ego.
4. Une fois que le patient maîtrise l'autohypnose, les séances peuvent être orientées plus spécifiquement vers les difficultés liées à la pathologie.
5. Les distorsions de l'image corporelle peuvent être travaillées via des suggestions directes en hypnothérapie.
6. Le travail de correction portant sur l'image corporelle est à associer à des considérations plus générales sur le sentiment d'acquisition d'une identité propre mature.
7. Le cadre de l'hypnose peut être utilisé pour explorer les relations entre les affects négatifs et les comportements alimentaires déviants.
8. Lorsque l'image corporelle et le sentiment d'intégration de l'identité sont corrigés, il est possible de renforcer les capacités de maîtrise du patient.

S0 : L'entretien préliminaire (S0) retrouve un trouble anxieux généralisé et un épisode dépressif modéré comorbides. La patiente accepte la prise en charge par hypnothérapie..

S1 : Le script de G. Brosseau « ne rien faire » permettant une induction paradoxale (7) est utilisé. Cette technique permet de contourner d'éventuelles résistances en établissant un double lien entre l'impossibilité qu'a l'individu de « ne rien faire » (pensées constantes, respiration, rythme cardiaque...) et la suggestion de « faire l'exercice ». La séance est enregistrée avec consigne de réécoute libre.

S2 : La patiente a repris la marche seule. Après une brève induction visuelle, cette séance consiste à explorer le scénario d'une « randonnée en forêt », élaboré à la réécoute de la première séance.

S3 : Mlle F ayant retrouvé des sensations douloureuses de faim, afin de travailler sur la perception de son corps, la séance est axée sur l'exercice du *bodyscan* (8).

S4 : Elle verbalise spontanément sa peur de la maturité. Une technique de lévitation de la main comme métaphore du changement (9) est utilisée. Dans cette méthode idéomotrice, nous suggérons initialement l'apparition d'une sensation de légèreté dans l'une des deux mains du patient. Lorsque cette sensation est installée, un mouvement ascensionnel est suggéré à mesure que la patiente perçoit le changement s'opérer. Cette technique d'induction a l'avantage d'offrir un *feedback* physique du travail en cours de séance.

S6 : Mlle F a atteint l'objectif du contrat de poids initial (30 kg). L'amélioration clinique et biologique permet la poursuite de soins ambulatoires (avec maintien d'une alimentation par SNG de complément). Devant l'aspect traumatique qu'a présenté son hospitalisation, la technique du « lieu sûr » pour apaiser son sentiment d'insécurité (9) est employée.

S8 : Lors du bilan, elle poursuit lentement sa reprise de poids (31kg). Un amendement de la symptomatologie dépressive est observé. Le déni de la gravité de son état de maigreur s'est fortement atténué avec une diminution de la restriction alimentaire.

Des échelles standardisées (*Eating Disorder Inventory 2*, *Hospital Anxiety and Depression scale*, *Hamilton Depression Rating Scale* et *California Psychotherapy Alliance Scale* version patient) ont été réalisées aux S0, S4 et S8 afin d'évaluer l'évolution clinique de l'AM, des comorbidités anxio-dépressives et de l'alliance thérapeutique (Tableau 1).

Discussion

L'utilisation de l'hypnose comme technique mettant l'accent sur la communication non verbale (10) a permis à Mlle F de se sentir plus à l'aise du fait d'une verbalisation attendue moindre que lors des précédents suivis psychothérapeutiques. Cela a accru son sentiment d'efficacité personnelle et facilité son rapport aux soins. Ces points ont également été bénéfiques sur l'alliance thérapeutique et sur les comorbidités anxio-dépressives.

La passation d'échelles au cours de la prise en charge permet d'objectiver l'évolution clinique de la patiente et de lui offrir un retour pour appréhender précisément ses symptômes.

L'hypnose avec utilisation de paradigmes thérapeutiques permet la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique reproductible et individualisée (10). Ce travail suggère la pertinence de recourir à l'hypnose dans certains cas complexes d'AM. Il pourrait, à l'avenir, servir de base méthodologique à la réalisation d'un protocole prospectif en vue d'une étude comparative.

Références

1. Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
2. Solmi M, Wade TD, Byrne S, Del Giovane C, Fairburn CG, Ostinelli EG, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 1 mars 2021;8(3):215-24.
3. Vanderlinden J, Vandereycken W. The use of hypnotherapy in the treatment of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1 sept 1988;7(5):673-9.
4. Hutchinson-Phillips S, Gow K, Jamieson GA. Hypnotizability, eating behaviors, attitudes, and concerns: a literature survey. *Int J Clin Exp Hypn*. janv 2007;55(1):84-113.
5. Baker EL, Nash MR. Applications of hypnosis in the treatment of anorexia nervosa. *Am J Clin Hypn*. janv 1987;29(3):185-93.
6. Gow K, Hutchinson-Phillips S. Hypnosis as an Adjunct to CBT: Treating Self-Defeating Eaters. 1 janv 2005;
7. Brosseau G. Ne rien faire: l'induction paradoxale. In: *L'hypnose aujourd'hui*. Press Éditions Paris; 2005. p. 121-4.
8. Alberts HJEM, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*. 1 juin 2012;58(3):847-51.
9. MALAREWICZ J-A. Cours d'hypnose clinique. Etudes Ericksoniennes Paris ESF. 1990;
10. Salem G, Bonvin É. Soigner par l'hypnose. 5e édition. Elsevier Masson; 2012. 352 p.

Tableau 1: Résultats des scores aux échelles EDI-2, CALPAS-P, HAD et HDRS à S0, S4 et S8.

Echelles	sous-échelles	S0	S4	S8
EDI-2	recherche de minceur (0 à 21)	11	6	4
	boulimie (0 à 21)	0	1	1
	insatisfaction corporelle (0 à 27)	4	7	6
	Inefficacité (0 à 30)	22	14	10
	perfectionnisme (0 à 18)	10	11	12
	méfiance interpersonnelle (0 à 21)	7	6	6
	conscience intéroceptive (0 à 30)	16	10	8
	peur de la maturité (0 à 24)	17	18	17
	ascétisme (0 à 24)	9	4	5
	contrôle des impulsions (0 à 33)	16	7	5
	insécurité sociale (0 à 24)	13	8	5
CALPAS-P	engagement du patient	29	37	37
	capacité de travail du patient	20	33	37
	implication du thérapeute	36	38	37
	consensus stratégique de travail	32	37	37
	Total (0 à 168)	117 (96< moyenne supérieure <132)	145 (quart supérieur <132)	148
HAD	Anxiété	17 (sévère >15)	9 (8< modéré <10)	9 (modéré)
	dépression	11 (11< moyen < 14)	7 (normal <7)	6 (normal)
HDRS		26 (modéré à fort >18)	12 (10< léger <13)	8 (normal <10)