

L'HYPNOTHERAPIE

Support de cours (2020-2021)

Master 2 Psychologie
Parcours « Psychologie clinique et psychothérapies »

Antoine BIOY

Professeur de Psychologie Clinique et Psychopathologie

L'HYPNOTHERAPIE

Le terme d'hypnothérapie désigne la pratique de l'hypnose dans le champ de l'accompagnement psychologique et des psychothérapies. L'hypnose appartient à la famille des phénomènes de trances, dont elle est une modalité. Très exactement, elle est le terme qui désigne notre façon occidentale de manier les états de conscience modifiés dans le champ de la santé, et de la santé psychique en l'occurrence. Autrement dit, l'hypnose est un fait culturel, une pratique culturellement codée à destination des personnes en souffrance ou à visée de prévention. Il est important d'écouter l'annexe sonore à ce manuscrit pour saisir les tenants et aboutissants de cela. Les différences avec d'autres pratiques utilisant les états de conscience modifiés comme la méditation ou encore l'EMDR seront précisées en regroupement.

SITUER L'HYPNOSE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE ¹

1- Hypnose et naissance de la psychothérapie

Selon Didier Anzieu, la psychothérapie consiste en une « *méthode de traitement des souffrances psychiques par des moyens essentiellement psychologiques* ». Ce terme fut forgé par le médecin James Braid en 1843 et fut popularisé en France par Hippolyte Bernheim. Les méthodes psychothérapeutiques sont néanmoins antérieures, avec notamment le traitement moral des aliénistes et les cures magnétiques du marquis de Puységur. Braid s'opposait alors à la théorie de l'existence d'un fluide universel qui serait à l'origine de l'efficacité du magnétisme animal de Franz Anton Mesmer, une thérapeutique très en vogue à l'époque. Pas de dons, mais le pouvoir de l'imagination, compris comme le pouvoir de l'esprit sur le corps et qui lui était connu à partir de sa pratique de l'hypnose.

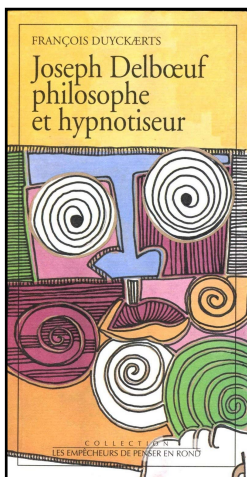
Hack Tuke popularise le terme de *psycho-therapeutics* en 1879, et surtout lui donne un cadre, ce que Braid n'avait pas réellement accompli. Dans son ouvrage, il dresse un inventaire de ce qui, pour lui, illustre cette influence sur le corps, et accorde une bonne part à l'influence exercée par le médecin sur son patient. Cette influence prend corps dans l'acte de langage et ce que le médecin transmet en termes d'espoir et de confiance. En d'autres termes, Tuke appelle « psycho- thérapeutique » ce qui constitue le rapport inter- et intra-individuel, et l'hypnose en est le prototype.



¹ Partie issue de Bioy (2005) et Bioy et Keller (2010)

Cette thérapeutique intervient avant tout dans le traitement de pathologies physiques et ce n'est réellement qu'avec Freud que le terme désignera un traitement psychique de pathologies psychiques, sans toutefois perdre totalement son premier sens. Notons que Freud reprend dans son texte de 1890, « *Traitement psychique (traitement d'âme)* », le terme de « rapport » des hypnotiseurs, en y introduisant l'idée d'une proximité avec un lien parental ou amoureux, ce qui constitue les prémisses de la notion de transfert.

C'est en 1886 que Bernheim reprend les thèmes de Tuke et introduit l'idée que l'hypnose potentialise l'imagination, avec, comme agent de l'hypnose, la suggestion. Il prône une « psychothérapie hypnotique » (Bernheim, 1886). Commence alors une ère où la psychothérapie consiste en le pouvoir des mots et de l'esprit, et concerne deux champs : la « psychothérapie » et la psychobiologie, selon l'objet sur lequel porte la méthode suggestive : déséquilibre de l'esprit ou du corps. « L'esprit » est néanmoins ici réifié, puisqu'il ne concerne que le cerveau. Freud reviendra bien sûr sur cette notion de pouvoir des mots, une démarche déjà présente au 18^e siècle avec Puységur qui élaborait une thérapie centrée sur la parole du patient et l'écoute du praticien, sans accorder de « pouvoir aux mots », et encore moins aux siens. Charcot sera, lui aussi, amené à citer Tuke, sans reprendre le terme nancéen de « psychothérapie » mais en conservant son sens et notamment la confusion « esprit/cerveau » (Carroy, 1999).

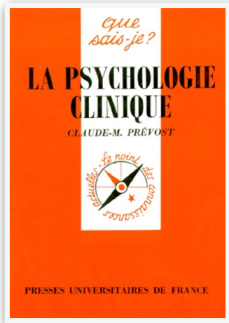


C'est donc de l'hypnose que sont nées les premières psychothérapies, rapidement centrées autour de la suggestion. Consécutivement, est apparue la revendication pour la psychothérapie d'être située en dehors de la pratique médicale. C'est notamment la position de Joseph Delboeuf (1831-1896), philosophe scientifique belge, dont on connaît l'influence des écrits sur Freud, et notamment pour l'élaboration de *L'Interprétation des rêves* (il est l'auteur le plus cité de cet ouvrage). Delboeuf revendiquait ainsi une psychologie qui soit une science humaine. Pour lui, l'hypnose était à la fois une méthode d'investigation psychique et un traitement thérapeutique, permettant d'élaborer un corpus théorique concernant notamment le rêve, la mémoire, la suggestion et la notion d'influence interhumaine. Mais d'autres personnes avant lui avaient déjà amorcé ce mouvement, comme Maurice Barrès qui se revendiquait à la fois psychologue et thérapeute, entendant par là qu'il était capable de mener des « thérapies de l'âme. »

Avec Freud, la pratique de la psychothérapie au sein d'une psychologie clinique va prendre tout son sens. Faisant de la relation une composante *princeps* du traitement, il renoue avec une idée de la Renaissance qu'avait formulée Paracelse, faisant de la qualité de la relation médecin-malade le noyau de l'efficacité des traitements. Divers mouvements comme le « piétisme » contribuèrent à

construire une psychologie du sujet à partir de son histoire personnelle, même si les pratiques auxquelles ils ont donné lieu restent très éloignées de la conception moderne de la psychothérapie.

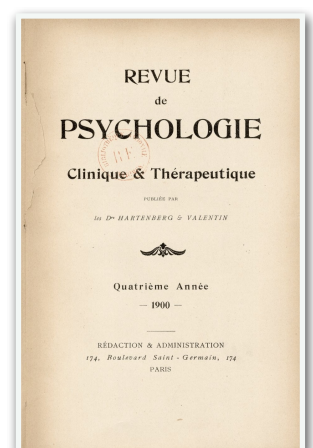
2- L'hypnose dans le champ de la psychologie clinique



Les principales racines de la psychologie clinique remontent à la fin du 19^e siècle. Witmer aux États-Unis, Janet en France et Freud en Autriche sont présentés comme les fondateurs de cette discipline. En effet, leurs travaux ont en commun de mettre l'accent sur l'intérêt d'une approche globale et singulière de l'individu. Pour Claude-Marcel Prévost, la psychologie clinique est née en France, prise entre deux feux: celui de la médecine et celui de la psychologie expérimentale ; c'est en se rapprochant de la psychanalyse qu'elle a pu trouver une forme sinon de salut, au moins d'affirmation. Une donnée d'ailleurs assez paradoxale, puisque Freud évitait l'usage du terme de clinique, ne le réservant qu'à la « statique de l'observation » (domaine médical), à l'inverse de la dynamique de sa méthode, non médicale.

