

Sous la direction de

Antoine **Bioy**

Isabelle **Célestin-Lhopiteau**

Chantal **Wood**

AIDE-MÉMOIRE

Hypnose

2^e édition

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2016 (2010)
5 rue Laromiguière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-074607-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Préface

Pr. Didier Michaux

POUR introduire ce livre il me paraît intéressant de rappeler en quelques mots le chemin parcouru par l'hypnose depuis 30 ans.

Lorsqu'en 1972 je contactais pour la première fois le Dr Léon Chertok afin de lui demander conseil à propos des rituels de transe et de l'éclairage que l'hypnose pouvait leur apporter, j'étais loin de me douter de l'aventure à laquelle j'allais assister et pour partie contribuer.

À cette époque, en France, le sujet n'intéressait pratiquement personne et n'était principalement représenté que par des hypnotiseurs de music-hall qui, tout en s'appuyant sur des phénomènes hypnotiques authentiques, s'acharnaient à les obscurcir par le mélange de l'usage de « trucs » et d'une mise en scène augmentant l'aspect radical des phénomènes induits, donnant ainsi une impression de magie.

Seul dans ce désert, le Dr L. Chertok, psychiatre-psychanalyste, réclamait l'intérêt de ses collègues pour l'hypnose. Son intérêt n'était pas simplement le fruit d'une curiosité de principe mais venait, comme il le raconte (Chertok *et al*, 2006, p. 10¹) des effets thérapeutiques majeurs qu'il avait obtenus avec une patiente. Celle-ci avait été retrouvée totalement amnésique à la fin d'une sieste. L'approche analytique, les tests d'association que le Dr Léon Chertok lui proposait ne fonctionnaient pas. Rien ne semblait pouvoir aider cette patiente à retrouver ses souvenirs. C'est alors qu'après de nombreuses séances de ce type, il se rappela la technique employée par l'un de ses enseignants qui tentait d'induire l'hypnose en vue de lever les symptômes de certains de ses patients. Le Dr Chertok décida donc d'employer cette technique et demanda à la patiente de fixer son doigt puis de s'endormir. La patiente ferma effectivement les yeux. Le Dr Chertok continua alors en disant : « Et maintenant vous pouvez vous rappeler de tout ce que vous aviez oublié. » Et voilà qu'elle se souvenait de tout ! Succès étonnant

1. Chertok L., Stengers G., Gille D. (2006). *Mémoires : Les résistances d'un psy*, O. Jacob. Réédition des « Mémoires d'un hérétique » (initialement aux éditions La Découverte, 1990).

qui engendrera simultanément l'étonnement, l'admiration mais aussi la méfiance et, disons-le, même un certain effroi. À ce propos nous évoquons dans un ouvrage récent (Michaux *et al.*, 2007, p. 171-172¹) le problème de ces guérisons instantanées en mettant en cause le besoin qu'ont parfois les patients de trouver un contexte justifiant le changement, l'hypnose par ses différents aspects et connotations fournirait ce contexte.

Confronté à l'efficacité d'un acte aussi simple, comment pouvait-on réagir ? Pour le Dr L. Chertok, il fallait en tenir compte et obtenir un réexamen de ce phénomène dont il pensait qu'il devait être utilisé en thérapie et dont il pensait même qu'il pourrait un jour contribuer activement et positivement à l'histoire de la psychothérapie analytique. En effet, pour lui, l'hypnose était la base essentielle de toutes les psychothérapies.

Au moment où je commençais à travailler avec lui, il venait de publier dans une collection médicale un livre sur ce sujet dans lequel il présentait l'histoire de l'hypnose, certaines de ses méthodes et de ses applications thérapeutiques, ainsi qu'une présentation de l'état des recherches américaines : de leurs enjeux et de leurs méthodologies. En effet, aux USA, contrairement à ce qui se passait en France, l'hypnose avait su s'intégrer à la culture psychothérapeutique et médicale. Son utilisation comme outil privilégié dans le traitement des névroses traumatiques de guerre accentuait encore son impact positif. Des recherches ont ainsi pu être mises en place dans les années soixante par de grands noms de la psychologie et de la psychiatrie américaines : Pr E.R. Hilgard à Stanford, Pr M. Orne à Philadelphie, Pr T.X. Barber à Boston etc.

Pour revenir à la France, l'un des freins au développement de l'hypnose thérapeutique venait de la crainte de manipulation. On faisait peser sur l'hypnose le poids de tout ce que la relation inter-humaine a d'inquiétant, tant au niveau du comportement (suggestion) que de la conscience (hypnose). D'où les questions, toujours les mêmes, posées par le public et par les médias relatifs à l'influence du thérapeute et aux supposés pouvoirs de l'hypnose ; questions qu'il n'y a pas lieu d'escamoter mais qui devraient être posées à l'ensemble des professions de la santé, à toutes

1. Michaux D., Halfon Y., Wood C. (2007). *Manuel d'hypnose pour les professions de la santé*, Paris, Maloine.

les relations interindividuelle et, plus encore, à toutes les relations de groupe.