L'hypnose n'a que peu à voir avec la création de ce courant, contrairement au domaine de la psychothérapie. Elle y est cependant indirectement mêlée sinon par son appellation, du moins par la méthode. Ainsi, Janet use explicitement du terme à plusieurs reprises, alors qu'il pratiquait l'hypnose à la Salpêtrière, et le fait figurer dans son introduction du tome II des *Névroses et idées fixes*, en 1897. Il lui accorde cependant un sens particulier, celui d'une psychologie appliquée au savoir médical, de même qu'il définissait la psychothérapie comme « une application de la science psychologique au traitement des malades » (Janet, 1923).

Prévost rappelle qu'une revue vit le jour en décembre 1897, au nom sans équivoque : *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*. Cette revue se veut une émanation de l'École psychothérapeutique de Paris, bien que prenant position contre Charcot au profit de Bernheim et de la compréhension d'une hypnose comme un « enrobage » au véritable agent actif de la psychothérapie : la suggestion. La notion de psychologie clinique est ici comprise comme très différente de la psychologie expérimentale. Il s'agit d'observer la « vie psychologique considérée comme un tout concret et réel », avec un accent porté aux données développementales chez l'être humain, normales et pathologiques, sans chercher à schématiser mais à individualiser. Explicitement, la revue tente de s'écarter de l'idée de faire de la psychologie clinique une sorte de branche de la médecine, même si la biologie ne lui est pas indifférente, et tente d'élaborer, au fil des auteurs présentant leurs travaux, une méthode nouvelle pour une science



nouvelle. La psychologie clinique telle qu'elle est définie dans la revue doit correspondre à un corpus de connaissance qui guide la psychothérapie. Si la première année est dominée par les travaux sur l'hypnose, ceux-ci disparaîtront progressivement au profit d'autres sur la psychophysiologie et la psychiatrie médico-légale.

On assiste donc là à une sorte de tentative avortée pour fonder une psychologie clinique distincte à la fois de la méthode expérimentale et de la médecine. Mais il est intéressant de noter que l'hypnose y était présentée comme une méthode pouvant permettre d'établir la nouvelle science que les responsables de la revue appelaient de leurs vœux. Si l'hypnose n'est donc pas à l'origine de la psychologie clinique telle qu'elle sera définie en France dans l'après-guerre, elle a tout de même pris une certaine part dans un désir de constitution d'une psychologie individuelle, axée autour de la notion du normal et du pathologique, et donnant sa place à des données développementales chez l'humain.

ACTUALITÉ DE L'HYPNOSE EN PSYCHOLOGIE

1- Formes

Si l'hypnose est clairement à l'origine de la psychothérapie, si son emploi en médecine peut être identifié comme une thérapeutique non médicamenteuse (comme en douleur), les données sont plus floues et éparées en psychologie. Nous choisissons donc un découpage arbitraire, que nous espérons pertinent, en quatre domaines d'application distincts : celui de la psychologie expérimentale, celui de la psychologie cognitive et comportementale, celui de la psychologie clinique, et celui de la psychanalyse.

- En psychologie expérimentale, l'hypnose est étudiée *per se*, soit que l'on tente d'en cerner des facteurs propres, soit que son action est questionnée, ce qui est très largement le cas dans le champ de la douleur. Le savoir important issu de ces recherches n'a pas donné lieu à une clinique particulière, sauf peut-être à faire disparaître des pratiques jugées obsolètes, trop axées sur la suggestion ou inutiles, comme, par exemple, chercher à tout prix une transe profonde, comme le faisait Freud, pour obtenir un effet de la technique.
- En psychologie cognitive et comportementale, l'hypnose possède un emploi pratique certain. Il y a bien sûr le fait que les thérapies cognitivo-comportementales préconisent que le patient soit détendu et relaxé et usent de méthodes hypnotiques pour ce faire. Également, la me vague TCC inclut la pleine conscience, qui possède des liens de parenté avec l'hypnose sans être totalement superposable. Mais au-delà, l'hypnose sert d'une certaine façon à supplanter le réel en le remplaçant par la visualisation. Ce qui permet cela est une activation cérébrale identique si, par

exemple, le patient est mis devant un objet phobique et s'il y pense fortement. Ainsi, les techniques d'exposition propres aux thérapies cognitivo-comportementales sont remplacées en quelque sorte par une exposition « imaginaire » qui laisse au patient une plus grande latitude de réactions, de résistances, mais également de stratégies de changement. Il en découle que l'hypnose obtiendra dans ce cadre de pratique à peu près les mêmes indications que pour une thérapie cognitivo-comportementale « classique », et que les séances seront construites selon les règles en vigueur dans ce courant de pratique. Notons de façon anecdotique que, selon Jean Cottraux, Pierre Janet serait l'inspirateur français le plus proche du courant cognitivo-comportemental actuel.

- En psychologie clinique, la pratique de l'hypnose est employée pour effectuer un travail de type médiation corporelle. L'élaboration demandée au patient n'est pas une élaboration intellectuelle, mais à partir de percepts corporels, avec en soubassements les liens entre psyché, soma et plus récemment spiritualité. Si les perceptions du corps changent, évoluent, c'est aussi que consécutivement, un travail psychique s'effectue, dont chacune des parties (praticien/patient) n'a pas besoin de connaître ni l'ampleur ni la nature pour qu'un changement s'opère. Cette approche est très inspirée des pratiques humanistes, existentielles et phénoménologiques (Bioy, 2020).
- Concernant la psychanalyse, la pratique se nomme hypnoanalyse et consiste en une cure sinon type, du moins de type analytique où des méthodes de visualisation vont être utilisées lorsque les résistances du patient seront trop denses pour permettre au jeu de l'élaboration de se poursuivre. Mais l'hypnose va surtout aider à la constitution d'espaces métaphoriques propres à favoriser l'expression et les facultés de représentation. L'hypnose consiste donc non pas à écarter les défenses du patient, mais à proposer une manière non intellectuelle de les aborder, cette fois encore plus axée autour du percept. Tout autre élément du dispositif analytique étant par ailleurs conservé (consigne initiale, analyse du transfert, attention flottante...). Édouard Collot, hypnoanalyste, définit ainsi la technique : « Le travail de l'hypnoanalyste s'inscrit dans le cadre de la tradition inaugurée et exprimée par Freud de placer le sujet dans un état "oniroïde" afin de lui permettre de renouer un dialogue avec lui-même, d'accéder à un authentique revécu des conflits psychiques dans un contexte d'analyse de transfert » (Collot, 2004)

On retient de ces pratiques l'idée que la technique hypnotique est utilisée « seule » uniquement dans le cadre de la psychologie clinique (Erickson, Roustang, Melchior, Bioy...). En thérapie cognitivo-comportementale et dans le champ de la psychanalyse, les praticiens usent de la méthode au sein d'un corpus théorique et pratique propre à leur champ initial.

Cependant, si pour les psychologues cliniciens utilisant l'hypnose, le psychisme reste l'objet d'étude, ils partagent des outils communs avec le corps médical, ainsi que les concepts qui sous-tendent ces outils. On observe sur ce point deux politiques différentes. La première, analogue à ce

que l'on rencontre concernant la pratique des thérapies cognitives et comportementales, considère que, quelle que soit la culture professionnelle initiale, l'outil hypnose va s'employer de la même façon entre les mains d'un médecin et celles d'un psychologue. La seconde politique consiste à dire que si médecins et psychologues peuvent user d'outils communs offerts par la pratique de l'hypnose, pour autant, le cadre de pratique, les objectifs, la motivation et les méthodes d'entretien ne peuvent être équivalents. En effet, l'acte de parole du patient va être entendu différemment. Le médecin est à la recherche de signes physiques et/ou psychiques guidant vers un diagnostic, un pronostic et une thérapeutique à envisager. La parole du patient va être entendue comme une forme de guide d'entretien, déterminant les méthodes cliniques d'exploration menant à l'établissement du diagnostic et de ce qui s'ensuit. L'hypnose sera utilisée pour juguler les signes observés jugés dysfonctionnels. En revanche, si le psychologue clinicien s'appuie sur la parole du patient, c'est dans un but différent.

2- Le psychologue clinicien et l'hypnose

L'hypnose a cela de particulier qu'elle peut s'employer de façon « formelle » (un début, un milieu et une fin de session) ou « conversationnelle » (cadre moins identifié d'usage). Elle peut être tour à tour un traitement psychothérapeutique, un outil d'investigation clinique, un simple moyen de communiquer autrement, et peut ainsi prendre une place différente lors d'une rencontre avec un patient. Il nous semble donc important de situer quelle va être la place du psychologue clinicien utilisant l'hypnose, pour mieux saisir quel usage il va en faire.

Puisque c'est à Daniel Lagache qu'est le plus souvent attribué l'acte fondateur de la psychologie clinique, intéressons-nous dans un premier temps à sa conception de ce champ de pratique. En 1949, il définit l'objet de la psychologie clinique comme « l'étude approfondie des cas individuels ou l'étude de la conduite humaine individuelle et de ses conditions (hérédité, maturation, conditions physiologiques et pathologiques, histoire de vie), en un mot, l'étude de la personne totale en situation ». Sa conception de la psychologie clinique est à la fois humaniste et totalisante, et se donne pour cadre d'étude et de pratique toute l'évolution de la personnalité. Ce qui confère sa spécificité à la psychologie clinique, c'est la méthode clinique elle-même, c'est-à-dire les moyens mis en œuvre par le psychologue pour approcher les conduites humaines. Il peut s'agir d'une clinique instrumentale comme du simple entretien. La psychologie clinique apparaît comme différente de l'approche expérimentale et de la psychanalyse, même si elle favoriserait son implantation universitaire. Cette définition ne nous semble pas tout à fait convenir dans le cas de l'hypnose. En effet, cela tendrait à dire que l'hypnose pourrait y prendre la place d'un outil d'investigation, au même titre que les méthodes psychométriques ou projectives. Or précisément l'hypnose comme outil d'expertise a montré ses limites, notamment dans un cadre judiciaire. Par

ailleurs, dans le domaine de la psychopathologie, on se souvient de l'échec de Charcot (qui croyait, à tort, que l'hypnose était un signe diagnostique de l'hystérie) ou, plus proches de nous, des études de Sherill Mulhern montrent que l'hypnose à visée d'exploration induit plus qu'elle ne permet de comprendre un phénomène (Mulhern, 2006).



En revanche, la conception de la psychologie clinique de Juliette Favez-Boutonier (1903-1994) nous paraît, au moins dans le champ de l'hypnose, être plus pertinente. Elle se démarque de l'approche de Lagache en proposant une psychologie clinique encore plus distanciée du modèle médical, et en mettant l'accent sur l'intersubjectivité. Elle propose ainsi de favoriser la clinique non instrumentalisée, une « clinique aux mains nues », et de faire de la psychologie clinique « l'étude de la personnalité singulière

dans la totalité de sa situation et de son évolution, (...) l'approche contrôlée de l'homme par l'homme en situation d'implication réciproque ». C'est dans cette conception de la psychologie clinique qu'à notre sens, l'hypnose prend toute sa place. Elle peut s'y inscrire dans un acte relationnel, interactif, sans visée évaluative, et entièrement tourné vers l'approche de la dynamique humaine.

En choisissant de nous inscrire dans la définition de la psychologie clinique proposée par Juliette Favez-Boutonier, nous souhaitons par ailleurs mettre l'accent sur deux aspects qui nous paraissent particulièrement importants concernant l'hypnose. Le premier tient à ce que l'on ne saurait parler d'une approche clinique sans prendre en considération l'histoire du patient et sa situation d'ensemble. Le second aspect se rapporte à la nécessaire situation d'implication réciproque du patient et du clinicien. En quelque sorte, ces deux conditions définissent un cadre s'inscrivant clairement dans la démarche de la psychologie clinique, et abordant par conséquent la pratique de l'hypnose différemment de la façon dont procède la médecine.

En effet, si l'hypnose tend actuellement à se confondre de plus en plus avec une pratique médicale (particulièrement dans le domaine de la douleur), elle n'en est pas moins une pratique issue de la psychothérapie et c'est bien dans ce champ qu'elle constitue pour nous un objet d'intérêt. Cette pratique est nommée « hypnothérapie ».

QUELQUES REPERES HISTORIQUES PAR SES FIGURES

Les pratiques médicales ont très tôt intégré des méthodes relevant des trances, qu'il s'agisse de techniques utilisant la distraction, des substances aux effets psychoactifs ou encore la méditation². Bien entendu, certaines pratiques tradithérapeutiques incluent de façon importante la transe comme moyen de soulager de la souffrance, voire de faire disparaître un trouble de santé (chamanisme, vaudou, etc.). Certaines de ces pratiques ont traversé les siècles et se retrouvent à notre époque. En fait, les premiers thérapeutes étaient pour la plupart des guérisseurs, qui puisaient leur connaissance dans le fond caché de la nature ou la tiraient de forces mystiques. Ils étaient des intercesseurs entre l'humain malade et une puissance agissante, traduisant une situation en mots pour ensuite proposer une thérapeutique adaptée en fonction de la nature du mal et de la culture où l'acte médical se pratiquait (par les plantes, les prières, les exorcismes collectifs ou individuels, les conseils d'hygiène, la confection d'amulettes...). Ces thérapeutes étaient donc ceux qui nommaient et qui révélaient. Ils n'avaient pas le pouvoir de guérir et devaient travailler (parfois avec l'aide active du patient) pour obtenir un effet de la part de la puissance agissante. Ce pouvoir de nomination et de révélation sera important pour ce qui nous occupe, à savoir l'hypnose, dont la pratique s'est constituée à partir du 18^{ème} siècle.

Franz Anton Mesmer



Franz-Anton Mesmer (1734-1815) va développer une théorie, celle du "magnétisme animal", qui ouvre des voies à la fois en clinique et dans le domaine de l'expérimentation en matière de traitement non uniquement pharmacologiques d'une pathologie. En 1766, il publia son "mémoire sur la découverte du magnétisme animal". Il voulut sortir sa pratique hors du champ de l'ésotérisme (sorcellerie...) pour lui faire rejoindre celui de la science.

A la suite d'un scandale, Mesmer quitte Vienne pour rejoindre Paris en 1788. Il y propage sa théorie d'un fluide universel, construite en analogie avec celle du magnétisme de Newton (cf. "les écoles et courants"). Mesmer commença par employer des aimants qu'il apposait sur le corps de ses patients. Par la suite, il y adjoint des pressions manuelles plus ou moins importantes sur divers endroits du corps. Ceci déclenchait des "crises convulsives", possédant selon Mesmer des vertus thérapeutiques. Peu à peu, il semble que Mesmer se forgea l'intuition que les effets positifs obtenus étaient plus liés à sa personne même qu'aux aimants employés. Le fluide devint alors quelque chose appartenant au monde vivant, non plus aux sciences physiques.

² Paragraphe issu de Bioy, 2020

Mesmer construisit alors un nouvel outil, son fameux baquet, contenant de l'eau "magnétisée" ainsi que des objets divers (bouteilles, tiges de fer, cordes...) pour faciliter la "conductance". Plusieurs personnes pouvant s'y plonger, tout en respectant les classes sociales, puisque certains baquets étaient réservés aux pauvres. Un orchestre jouait de la musique de chambre, ce qui renforçait l'aspect solennel du rituel, et sans doute aussi facilitait la mise en transe. Un baquet subsiste au musée d'histoire médicale à Lyon. La technique de Mesmer peut également être plus directe (passes magnétiques...), et dans ce cas généralement individuelle. il magnétisa également un arbre rue de Bondy. Tous ces outils produisaient chez les patients convulsions, sommeil artificiel, etc. Les séances se répétaient parfois plusieurs fois par jour, sur des périodes variables.