Difficile d'échapper aux représentations sociales et aux doutes liés au défaut de consensus. Le Dr L. Chertok en fera l'expérience à l'occasion d'une analgésie hypnotique qu'il accepte d'induire chez une de ses patientes qui en avait fait la demande. L'intervention se passe bien, la patiente communique avec le Dr L. Chertok et, en fin d'intervention, ouvre les yeux d'elle-même, bavarde et plaisante en buvant un café. Un petit documentaire est tourné à cette occasion par une télévision et est diffusé ensuite sur les ondes. Suite à cette diffusion, un de ses amis lui téléphone et met en doute l'authenticité de la situation en lui demandant quel nouveau produit lui a permis d'obtenir cet effet. Peu de temps après, je rencontre un de ses proches collègues ayant déjà publié avec lui. J'évoque au cours de la discussion cette intervention et il me répond d'un ton péremptoire : « Si ça marchait ça se saurait ! »

Eh bien, qu'il le sache, « cela marche » ! Et c'est pourquoi les auteurs de ce livre qui interviennent tous les jours dans le traitement des patients douloureux en consacrent une grande partie à parler de la façon dont l'hypnose peut être utilisée tant dans les douleurs aiguës que dans les douleurs chroniques, que ces douleurs soient spontanées ou résultant du soin lui-même. Sont évoqués les mécanismes psychophysiologiques sous-jacents et leur objectivation cérébrale. Sont présentées également les différentes stratégies communicationnelles qui permettent d'induire des modifications des sensations nociceptives mais aussi de modifier le rapport du sujet à la douleur.

Depuis cette époque, les choses ont en effet progressivement changé par l'effet conjoint des travaux de recherche et de la mise en place de formations structurées adressées aux psychologues et aux professionnels de la santé. Ainsi a pu se modifier petit à petit le regard porté sur l'hypnose. Cette évolution a permis la redécouverte de ses vertus psychothérapeutiques, de ses effets dans le traitement des douleurs et de son intégration possible comme adjuvant dans le cadre de diverses autres approches psychothérapeutiques.

Le livre d'Antoine Bioy, Isabelle Célestin et Chantal Wood que j'ai le plaisir de préfacier est typique de cette évolution. Il trouve le juste équilibre entre la précision et la simplicité, entre la théorie

et la pratique. L'hypnose y est présentée dans son rapport avec la suggestion et l'imaginaire. L'aptitude individuelle, la notion même d'état de conscience modifié ainsi que la nature du style de relation hypnotique sont approfondies. À ces aspects théoriques se joint une réflexion sur les différentes approches possibles en hypnothérapie (analytique, ericksonienne, etc.) et leurs aspects méthodologiques : Comment construire des séances d'hypnose ? Comment faciliter la réponse du sujet et aussi comment lui permettre de mettre en place un prolongement actif du soin à travers l'autohypnose ? Comment pratiquer la métaphore et ainsi se rapprocher de la dynamique inconsciente d'habitude inhibée par la pensée réflexive ? Des réponses précises sont apportées à ces différentes questions.

Sont ensuite présentées les principales indications de l'hypnose (troubles anxieux, dépression, douleurs, troubles psychosomatiques, soins palliatifs...). Ils y développent également la spécificité du travail hypnothérapeutique avec les enfants en tenant compte de leur stade de développement. Ils évoquent également les situations dans lesquelles l'hypnose constitue un outil qu'on pourrait dire « préventif » évitant l'emmagasinement de modèles intérieurs négatifs.

Enfin, une partie importante de ce livre, illustrée par des vignettes cliniques, concerne le travail du thérapeute, son choix de stratégie thérapeutique, ses réflexions éthiques et méthodologiques.

Pour conclure, j'aimerais saluer et remercier les auteurs de ce livre : Antoine Bioy, Isabelle Célestin, tous deux psychologues, et Chantal Wood, pédiatre et anesthésiste réanimateur, pour leur important travail, la richesse de leurs publications et leurs implications respectives dans l'essor de l'hypnose thérapeutique. Par cet ouvrage, ils nous donnent une image vivante et concrète de leur travail thérapeutique. Les exemples donnés, la description des techniques employées offrent une approche très complète de la pratique hypnotique chez l'adulte et chez l'enfant.