Louis XVI ordonne deux rapports sur le magnétisme animal. Mesmer est alors au sommet de sa gloire, adulé ou décrié. Les commissions concluent à la non validité de cette théorie : "l'imagination sans magnétisme produit des convulsions, le magnétisme sans imagination ne produit rien (1784). De plus, la méthode est condamnée, à cause de la dimension érotique relevée notamment par Bailly : "le traitement magnétique ne peut qu'être dangereux pour les mœurs". Cette dimension semblait être perçue par certains magnétiseurs comme Deslon qui ne pratiquait qu'en présence de témoins. Mesmer est condamné deux fois : par l'Académie des Sciences mais aussi par l'Académie Royale de Médecine. Après le verdict des commissions, Mesmer quittera la France pour la Suisse où il décède en 1815. la controverse perdure pourtant jusqu'en 1840, où le magnétisme animal est définitivement enterré par les sociétés savantes.

On pourrait évidemment voir le parcours de Mesmer et sa théorie comme plus proche des pratiques actuelles de magnétisme que d'hypnose. C'est sans doute vrai. Ceci dit, d'un point de vue historique mais aussi scientifique, le magnétisme animal est intéressant car contient tous les éléments qui interviendront par la suite dans les études portant sur l'hypnose, notamment l'effet de suggestion (effet de groupe, rituels...) et le lien entre praticien et patient (l'aura du savoir, l'importance de l'affectif...). On retrouve en germe deux dimensions importantes de ce que sera plus tard la psychothérapie.

Marie-Jacques de Chastenet de Puységur

Le marquis de Puységur (1751-1825) est un disciple de Mesmer. Lors d'une expérimentation sur un sujet, Mesmer obtint non une crise mais une sorte de sommeil où le sujet parlait différemment et semblait faire dans ce sommeil tout ce que le magnétiseur souhaitait. Il s'intéressa particulièrement à ce "sommeil magnétique" qu'il nomma bientôt "somnambulisme artificiel" (prémices de la "transe"). Par ailleurs, Puységur observa que le contact physique était non nécessaire pour obtenir les crises des patients. D'ailleurs, il ne préconise pas ces crises et conseille d'être le moins dirigiste

("inductif") possible. Il n'abandonne pas les "passes", mais les faits à distance. Il donna ainsi un sens nouveau au courant de son maître, bien plus riche d'enseignement.



Ainsi, la "crise" décrite par Mesmer est remplacée par le "somnambulisme" de Puységur. Il s'agit de la description d'un état où le sujet peut voir, entendre et ressentir tout. Soumis à l'autorité du magnétiseur, il voit, entend et ressent ce sur quoi ce dernier lui demande de porter son attention. À son réveil, le sujet est comme frappé d'amnésie concernant sa transe. Le somnambule en "transe" acquiert des connaissances exceptionnelles, dont la plus intéressante est une certaine lucidité quant à son état et les moyens de guérison. Ainsi, le somnambule est capable de prévoir l'évolution de sa

maladie et il peut se prescrire une médication adaptée : il devient son propre médecin. Durant la transe, le praticien peut questionner le sujet à ce propos : quand guérira-t-il ? Qu'elle est l'origine de sa maladie ? Quel traitement faut-il entreprendre ? Etc. Même s'il y a une amnésie entre les séances, le sujet peut reprendre ses considérations lors d'une transe ultérieure.

En fait, Puysegur rend le patient acteur de sa propre guérison, il le replace au centre de la "cure", même si pour lui (comme pour Deleuze) la volonté du magnétiseur est un point important dans le processus de guérison. Le lien entre le somnambule et le magnétiseur reste constant, et permet, selon Puysegur, " l'existence d'une communication sans la parole ", un lien particulier. Deleuze possède une parenté au moins théorique avec l'approche de Puységur sur ce point en décrivant une sorte de "tendre attachement" entre les patients et lui : " On me dira que c'était de la reconnaissance : je ne puis prouver le contraire. Mais pour moi qui ai bien observé les circonstances, je suis convaincu qu'il y a autre chose et que c'était un effet du rapport que le magnétisme avait établi entre nous ". Ce lien particulier, influencé par "l'autorité" du praticien est sujet à commentaires, auxquels nous nous livrerons dans la partie "efficacité de l'hypnose".

Le courant somnambulique finira par se scinder en deux mouvements. Le premier, thérapeutique, poursuit dans l'exploration du "savoir du malade" (la "lucidité") et dans la qualité du lien entre praticien et patient. Le second retiendra les manifestations extraordinaires en état somnambulique des patients de Puységur et accordera à ces manifestations une raison surnaturelle, ésotérique (vision de l'avenir, acquisition spontanée de techniques...).

Le magnétisme va poursuivre son évolution avec l'Abbé de Faria. Il réfute l'utilisation du baquet car refuse l'idée d'un fluide extérieur au sujet. Le magnétiseur est alors là pour aider le patient à développer des potentialités méconnues de lui. La suggestion commence à devenir un phénomène central. Pour De Faria, le somnambulisme consiste en une aliénation partielle des perceptions du

sujet, celui-ci devenant plus suggestible aux paroles du "concentrateur". La transe est donc la fascination du sujet pour le "concentrateur" couplée avec la force de persuasion de celui-ci. Les théories suivantes concernant l'hypnose moderne commencent à naître avec cet auteur.

James Braid

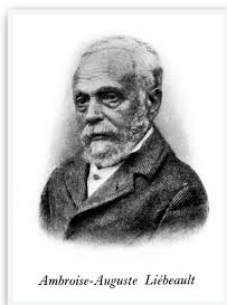


C'est à l'écossais James Braid que revient d'avoir popularisé le terme "hypnotisme", du grec "hypnos : sommeil". Chirurgien, il est convaincu en 1841 de la réalité d'un phénomène particulier alors qu'il observe faire un magnétiseur renommé, Lafontaine. Pour autant, il réfute la théorie du magnétisme et celle du fluidisme, et tente de comprendre ce qu'il a observé.

De ses travaux, Braid en retire que l'hypnotisme se définit comme un état de perte de conscience (assimilée au sommeil) avec une amnésie au réveil, et provoqué par fixation d'un objet brillant. En effet, la fixation produit une stimulation "physico-psychique" de la rétine, qui à son tour agit sur le système nerveux pour provoquer le sommeil. Notons que c'est le rapprochement de l'hypnose avec le sommeil, initié par Braid, qui a ouvert la voie de l'hypnose médicamenteuse, c'est-à-dire un état dit "de transe" induit par des substances chimiques (comme la narco-analyse). Même si le terme de "somnambule" utilisé par Puységur emprunte déjà au vocable du sommeil, Braid est le premier à faire un réel parallèle. Il complète ses études avec celles de Gall (1758-1828). Pour cet auteur, le cerveau se compose de différentes parties dont chacune correspond à une affection, à un instinct (c'est la phrénologie). Braid, dans ses inductions, appuie donc sur la partie du cerveau qui contient le sentiment, l'instinct, qu'il souhaite modifier.

Avec Braid, on passe d'une hypnose qui est décrite en terme de quelque chose dans la relation entre une personne et une autre (Puysegur), à une hypnose en tant qu'état physiologique purement, indépendamment de la relation entre patient et thérapeute. Braid en cela est profondément étatiste, et lance la "mode" de la phénoménologie hypnotique (trouver des signes caractéristiques de l'état de transe). Pour autant, les travaux de Braid n'urent que peu de rayonnement dans son pays. Par contre, en France, des médecins comme Azam, Broca et Velpeau pratiquent le Braidisme, notamment en anesthésie et le rapport Dubois est très favorable à l'utilisation de l'hypnotisme dans les hôpitaux.

Ambroise Liebault



Avec Hippolyte Bernheim (1840-1919), Ambroise Liebault (1823-1904) est la grande figure de ce que l'on nommera l'école de Nancy. Ils souhaitent mettre en place une psychologie scientifique axée sur l'hypnose, et créeront ce que l'on nomme à présent la première psychothérapie moderne. Liébault s'intéresse à l'hypnotisme dès les premiers temps de son internat en 1848, mais en fut provisoirement détourné par ses professeurs. Il faut attendre 1860 pour que, médecin de campagne, il abandonne la pratique somaticienne classique et pratique l'hypnose. Il semblerait que cette conversion définitive soit due à la lecture d'un article de Broca relatant une opération qu'il avait effectué avec anesthésie hypnotique, en 1859.

Théoriquement, Liébault donne une importance capitale à l'histoire du patient, sa mémoire et ses réminiscences ("le baquet prend une nouvelle forme, c'est le baquet d'histoires"). L'attention que mobilise l'hypnose doit se porter autour des événements passés chez le sujet, où se trouve selon lui la cause des maladies (on comprend combien il influencera Freud...). Par l'hypnose, on permet de nouveaux investissements et désinvestissements dans le psychisme du sujet qui doivent mener à la guérison.

De la clinique, Liébault conclut que ce n'est pas une quelconque action physique (toucher, fixation...) qui provoque l'état hypnotique, mais ce qu'il nomme "la suggestion verbale" (parenté avec la théorie de Faria). Ainsi, tout signe clinique observé sous hypnose a en fait été suggéré par le thérapeute. Ainsi, pour mener l'entreprise de "réorganisation historique", la suggestion directe, autoritaire, permet de créer chez le sujet les réponses voulues. Pour Liébault, "l'idée est suggérée et sa réalisation dépend de la volonté de l'individu qui garde son libre-arbitre".

La méthode de Liébault arrive aux oreilles de Bernheim, qui l'invite à le rejoindre pour fonder "l'école de Nancy". L'hypnose est alors réintroduite en milieu hospitalier et universitaire, consécration pour Liébault, qui fut dénigré par ses pairs plus d'une fois.

Hippolyte Bernheim



Hippolyte Bernheim (1840-1919) est un éminent professeur de médecine à la faculté de Nancy. Intéressé par les résultats obtenus par Liébault, il lui proposa une collaboration commune. Notons que la légende veut que Liébault lui guérisse une sciatique, ce qui termina de convaincre définitivement Bernheim sur les

perspectives de l'hypnose. Pour autant, il finit par confondre suggestion et hypnose, niant presque ce dernier concept. On lui doit cependant une théorisation de la suggestion d'un grand intérêt scientifique, au moins pour l'époque.

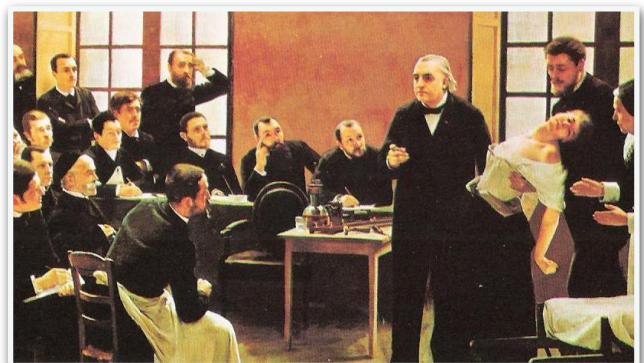
Bernheim rejette le magnétisme (comme nombre de ses prédécesseurs), mais également la fixation du regard. Il démontre ainsi que la seule suggestion suffit à provoquer un état de transe. Il commande le sommeil (comme De Faria), et place un certain nombre de "commandes" (suggestions directes et/ou post-hypnotiques) allant dans le sens de la disparition du symptôme. Bientôt, il substitue à la notion de suggestibilité par le sommeil celle de suggestibilité à l'état de veille : sous hypnose, on obtient pour lui une manifestation "exagérée" de ce que l'on peut obtenir à l'état de veille. Ces manifestations, les "automatismes", sont pour la plupart des comportements que possède le sujet. Plus précisément, ce sont des idées transformées en acte. En agissant sur l'idée, on modifie un acte, ce qui est le but de la suggestion.

Bernheim va s'opposer ouvertement à l'école de la Salpêtrière dirigée par Charcot. Pour lui, l'hypnose obtenue dans cet hôpital parisien est une "hypnose de culture" : les patients agiraient par complaisance et imitation. L'opposition de Bernheim est d'ailleurs totale avec ses grands prédécesseurs : il réfute un état magnétique, n'est pas satisfait par la description d'un état/sommeil de Braid comme de l'état qui est décrit par Liébault. Seule compte la suggestion, et la suggestibilité plus ou moins importante des sujets.

L'un des apports majeurs de Bernheim a été de séparer la neurologie et le fait psychique (par la théorisation de la suggestion). Sa "psychothérapie" comme toute indication, comporte des indications et des contre-indications. Cependant, tout sujet est hypnotisable, car suggestible avec plus ou moins de facilité. Ainsi, l'hypnose devient selon lui une "minime partie" de la psychothérapie qu'il pratique. Tout dans sa méthode est suggestion. Cette vision extrême lui portera préjudice, tout comme la prééminence de la psychogénèse sur l'organogénèse qu'il prône dans son approche. Pourtant, sa vision est parfois plus nuancée. Bernheim accordait en effet du crédit à la qualité du lien thérapeutique, comme à "l'imagination", la "foi", du patient, comme nous le verrons dans la partie "efficacité de l'hypnose".

Jean-Martin Charcot

Dès son arrivée à la Salpêtrière (1862), Jean Martin Charcot (1825-1893) oriente toute ses recherches sur les affections du système nerveux, laissant à sa mort une oeuvre



considérable. Il est confronté à des cas d'hystérie principalement lorsque le quartier des "épileptiques simples" (où elles étaient hospitalisées) est adjoint à son département.

Il s'intéresse, à la suite de Burq, à la métallothérapie (transfert des symptômes par des aimants) mais aussi à l'hypnose. En 1882, devant l'Académie de Sciences, il communique autour des états nerveux chez les hystériques sous hypnose. Plus ou moins directement, il influencera le développement de la psychologie et notamment de la psychologie des névroses en créant pour Janet un laboratoire de psychologie expérimentale, et en accueillant Freud durant un stage de quatre mois qui marqua ce dernier (1885-1886).

Dès 1878, Charcot étudie directement l'hypnose, principalement sous forme descriptive. Il met en avant une perspective physiologique où l'hypnose est expliquée physiologiquement comme un état pathologique pratiquement assimilable à une crise hystérique. Pour lui, il existe des zones hypnogènes dont la pression déclenche un état hypnotique, comme il existe des zones hystérogènes dont la pression déclenche une attaque d'hystérie. L'hypnose ne peut donc selon lui être thérapeutique (même si parfois il module cette approche). L'hypnose ne peut être obtenue que sur des sujets possédant des troubles mentaux spécifiques, et l'hypnose devient quasiment un test diagnostique de l'hystérie.

En fait, l'hypnose est employée par Charcot à visée principalement expérimentale dans des études neurologiques plus vastes. Il créa avec Richet et Bourneville la notion de "Grand hypnotisme" comme il existait le concept de "grande hystérie". Pour autant, ses études souffrent de nombreux biais et notamment le fait que ce n'est pas lui mais ses élèves qui hypnotisaient les patientes. Charcot est ainsi le seul "aventurier" de l'hypnose à ne pas pratiquer les inductions, ce qui peut expliquer ses fourvoiements théoriques. Pour autant, à défaut de n'avoir pas éclairé les processus hypnotiques, ses travaux constitueront un tremplin important dans l'étude des névroses.