Pr. Didier Michaux

Docteur en Psychologie,
Hypnothérapeute à l'Institut Paul Sivadon (Élan Retrouvé),
Directeur de l'Institut Français d'Hypnose (IFH)

Table des matières

<i>Préface</i>	III
<i>Liste des auteurs</i>	XVII
<i>Introduction</i>	1

PREMIÈRE PARTIE

CONCEPTS GÉNÉRAUX

1 Définitions	5
Hypnose et suggestion	5
Un état de conscience modifiée et une relation	6
2 Place de l'imaginaire	9
Bascule réel/imaginaire	9
Hypnose et effet placebo	11
3 Hypnotisabilité	13
De la suggestibilité à l'hypnotisabilité	13
Signes de l'hypnose	16
4 L'hypnose, un état de conscience modifiée	19
Un état naturel	19
Caractéristiques de l'hypnose	20

5	Aspects relationnels et créativité	23
	« Rapport hypnotique »	23
	Hypnose et empathie	24
	Alliance thérapeutique	25
6	Écoles de pratique	27
	Hypnose ericksonienne	27
	Hypnoanalyse	28
	Autres pratiques	29
7	Champs de pratique	31
	Champ somatique et apparenté	31
	Champ psychique et psychopathologique	33
	<i>Conclusion et Bibliographie</i>	35

DEUXIÈME PARTIE

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

8	Construction d'une séance et adaptation au patient	39
	Changer de sensorialité	39
	Induire le processus hypnotique	41
	Techniques d'ajustement du thérapeute	43
	<i>Yes set, 46 • Pacing, 46</i>	
	Mise en valeur des ressources du patient	47
	<i>Ressources, 47 • Recadrage, 48</i>	
9	Induction hypnotique	51
	Principes	51
	Différentes techniques	52
	<i>Induction visuelle, 52 • Induction cénesthésique, 52 • Induction auditive, 53 • Induction olfactive et gustative, 53 • Induction par le lieu de sécurité, 54 • Induction par lévitation du bras, 54 • Induction par catalepsie du bras, 55</i>	
10	Suggestions	57
	Principes	57

Suggestions directives et non directives	57
<i>Suggestions directes, 57 • Suggestions indirectes, 58</i>	
11 Place des apprentissages et de l'autohypnose	61
Hypnose et apprentissage	61
Autohypnose	62
<i>Conclusion et Bibliographie</i>	65

 TROISIÈME PARTIE

CONSTRUCTION ET EMPLOI DES MÉTAPHORES

12 Qu'est-ce qu'une métaphore ?	69
Définition	69
Du côté du patient	71
13 Images métaphoriques	73
Usages	73
Choix de la métaphore	75
Créativité et métaphore	76
14 Construction d'un récit métaphorique	79
Principes	79
Exemple de récit métaphorique	82
15 À quel moment employer une métaphore ?	85
Utilités	85
Autres applications	87
16 Mise en place d'une métaphore et suivi	89
Amener une métaphore	89
Différences de pratiques entre hypnopraticiens	91
<i>Conclusion et Bibliographie</i>	95

QUATRIÈME PARTIE

TROUBLES DE L'ENFANCE ET DE LA PETITE ENFANCE

17	Hypnose et spécificités selon les âges	99
	S'adapter à l'âge de l'enfant	99
	Quelques particularités de l'hypnose chez l'enfant	102
	<i>Principes généraux, 102 • Adaptation des propositions, 104</i>	
18	Retard des apprentissages et du développement	109
	Troubles d'apprentissage	109
	<i>Des troubles divers, 109 • Trouble d'apprentissage non spécifique et hypnose, 111</i>	
	Troubles de l'attention et troubles perturbateurs	112
	<i>Difficultés diagnostiques, 112 • Intérêt de l'hypnose, 114</i>	
19	Troubles du contrôle sphinctérien	117
	Énurésie	117
	Énurésie, autonomie et apprentissage	119
	Incontinence fécale	120
20	Attachement et anxiété de séparation	123
	Principes de l'attachement	123
	Angoisse de séparation	125
	Comment aborder ces troubles chez l'enfant en hypnose ?	127
	<i>Place des parents, 127 • Avec l'enfant, 128</i>	
	<i>Conclusion et Bibliographie</i>	129

CINQUIÈME PARTIE

HYPNOANALGÉSIE. DOULEURS AIGUËS

21	Données générales	133
	Définir la douleur aiguë	133
	Analgésie hypnotique	135

22	Principes d'application de l'hypnose en cas de douleur aiguë	139
	Patient	139
	Deux dimensions <i>princeps</i>	140
	<i>Anticipation anxieuse de la douleur, 140</i> • <i>Hypnose conversationnelle, 141</i>	
23	Distraction et détente	145
	Distraction	145
	Détente	147
24	Faire évoluer la douleur	149
	Déplacement et notion de temps	149
	Suggestions d'analgésie	150
	<i>Suggestions de dissociation, 151</i> • <i>Suggestions d'anesthésie, 152</i> •	
	<i>Suggestions axées autour de la réinterprétation de la sensation</i>	
	<i>douloureuse, 154</i> • <i>Suggestions de mise en situation de la douleur, 155</i>	
25	Chez l'enfant et l'adolescent	157
	Approche globale	157
	Hypnose et enfants algiques	158
	Hypnose et adolescents algiques	160
	<i>Conclusion et Bibliographie</i>	163