Pierre Janet



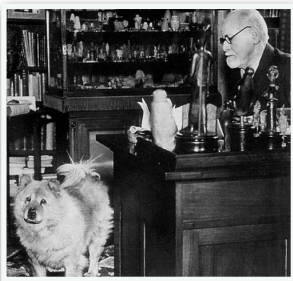
Pierre Janet (1859-1947) soutient sa thèse de philosophie en 1889 qui porte sur "l'automatisme psychologique", concept fort dans son oeuvre. C'est à cette date qu'il entreprend des études de médecine. Intéressé par "l'hypnotisme", il soutient Charcot pour finir par se rallier aux théories de l'école de Nancy. Il s'opposa aux théories de Freud (notamment sur l'origine sexuelle des névroses), ce qui éclipsa ses théories et son influence avec parfois un certain mépris. Certains historiens de la psychologie et cliniciens comme Claude-Marcel Prévost mettent cependant en avant la portée de son travail dans la

compréhension des faits psychiques, ainsi que des auteurs américains comme Morton Price. Dans le champ de l'hypnose, il a le mérite d'avoir poursuivi ses études et sa pratique dans ce domaine alors que cette technique semblait vouée à disparaître, et était fortement discrédité.

Janet reconnaît à l'hypnose le statut d'instrument thérapeutique puissant. Il s'agit pour lui d'un état de conscience différent de l'état de veille où intervient un rétrécissement du champ de la conscience. La diminution du sens critique qui en découle permet aux suggestions de se transformer en actions et croyances (la suggestion est une sorte d'impulsion). La concentration liée à l'hypnose est, pour Janet, une conséquence observée et non une cause comme chez De Faria puis Liébault.

Par ailleurs, l'hypnose est pour lui une "double conscience", un processus dissociatif où des éléments inconscients occupent le champ du conscient. L'hypnose serait pour Janet une abolition de la volonté du sujet qui permet la mise en place d'une activité réflexe, un automatisme, allant dans le sens du changement. Par ailleurs, il insiste que l'attention exclusive de l'hypnotisé sur la personne de l'hypnotiseur. Il rejoint des conceptions amorcées avant lui depuis Puységur et Deleuze. Par ailleurs, il s'inscrit en faux contre des faits, perceptions, actions, etc. qui iraient au-delà de ce que pourrait faire la volonté du patient sans l'hypnose (extra-sensorialité, etc.).

Sigmund Freud



Père de la psychanalyse (1856-1939), ses premiers travaux furent influencés par l'hypnose. Grâce à une bourse d'étude, il fait un stage de 4 mois (octobre 85/Février 86) dans le service de Charcot avant d'ouvrir un cabinet à Vienne. Il rencontra Liébault et Bernheim en 1889, six ans avant de publier avec Breuer (1842-1925) ses "études sur l'hystérie" et présenter une méthode basée sur la catharsis et l'abréaction (retrouver un

traumatisme et l'affect associé permet la levée du symptôme associé, ex :

cas Anna O.). Il partira de l'hypnose pour développer la méthode des associations libres et poursuivre dans l'exploration d'un concept nouveau, celui du transfert. Au tout début, Freud pratique la seule suggestion hypnotique, oscillant entre les théories de Charcot et celles de l'école de Nancy. Ainsi, aux suggestions, il ajoute parfois des pressions corporelles mais finira par abandonner une approche trop dirigiste et faisant appel au toucher. Il considère l'hypnose comme une sorte de sommeil de la conscience où, paradoxalement, le sujet reste éveillé. Freud a entretenue une relation ambiguë avec l'hypnose, voir l'article en annexe de ce polycopié en complément (Bioy, 2008).

Milton Erickson



Milton Erickson (1901-1980) n'a jamais été un théoricien de l'hypnose (ses disciples s'en chargeront), mais a orienté celle-ci dans une nouvelle direction. Fondateur et président de la Société Américaine d'Hypnose Clinique, il fut le créateur et le rédacteur en chef de la revue "The American Journal of Clinical Hypnosis". Psychiatre, psychothérapeute, enseignant, Erickson a influencé les théories et la pratique de ce qui s'appellera " l'Ecole de Palo Alto ". L'approche d'Erickson vise à donner au patient la possibilité de développer ses propres ressources pour s'orienter sur le chemin du changement. Les principaux outils utilisés par Milton Erickson rejoignent ceux de l'école du " Palo Alto ", notamment ceux de Paul Watzlawick, qui fut son élève.

Les moyens utilisés sont dits " permissifs ", par opposition aux méthodes directives jusque-là utilisées. Pour autant, cette permissivité cache une vraie stratégie s'appuyant en grande partie sur le langage et visant à indiquer au patient ce que l'on souhaite qu'il fasse, en écho avec la demande que lui-même a formulé. Dans cette approche, il s'agit de suggérer un comportement au sujet. L'idée transmise par le thérapeute est acceptée puis transformée en acte, dans une compréhension théorique proche de celle de Bernheim ou de Liébault.

L'approche d'Erickson est basée sur des processus communicationnels. Pour autant, les tenants de cette approche ne sont pas dupes du fait que le pouvoir thérapeutique ne réside pas dans le "verbe" mais bien dans le psychisme du patient et les mécanismes internes sur lesquelles jouent le processus communicationnel. La dynamique interne du patient est prise en compte et respectée. Pour autant, Erickson a mis en place une technique (efficace) avant de mettre en place une théorie et les mécanismes mis en jeu restent encore, pour beaucoup, inconnus. Nous revenons sur cette méthode dans la partie "l'approche ericksonienne".

Léon Chertok



Léon Chertok se définit lui-même comme un "hérétique". Psychanalyste de formation, analysé par Jacques Lacan, ses relations avec l'orthodoxie analytique française ont été marquées par une incompréhension réciproque. Celui "qui a su apprendre de l'hypnose" (comme le définit Isabelle Stengers) a cependant créé une véritable école autour de lui. L'hypnose interrogeant à divers niveaux (anthropologique, sociologique, psychologique, philosophique, éthique, etc.), les personnes se réclamant de sa pensée appartiennent

à des champs variés des Sciences humaines. Fondateur du GEAMH (Groupement pour l'Etude des Applications Médicales de l'Hypnose), son oeuvre propose avant tout une réflexion riche et approfondie de l'hypnose. La pratique de Léon Chertok est assez suggestive, à en juger le documentaire qu'il a réalisé avec Didier Michaux : " le corps et la raison".

De façon sans doute très réductrice (les résumés s'y prêtent...), on pourrait dire que Léon Chertok aborde l'hypnose au travers des failles de Freud. Il reprend la théorie freudienne "à sa préhistoire" (les premières années) pour souligner que la fracture imposée par le maître entre psychanalyse (pour Freud, relationnel axé sur le transfert) et hypnose (pour Freud, relationnel axé sur les aspects libidinaux) est caduque. Pour Chertok, dans les deux cas, le transfert est la base du travail thérapeutique, même si des variations d'expression, de maniement et sans doute de nature existent. Par ailleurs, il axe ses recherches sur la psychosomatique, là où les travaux de Freud ne vont pas beaucoup plus loin qu'à la description d'un "bond mystérieux" entre psyché et soma.

François Roustang



François Roustang (1923 - 2016) est un philosophe (également diplômé en psychologie, ce qui lui permit d'exercer en psychiatrie un temps), ancien jésuite et ancien psychanalyste qui va révolutionner la pratique de l'hypnose en France. Sa perception de l'hypnose est celle d'un espace donnant accès à une perception élargie qui permet de se reconnecter au vivant (au sens de Hegel).

Il mettra l'accent sur l'importance des perceptions en hypnose alors que cette dimension phénoménologique était assez négligée jusque-là.