SIXIÈME PARTIE

HYPNOANALGÉSIE. DOULEURS CHRONIQUES

26	Données générales	169
	Différentes formes	169
	Apports de l'hypnose	171
	Douleur et souffrance	172
	Favoriser l'autonomie du patient	174
27	Diverses méthodes en douleur chronique	177
	Apprendre à affronter la douleur	177
	Réduire le catastrophisme	178
	Travailler sur le stress	178

Techniques autour du symptôme	180
<i>Réduction de la douleur, 180 • Substitution de sensation, 180 • Distorsion du temps, 180 • Utilisation d'une autre partie du corps non douloureuse, 180 • Utilisation des métaphores du patient, 180 • Apprentissage du contrôle de la douleur, 181 • Suggestion posthypnotique, 181</i>	
28 Éléments connexes à la douleur chronique	183
Perturbations de l'image du corps et de l'identité	183
Perturbations de l'image du corps et hypnose	185
29 Hypnose, douleur et handicap	187
Répercussions de la douleur chronique	187
Méthodes hypnotiques	188
Douleur chronique, limitations et dépression	189
<i>Conclusion et Bibliographie</i>	191

 SEPTIÈME PARTIE

AUTRES SITUATIONS D'HYPNOANALGÉSIE ET HYPNOSÉDATION

30 Prévention dans la mémoire de la douleur	195
Preuve par la mémoire implicite	195
Moduler la mémoire de la douleur	198
<i>Modification d'une douleur mémorisée, 198 • Modification du processus de mémorisation d'un événement, 200</i>	
31 Approches par l'hypnose d'un soin douloureux	203
Généralités	203
Techniques conversationnelles	204
Moyens physiques	206
Moyens psychologiques	207
32 Accompagnement à l'accouchement	209
Maternité et accouchement	209
Préparation à l'accouchement et accouchement	211
<i>Accompagner la préparation, 211 • Accompagner l'accouchement, 212</i>	

33 Hypnose en anesthésie	215
Principes	215
Méthode hypnotique en hypnosédation	217
34 Douleurs non spécifiées	219
Douleurs musculosquelettiques	219
<i>Généralités, 219 • Fibromyalgie, 220 • Algodystrophie, 222</i>	
Membre fantôme	224
<i>Conclusion et Bibliographie</i>	227

HUITIÈME PARTIE

DÉMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT ET APPLICATIONS DANS PLUSIEURS CHAMPS DE SOINS

35 Soutenir un parcours de soin	233
Temps des examens	234
Temps du diagnostic	236
Temps du suivi	237
Demandes « magiques »	238
36 Troubles dits « psychosomatiques »	241
Abstinence de causalité	241
Un parcours, une histoire	243
37 Stress, dermatologie et pathologies viscérales	245
Approche chronique	245
Approche aiguë	247
38 Problèmes dentaires	249
Pratiques	249
Méthodes	250
39 Hypnose et situations palliatives	253
Applications	253
Principes majeurs	254
Élaborer, accompagner	256

<i>Conclusion et Bibliographie</i>	259
------------------------------------	-----

 NEUVIÈME PARTIE

TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES

40 Troubles de la dépendance	263
La demande, les réponses	263
Travail autour de la motivation	265
Travail autour de l'objet de dépendance	267
Travail en profondeur	268
41 Troubles psychotiques	271
Approche	271
Processus délirant	273
42 Dépression	275
De quoi parle-t-on ?	275
Axes hypnothérapeutiques principaux	278
43 Troubles anxieux	281
Un signal d'alarme	281
Méthodes d'approche	282
Troubles obsessionnels compulsifs	285
Aspects de prévention	286
44 Troubles phobiques	287
Le lieu de sécurité	287
Autres méthodes	289
<i>Conclusion et Bibliographie</i>	293

 DIXIÈME PARTIE

AUTRES SITUATIONS PATHOLOGIQUES FRÉQUENTES

45 Troubles du sommeil	297
Principes généraux de prise en charge	297

Autres éléments	299
46 Traumatismes psychiques	301
Lien de parenté avec la phobie	301
Retrouver des ressources	303
47 Troubles de l'affirmation de soi	305
Données générales	305
Affirmation de soi et problématiques de l'enfance	306
Le goût des autres...	308
48 Troubles de l'alimentation	311
Des causes multiples	311
Compulsion alimentaire	313
Place du corps et travail global	314
49 Troubles sexuels	317
Sexothérapie	317
Principales techniques	319
<i>Conclusion et Bibliographie</i>	321
50 Les règles d'or de l'hypnose	323
<i>L'hypnose de A à Z</i>	327
<i>Bibliographie générale</i>	335
<i>Carnet pratique</i>	339
Lieux de formation	339
Association	342
Sélection de sites francophones portant sur l'hypnose	342
<i>Remerciements</i>	345
<i>Index des termes</i>	346
<i>Index des noms propres</i>	351

Liste des auteurs

Antoine BLOY, Professeur de psychologie clinique et psychopathologie (université de Bourgogne Franche-Comté), responsable scientifique de l'Institut français d'hypnose (www.hypnose.fr), conseiller scientifique UNESCO (chaire 918). Il dirige le DIU d'hypnose médicale et clinique (Dijon, Brest), le DU d'hypnothérapie (Dijon) et il est responsable universitaire du DU d'hypnose médicale et clinique de la Réunion.

Isabelle CÉLESTIN-LHOPITEAU, Directrice de l'IFPPC, Institut français des pratiques psychocorporelles (www.ifppc.eu). Présidente de l'Association Thérapies d'Ici et d'Ailleurs, elle est responsable du DIU des pratiques psychocorporelles et de santé intégrative et du DU hypnose et anesthésie (Faculté de médecine Paris-Sud). Psychologue-Psychothérapeute, Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Bicêtre.

Chantal WOOD, Praticien hospitalier, responsable médical du Centre de Prise en Charge de la Douleur Chronique du CHU Dupuytren, à Limoges, et coresponsable du DU douleur. Membre pédagogique du DIU douleur soins palliatifs pédiatriques et du DU hypnose et thérapies brèves. Elle enseigne au DU hypnose médicale (Bordeaux, Toulouse, Paris) et dans différentes formations d'hypnose médicale.

Introduction

TANT DE CHOSES ont déjà été écrites sur l'hypnose que l'on peut parfois se demander ce qui n'a pas encore fait l'objet d'une analyse ou d'un travail donné. Et pourtant... le phénomène de l'hypnose ne cesse de s'offrir au regard de chacun sous des aspects bien divers, que l'on en fasse un usage à visée soignante, psychothérapeutique ou autre.

Nous avons souhaité proposer, avec cet aide-mémoire, un ouvrage d'une part tourné vers la pratique, tout en précisant d'autre part pour chaque grand thème l'état des connaissances actuelles. Une part importante est par ailleurs consacrée à la question de la douleur, qui constitue le domaine privilégié à l'usage de l'hypnose dans le domaine du soin.

Cet aide-mémoire est constitué de 50 fiches, organisées en parties. Pour chaque fiche, nous présentons des notions-clefs, mais également des techniques particulières, et des exemples pour en illustrer certaines. L'objectif n'est cependant pas de proposer un « grimoire » dans lequel les hypnopraticiens trouveraient la formule magique adaptée à un symptôme donné. Nous avons plutôt présenté une série de méthodes et d'exercices courants que nous utilisons avec nos patients, et qui sont à comprendre comme des incitations à la créativité. Autrement dit, nous espérons que chacun pourra se les approprier pour mieux les transformer en fonction de qui il est, de sa clinique, et surtout du patient qui se trouve en face de lui.

Nous sommes en effet attachés à quatre notions fondamentales :

1. La pratique de l'hypnose prend corps dans la culture professionnelle d'origine de celui qui l'emploie (pratique médicale, paramédicale, psychologique).

2. L'hypnose n'est pas une pratique normée, mais un cadre adaptable à un ensemble de cliniques diverses.
3. La présence à l'autre est une dimension fondamentale en hypnose, et nécessite un appui sur le patient et ce qu'il amène en entretien.
4. Seule compte l'expérience hypnotique, c'est-à-dire la façon dont le patient s'approprié ce qui lui est proposé au travers de ce jeu relationnel nommé « hypnose ».

Autant de raisons pour affirmer que si la connaissance « technique » de l'hypnose est nécessaire, elle n'est pas une fin en soi. Il s'agit plutôt d'intérioriser les schémas et cadres qu'elle instaure pour ensuite s'autoriser à une créativité thérapeutique au contact avec le patient, en fonction des images et ressentis qu'il exprime. L'hypnose étant une méthode s'appuyant largement sur des éléments d'ordre psychologique, on postule, comme en psychologie, qu'au travers de la parole se trouve exprimé tout le monde interne du patient, la somme de ses expériences passées comme l'ensemble de ses désirs. On comprend alors l'importance d'aller vers une écoute de l'autre la plus complète possible pour, en retour, venir proposer au patient une nouvelle façon d'envisager sa difficulté et ses motifs de souffrance *via* les processus hypnotiques.

Car l'hypnose va essentiellement proposer cela : une relecture de ce qui est amené par le patient, au travers des perceptions et du filtre de l'imaginaire. Une relecture et non un « lâcher prise », comme cela est souvent dit, tout simplement parce que le « lâcher prise » n'est qu'une injonction paradoxale, autrement dit une impossibilité fondamentale pour tous ceux qui « tiennent prise ». Proposer l'hypnose permet d'amener le patient à revisiter ce qui « accroche », et l'autorise à une lecture intéressante vers de nouvelles voies pour envisager de « tenir autrement ». Une entreprise bien plus riche et intéressante que de simplement « lâcher »...