QUELQUES REPERES DES EFFETS DE L'HYPNOSE

Introduction

L'hypnose ne va pas de soi... Elle se confond selon les auteurs et les modèles scientifiques avec des notions comme la suggestion, l'hystérie, la possession, etc. Dans un premier temps, il est donc utile de se poser la question de savoir s'il existe des signes cliniques stables, caractéristiques de l'hypnose. C'est à cette question que répondent notamment les travaux amorcés dès les années 1930 en psychologie expérimentale, et auparavant des cliniciens chercheurs comme Bernheim. Hull, en 1933, conclut de ses recherches que l'hypnose est un état se caractérisant par le renforcement de la suggestibilité. Une idée qui mènera plus tard à l'établissement d'échelles de suggestibilité au

laboratoire de Stanford, sous la direction de E.R. Hilgard. Par ailleurs, un certain nombre de signes cliniques apparaissent lorsqu'un sujet est plongé dans un état hypnotique, le principal tant un ralentissement psychomoteur. Pourtant, certains auteurs se sont demandé si l'hypnose pouvait être considérée comme une forme de jeu de rôles. Orne (1970) montre que la plupart des signes considérés comme caractéristiques d'un état hypnotique peuvent être joués. Cependant, il note également des différences : les simulateurs supposés en transe profonde répondent parfois sans temps de latence et avec une voix forte. Également, les personnes hypnotisées sont moins perturbées par des incohérences logiques qui leur sont présentées (hallucinations suggérées par l'observateur) alors que les simulateurs semblent toujours obéir à une logique « rationnelle » et ont du mal à accepter l'idée qu'une personne peut être à la fois assise en face d'eux et se tenir dans un autre endroit de la pièce. S'il s'agit là d'une différence majeure, elle n'est cependant pas la seule. D'autres interviennent, comme la réaction aux suggestions post-hypnotiques, ou encore, chez les simulateurs, une attitude d'éveil retrouvée lorsque l'expérimentateur a quitté la pièce, alors que les sujets hypnotisés poursuivent leur transe durant une quinzaine de minutes. Les sujets hypnotisés ne se contentent donc pas de « jouer à l'hypnose », mais vivent une « expérience subjective » propre à l'hypnose.



Dans le même ordre d'idée, Hilgard, tout en croyant en un état hypnotique, se demande si la transe n'était pas le produit de la suggestion, cette dernière étant présente pour rappeler au sujet ce que l'on attend de lui (Hilgard, 1965). Sans doute a-t-il raison en ce qui concerne le cadre des études en laboratoire (que ce soit en psychologie expérimentale ou dans le champ des neurosciences, comme nous le verrons). Mais en ce qui concerne la clinique, la question reste pour l'instant ouverte, puisque l'induction hypnotique peut être obtenue sans suggestion verbale. En effet, si l'hypnose est très liée au moins expérimentalement à la notion de suggestion, certains auteurs ont cependant montré que l'hypnose pouvait être induite sans suggestion, simplement par fixation visuelle (Weitzenhoffer, Gough et Landes, 1959). Ces auteurs montrent également que la suggestion, même si elle semble « prévenir » le sujet de ce que l'on attend de lui, peut tout à fait être sans effets. Plus généralement, Hilgard montre que, même en contrôlant la motivation et l'imagination du sujet, il y a une modification de la suggestibilité avec l'hypnose. L'hypnose ne se résume donc pas à une suggestibilité. Et pour séparer hypnotisabilité et suggestibilité, Léon Chertok et Didier Michaux (1978) ont comparé les signes objectifs de l'état hypnotique (la réponse aux suggestions) avec les signes subjectifs exprimés par les sujets (déréalisation, sentiment de perte de contrôle, etc.). Une absence de correspondance entre les deux mesures montre que le vécu hypnotique et la suggestibilité sont deux dimensions distinctes mais bien en lien.

Pourquoi ces interrogations et notamment sur ce qui agit : suggestions, métaphores ou autre chose ? C'est que l'hypnose est avant tout une pratique. Ce que cette méthode a de singulier, c'est qu'elle a traversé le temps sans que soit réellement établie une théorie propre. A chaque mouvement historique correspond une perception de l'hypnose différente selon les auteurs. Léon Chertok faisait remarquer qu'elle n'avait même pas de définition fixe, consensuelle. Sans doute que ce fait facilite les croyances ésotériques qui l'ont accompagné depuis sa découverte, et dont l'hypnose a pâti. Pour autant, le voile se lève peu à peu, laissant entrevoir des motifs d'efficacité bien loin des croyances mystiques. Nous les explorons selon deux axes : la perspective expérimentale et la vision clinique.

La perspective expérimentale



Ce n'est réellement qu'au 20^{ème} siècle que se développe l'exploration expérimentale pure de l'hypnose. Principalement, c'est le comportementalisme qui s'y intéresse. En linéaire, deux conceptions se confrontent. La première confère à l'hypnose une efficacité intrinsèque liée à l'état hypnotique lui-même (position étatiste). L'autre conception s'intéresse plus à la suggestion, aux ressorts psychologiques et sociologiques que manie l'hypnose (position non étatiste). L'hypnose expérimentale débute avec Hull dans les années 20-30.

Pour la petite histoire, on prête à la brouille entre Hull et Erickson le développement par ce dernier d'une clinique différente, moins directement suggestive (Hull lui interdit de pratiquer l'hypnose, obligeant Erickson à développer des techniques indirectes d'hypnotisation pour continuer son travail sans éveiller les foudres de son maître).

L'hypnose expérimentale montre surtout ce que l'hypnose n'est pas. Ainsi, aucun signe physiologique mesurable ne permet de différencier les états hypnotiques et non hypnotiques. Pour autant, les dernières recherches à l'aide des imageries cérébrales permettent de montrer une activité importante du sujet au niveau cérébral, avec une activation des zones correspondant à celles stimulées par les suggestions.

Même si une certaine phénoménologie (relevé des signes cliniques) de la transe peut être décrite, la recherche de critères permettant de sélectionner les sujets les plus hypnotisables n'a pas débouché sur des résultats probants. Toutes les hypothèses tombent : pas de lien entre hypnose et hystérie, pas de pathologie facilitant la transe (comme on a pu l'envisager pour la psychose), pas de profil de personnalité "type" du sujet hypnotisable, pas de lien avec le QI. Certains critères cependant peuvent être soulevés. Par exemple, les sujets âgés semblent plus difficilement hypnotisables que les enfants. Tout le monde peut cliniquement vérifier d'ailleurs le recours aisé de ces derniers à une

certaine forme de rêverie, à se projeter dans un monde imaginaire, qui semble se perdre avec l'âge. Également, les "effets de cadre" des expérimentations semblent jouer.

Notons cependant que Orne a mis en évidence (au moins expérimentalement) le rôle des représentations préalables : les sujets hypnotisés ont tendance à reproduire spontanément le comportement qui leur a été présenté comme spécifiquement hypnotique, ou qu'il ont intériorisé (hypnose de spectacle...). C'est pourquoi Sarbin définit le comportement hypnotique comme une sorte de jeu de rôles, où le sujet fait " comme si " il était hypnotisé et se conforme aux instructions données par l'hypnotiseur, comme nous l'évoquions plus haut.

On note également une "logique courante" altérée sous hypnose (incluant paradoxes et contradictions). Roustang décrit cette logique comme : *" la cohabitation ou l'identité des qualités contraires, comme le chaud et le froid, la souplesse et la rigidité, l'obscur et le lumineux, l'espace restreint et ouvert, l'hyperesthésie et l'anesthésie, la communication et la fermeture, la concentration et la décontraction, l'attention et la distraction, etc."*. Il ajoute : *"Une première conclusion s'impose: cet état ne relève pas des catégories de l'espace et du temps "*. Dans cette logique particulière, on trouverait une des caractéristiques princeps de la transe hypnotique.

Autres travaux, les "signes hypnotiques" pourraient être obtenus sans état hypnotique précis (Barber), comme l'analgésie, même s'il semble que la qualité de l'analgésie soit plus importante lorsqu'elle est associée à un état modifié de conscience. Autre apport des expérimentations, celui de Hilgard (1977). Il montre que l'hypnose ne se résume pas à une suggestibilité, mais est sous-tendue par des phénomènes plus complexes comme la dissociation. C'est la théorie dite "de l'observateur caché".