Enfin, peut-être cet ouvrage permettra-t-il également à ses lecteurs d'envisager autrement l'hypnose et d'aller vers des voies nouvelles ? C'est en tout cas notre souhait...

Les auteurs

Première partie

Concepts généraux

1	Définitions.....	5
2	Place de l'imaginaire.....	9
3	Hypnotisabilité.....	13
4	L'hypnose, un état de conscience modifiée.....	19
5	Aspects relationnels et créativité.....	23
6	Écoles de pratique.....	27
7	Champs de pratique.....	31
	Conclusion et Bibliographie.....	35

L'HYPNOSE ne recouvre pas un champ de connaissances uniformes. Durant son histoire, elle a été tour à tour étudiée et envisagée sous l'angle d'un état de conscience (transe), du principe de suggestion, de ses liens avec la psychopathologie, de ses déterminants et implications neurophysiologiques, de son éventuelle parenté avec l'effet placebo, etc. Néanmoins, certains éléments structurent la compréhension que l'on peut en avoir et les pratiques qui en découlent. Ce sont ces aspects par lesquels nous entamons ce premier chapitre d'ouvrage.

1

DÉFINITIONS

Hypnose et suggestion _____

L'hypnose n'est pas aisée à définir, car la caractériser dépend de l'angle sous lequel on l'observe¹. Par exemple, à l'instar de l'American Psychological Association, nous pourrions retenir son lien étroit avec l'usage de la suggestion :

« Un état de conscience impliquant une attention focalisée et une perception moins importante des éléments périphériques, caractérisé par une capacité accrue de réponse aux suggestions formulée »²

1. À noter le très important travail de Didier Michaux à ce sujet, à commencer par son travail de thèse en 1982 (disponible en ligne sur le site de l'Institut français d'hypnose : <http://www.hypnose.fr>).

2. Définition élaborée par l'*Executive Committee* de l'APA, *Division of Psychological Hypnosis*. Citation mise en ligne sur : http://www.apa.org/divisions/div30/define_hypnosis.html

Cependant, la suggestion n'est pas spécifique de l'hypnose, elle fait partie du langage courant (ainsi, la simple phrase « ne crois-tu pas que si la fenêtre était fermée nous aurions moins froid ? » est une suggestion pour que l'autre ferme la fenêtre). Par ailleurs, l'hypnose ne peut se limiter à la suggestion (même si des auteurs comme Bernheim l'ont pensé) : par exemple, il ne suffit pas de suggérer à une personne, même hypnotisée, que sa douleur chronique disparaît définitivement pour qu'effectivement cela se produise.

Également, si on essaye de définir l'hypnose en disant simplement qu'il s'agit d'un état de conscience modifiée, cela est vrai, mais d'autres pratiques utilisent également des états de conscience proches et peut-être même similaires (comme l'état sophronique). Par ailleurs, il est à noter que l'hypnose a connu des variations dans ses manifestations au cours des siècles, depuis qu'elle a été identifiée (XVIII^e siècle). Les manifestations obtenues lorsqu'on l'induisait menaient successivement à une forme de crise convulsive (« crise magnétique », Mesmer), une forme de sommeil éveillé (« état somnambulique », Puységur), un état de sommeil paradoxal (Liébault) ou un intermédiaire entre veille et sommeil (Pavlov), un état psychique singulier (Bernheim) voire psychopathologique (Charcot), pour finalement devenir au cours du XX^e siècle un état de conscience modifiée (Erickson) que l'on pourrait caractériser comme un état de veille paradoxal (Roustang) voire d'éveil paradoxal (Auriol).

Comment s'y retrouver ?

Un état de conscience modifiée et une relation _____

Lorsque l'on regarde d'un peu plus près l'histoire de l'hypnose, deux éléments reviennent sans cesse, même s'ils n'ont pas été caractérisés de la même façon ni connu un niveau d'étude constant. Il s'agit ainsi de considérer l'hypnose selon le double aspect suivant :

- Un état de conscience modifiée, différent de la veille, du sommeil, etc. Cet état recouvre à la fois les champs psychologiques (dissociation psychique) et les aspects neurophysiologiques (activation corticale). Il est caractéristique de l'hypnose mais ne lui est *a priori* pas spécifique,

car il peut se retrouver peu ou prou dans d'autres manifestations comme les situations d'hyper-absorption de l'attention sur une tâche ou encore certaines formes de méditation.

- Une relation singulière au praticien. Cette relation qui recouvre à la fois des éléments intra-subjectifs et de communication, a notamment été le prototype de ce qui deviendra, à partir d'Hyppolite Bernheim, les psychothérapies.

Dissociation psychique

La dissociation psychique a particulièrement été étudiée par le psychologue Pierre Janet, et a connu des développements importants en psychologie et psychopathologie. Nous n'entrerons pas ici dans le détail de ces théorisations, bien qu'elles soient importantes dans le champ de l'hypnose (Michaux, 2006). Mais il est à préciser que globalement, on nomme dissociation la résultante de processus psychiques remaniés qui va permettre, en hypnose, au patient d'être à la fois ici et ailleurs (dans le cabinet de consultation et dans sa chambre), maintenant et dans un autre temps (actuellement et dans un souvenir ou un futur anticipé) ou de se positionner à la fois comme acteur et spectateur de sa propre expérience (à la fois vivre le fait que sa main se soulève par une suggestion de lévitation et également être observateur de ce phénomène, comme s'il ne s'en sentait pas totalement responsable). Il peut arriver, comme dans l'exemple que nous venons de citer, qu'il en résulte un sentiment d'étrangeté pour celui qui expérimente la dissociation psychique.

À noter que si l'on emploie également le terme de « dissociation » pour désigner une caractéristique psychopathologique (états dissociatifs dans la schizophrénie, par exemple), pour autant la dissociation dont il est question en hypnose n'est pas pathologique et correspond à un nouvel équilibre psychique du sujet, qui perçoit alors son univers de façon différente.

Ainsi, l'hypnose pourrait se définir de la façon suivante :

« État de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. »

L'état de fonctionnement psychologique recouvre l'ensemble des aspects psychiques de l'individu remaniés sous hypnose (dissociation psychique), la relation hypnotique désigne le « rapport » s'établissant entre un

hypnopraticien et son patient et enfin le champ de conscience élargi renvoie à l'état de « veille paradoxale » que connaît le patient, capable sous hypnose à la fois de connaître une forme de détente, et une attention accrue, notamment pour l'ensemble des perceptions qui sont présentes à un moment donné.

Si l'un de ces éléments est absent, on ne peut pas parler d'hypnose : le patient doit être en état hypnotique et dans une relation avec un praticien. Si le patient est « seulement » plongé en état de conscience modifié, on parlera de dissociation du champ de la conscience ou d'état hypnotique simple. Si le patient est simplement en relation avec l'hypnopraticien sans être en état hypnotique, on parlera de communication de type hypnotique ou de relation thérapeutique simple.

Deux cas particuliers

1. *L'autohypnose* : cette notion sera particulièrement développée dans la partie 2. Disons simplement que l'autohypnose désigne la pratique « solitaire » de l'hypnose. On pourrait alors penser qu'il n'existe pas la seconde composante (relationnelle) dans ce processus et que par conséquent on ne peut parler d'hypnose. En fait, pour parler d'autohypnose, il faut que le patient ait, au préalable, expérimenté l'hypnose avec un praticien puis, dans un second temps, qu'il l'expérimente seul. Lors de cette seconde phase, la relation au praticien est au moins symboliquement présente ; en tout cas l'inscription relationnelle initiale est d'importance. Ainsi, les patients, après avoir essayé une première fois seuls, disent souvent au praticien « ce n'était pas la même chose », « il m'a manqué votre voix », « je n'ai pas pu faire comme ici », etc. Cela est bien le signe que cette dimension relationnelle a manqué, pour reproduire un exercice qui avait été pourtant déjà exécuté. Il faut alors suggérer au patient de recommencer, par exemple en lui proposant d'inclure dans son « auto-induction » en transe le son de la voix du thérapeute, auquel il aura porté attention en séance.
2. *L'hypnose conversationnelle* : il s'agit ici d'utiliser de principes de communication couramment utilisés en hypnose (suggestions indirectes, images métaphoriques, confusion du langage...) mais sans qu'il y ait eu au préalable de phase formelle où l'état hypnotique aura été induit. Cette forme d'hypnose peut prendre place dans tout entretien avec un patient. Mais où est ici l'état hypnotique, s'il n'y a pas eu d'induction formelle pour le susciter ? En fait, l'utilisation de ces principes va faire progressivement entrer le patient dans une « transe légère », c'est-à-dire qu'il va commencer à percevoir autrement son monde. Si l'état hypnotique n'est pas induit formellement, il va être suscité au cours de la conversion par l'utilisation des procédés communicationnels.

2

PLACE DE L'IMAGINAIRE

Bascule réel/imaginaire _____

Finalement, pourquoi fait-on appel à l'hypnose, et quel effet principal en est attendu ? Comme cela a été très tôt relevé (dès 1784), l'imaginaire va occuper une place centrale dans les phénomènes hypnotiques. Ce qu'introduit l'hypnose est un phénomène de « bascule » entre réalité et imaginaire. Mais la bascule n'est pas totale ; très exactement, le patient hypnotisé va se trouver à la fois sur le plan de la réalité et sur le plan de son imaginaire (principe de dissociation psychique).

Par exemple, sous hypnose, un patient peut ressentir que sa boule d'anxiété dans la gorge devient plus petite, simplement en ressentant sa déglutition et en visualisant un rocher érodé par des vagues. Ce simple exercice permet au ressenti anxieux d'être soulagé. C'est bien ici un appel à des processus imaginaires (du rocher et des vagues) qui entrent en confluence avec un ressenti appartenant à la réalité du patient (la boule dans la gorge), confluence qui va permettre au soulagement d'opérer. Autre exemple, celui d'un patient qui anticipe

négativement une situation, étant persuadé qu'elle va le conduire à un échec. Il est possible de lui demander de se situer une heure avant l'événement redouté, et d'accompagner ce qu'il va éprouver à l'approche de l'événement, à mesure que le temps passe. Cette anticipation est bien un avatar des capacités d'imagination du patient ; le lien avec la réalité étant qu'en s'imaginant le jour « J », le patient va éprouver, physiquement et dans la réalité, toutes les manifestations de ce que lui procure la proximité avec l'événement redouté. Le thérapeute peut alors travailler sur ces ressentis dans l'ici et maintenant, du fait de l'imaginaire convoqué par le patient.

Par conséquent, ce qui va être facilité par hypnose est ce principe de bascule entre processus imaginatifs et processus en lien avec la réalité. Si l'on définit comme « le réel » l'objectivité d'une situation (vous êtes en train de lire ces lignes, dans une position que l'on pourrait caractériser et dans un environnement donné), la réalité pourrait se définir comme la façon dont un individu investit et vit subjectivement une situation : ce qu'il en perçoit, ce qu'il en traduit, ce qu'il en fait. La réalité est en perpétuelle création, il ne s'agit pas d'une donnée fixe (Melchior, 1998). Aussi, l'utilisation de processus imaginatifs influe sur la façon dont une réalité va être perçue et vécue par le patient.

Vivre son imaginaire, une capacité de l'enfant

Les enfants ont une grande habitude de cette « surimpression » entre l'imaginaire et le réel, notamment dans les moments ludiques. Ainsi, lorsqu'un enfant brandit son épée de plastique, il ne « joue pas » au soldat, il « est » un soldat. Lorsqu'une petite fille donne à manger à sa poupée, elle ne joue pas à la mère, elle se vit comme une mère. Cette facilité de bascule entre imaginaire et réalité est d'ailleurs souvent utilisée par les adultes. Ainsi, il existe peu de choses aussi efficaces qu'un « bisou magique » pour effacer une douleur après une chute à vélo. Avec le temps, cette faculté de surimpression entre réalité et imaginaire devient moins évidente, moins spontanée et immédiate. Elle demande à être de nouveau stimulée, et l'hypnose peut aider à cela.

Hypnose et effet placebo

Ce qui pourrait ne rester qu'une évidence clinique, ce « pouvoir de l'imaginaire » sur la construction de sa réalité par un sujet, a trouvé un autre élément de preuve dans les neurosciences. Ainsi, les études en laboratoire montrent que lorsqu'un sujet fait du vélo ou se plonge par son imaginaire dans une activité cycliste, les localisations corticales activées sont les mêmes. Et ce ne seront pas les mêmes aires qui seront activées si le sujet se livre à un simple récit de son dernier parcours en vélo. Ainsi, lorsque la psyché, sous le coup de l'imaginaire, prend le dessus sur la réalité, le cerveau suit et s'adapte, allant même jusqu'à ce que l'on nomme une « plasticité neuronale », c'est-à-dire une réorganisation des circuits neurologiques en fonction de la nouvelle réalité induite (voir à ce propos les travaux initiés par le Dr Paul Bach-y-Rita, et ceux qui lui ont succédé).

Est-ce à dire que par hypnose, on peut tout ? Non, bien sûr. Mais il est maintenant un fait que le « pouvoir de l'imaginaire », identifié comme l'un des principaux moteurs de l'hypnose depuis le XVIII^e siècle, ne donne pas lieu qu'à des abstractions et possède des implications importantes, pouvant s'imprimer chez le patient tant dans sa vie psychique que purement physique. On n'est finalement ici pas loin de considérer que l'hypnose joue sur les mêmes mécanismes que l'effet placebo, ou en tout cas qu'il existe un pont commun entre ces deux notions (Roustang, 2000). Rappelons que parler d'effet placebo ne consiste pas à évoquer un « rien » (Lemoine, 1996). Il est présent dans l'ensemble des pratiques de soin (y compris dans l'usage de médications validées pour un symptôme donné) et possède également une action réelle, tangible, sur le corps mais en utilisant des processus de l'ordre de la vie psychique : imagination, effet d'attente, données intersubjectives, effet de cadre, impact de l'apprentissage...

Nous pensons pour notre part que l'hypnose est une méthode qui structure plus que nulle autre approche la façon dont la question de l'imaginaire peut prendre place dans une pratique thérapeutique. Contrairement à l'effet placebo, l'hypnose comme mobilisateur de l'imaginaire peut être utilisée intentionnellement, selon un certain nombre de codes qui permettent d'aller dans le sens d'un effet escompté, et de l'adapter et de le moduler si nécessaire.