L'une des difficultés majeures de ce genre d'approche (non spécifique de l'hypnose) est qu'il est toujours difficile de faire correspondre l'individualité d'un sujet avec des techniques de recherche standardisées, s'adressant au plus grand nombre. On retrouve le vieux fossé entre clinique et expérimentation, loin d'être résolu!

Par ailleurs, l'expérimentation ne doit pas faire oublier que l'hypnose possède une dimension relationnelle (interpersonnelle). Toutes les écoles cliniques s'en font l'écho, d'Erickson à Roustang. La relation hypnotiseur-hypnotisé est une dimension importante du phénomène étudié.

La perspective clinique

Nous avons dit en introduction qu'à chaque courant de l'hypnose correspondait un paradigme différent, une compréhension nouvelle du processus hypnotique. Ce n'est pas totalement vrai. En fait, il semble bien que depuis Mesmer et son magnétisme animal, quasiment tous les auteurs ont relevé cliniquement une donnée primordiale : la qualité du lien thérapeutique et en poussant un peu, affectif, qui unit le praticien à son patient. Nous relevons ici quelques données s'y rapportant.

Mesmer note dans ses travaux : "pour être en mesure de guérir, il faut d'abord établir une relation étroite avec son malade, c'est-à-dire en quelque sorte se mettre en harmonie avec lui". Il note par ailleurs la relation très étroite, presque dévote, que développe ses patients avec lui. Il écrit (1781) : "*(Le magnétisme animal) doit en premier lieu se transmettre par le sentiment. Le sentiment peut seul en rendre la théorie intelligible. Par exemple, l'un de mes malades, accoutumé à éprouver les effets que je produis sur lui, à, pour me comprendre, une disposition de plus que le reste des hommes*". Jones (biographe de Freud) note d'emblée le caractère phallique (qui renvoie à l'idée de pouvoir) des termes employés : l'union de deux substances magnétisées est nommé en anglais "coiton" qui donnera "coït". Par ailleurs, magnès (aimants, en latin) a pour origine le phénicien "mag" (homme fort et robuste) et "naz" (ce qui s'écoule et qui affecte autre chose). La symbolique sexuelle est forte...

Toute l'histoire du magnétisme animal, ses développements comme sa chute, suit ce lien proximal entre praticien et patient. Puységur l'avait perçu, en réorientant l'idée du fluide vers une étude de la relation entre magnétiseur et magnétisé. Pour lui, le véritable agent de la guérison est la volonté du praticien, c'est-à-dire vouloir fortement et constamment le bien de son patient, là est pour lui "*la seule manière de magnétiser utilement*". Le magnétiseur a une certaine ascendance sur le patient, qu'il doit utiliser "moralement" en orientant sa volonté vers le soulagement de celui-ci. Cette ascendance du thérapeute sur son patient peut être rapprochée de la situation sociologique réelle : le Marquis de Puységur appartient à une ancienne famille de la noblesse française. Il habite un château dans village de Buzancy (près de Soisson), où vivent et travaillent ses sujets somnambules. Victor Race, son plus célèbre somnambule, est un paysan dont la famille est au service des Puységur depuis plusieurs générations. Cependant, outre cet aspect, on a là (selon Chertok) les premières manifestations théoriques qui conduisent à replacer le transfert (au sens analytique du terme) au centre du rapport humain entre un sujet et son thérapeute. Noizier ajoute une dimension importante (1854), celle de la volonté, qui préfigure ce que l'on sait de nos jours de l'effet placebo : "*il est évident pour moi que l'effet de l'arbre (note : magnétisé) était nul et que les crises qui se produisaient sous son ombrage provenaient entièrement de la confiance qu'on avait dans sa vertu magnétique*".

Le magnétisme jouerait donc sur quelque chose de l'ordre du lien entre praticien et patient. C'est Deleuze qui aborde alors le plus directement ce concept, en parlant de sa pratique. Il a une intuition (en parlant du "tendre attachement" de ses patients après rémission, 1819) : *" On me dira que c'était de la reconnaissance : je ne puis prouver le contraire. Mais pour moi qui ai bien observé les circonstances, je suis convaincu qu'il y a autre chose et que c'était un effet du rapport que le magnétisme avait établi entre nous"*. Olivier parle à ce propos de "sentiment intensif", qui est difficile à caractériser. Binet et Féré (1887) tente l'approche suivante : "on aurait tort de croire que la personnalité de l'opérateur n'entre jamais pour rien dans les phénomènes qui se déroulent devant lui... Le patient présente une sorte d'affinité pour la personne qui l'a endormie et qui a touché ses mains nues". Dans "névrose et idées fixes" (1898), Janet réaffirme cette idée, en parlant des "passions somnambuliques" : *" il semble donc que le sujet soit particulièrement préoccupé de son hypnotiseur et qu'il ait à son égard une préférence, une docilité, une attention, en un mot des sentiments particuliers qu'il n'a pas pour les autres personnes "*.

Même Bernheim, qui croît à la toute puissance de la suggestion, précise que : *"les pratiques ne sont rien, la foi est tout"* et : *"la foi, c'est-à-dire la créativité (...), c'est l'imagination qui fait les miracles"*. On repart sur des données psychiques, sur une action dont le pré-supposé est de rentrer en relation avec l'autre, de le percevoir et de percevoir la façon dont il voit son monde pour mieux individualiser la pratique hypnotique. cette notion sera porté à son paroxysme avec Erickson.

Synthèse

Schématiquement, on peut situer sur un premier axe trois points de vue épistémologiques explicatives de l'efficacité de l'hypnose : le pouvoir thérapeutique est dû à l'hypnotiseur (Mesmer), le pouvoir thérapeutique est dû au patient (Puységur en premier lieu jusqu'à Erickson), le pouvoir thérapeutique est à trouver dans la relation (de Freud à Chertok et même d'une certaine manière Roustang, qui suivent en fait des "intuitions" de certains chercheurs depuis le 19^{ème} siècle). Par ailleurs, la conception même de l'hypnose semble varier selon deux courants : les étatistes et les non-étatistes. Tous ces courants décrivent deux phénomènes qui semblent se retrouver de façon quasi-obligatoire dans l'hypnose ; il s'agit de la dissociation et la suggestibilité. Certains auteurs y ajoutent la notion de régression. Le problème majeur est que l'état hypnotique, défini comme un état modifié de conscience avec certaines caractéristiques, n'est pas spécifique du phénomène hypnotique. En effet, on parle d'états modifiés de conscience également en ce qui concerne le rêve, la méditation, les effets des produits hallucinogènes, etc. De ce fait, l'expérience intérieure du sujet, la façon dont il vit sa transe, est devenue le seul critère valable.

Le 20ème siècle a découvert la suggestion, et un intérêt pour les états modifiés de conscience. Les pathologies mentales ont d'ailleurs un temps été comprises comme des états modifiés de conscience (la psychose, les névroses hystériques...). C'est le cas encore des personnalités multiples aux Etats-Unis (cf. les travaux de Sherill Mulhern, qui fait un parallèle avec les théories de possessions diaboliques) qui se manifesteraient par l'existence chez un individu de plusieurs personnalités qui s'exprimeraient à tour de rôle. L'origine du trouble serait une scène traumatique provoquant un état de dissociation hypnotique chronique et spontané... En fait, des études montrent que les changements de personnalité sont induites par des facteurs environnementaux, qui peut tout à fait être le thérapeute lui-même. Pour autant, ces dérives concernant ce qu'est l'hypnose ne sont pas nouvelles, elles ont même accompagnées l'hypnose depuis ses débuts.

Pour Mesmer, l'efficacité de l'hypnose reposait sur la théorie d'un fluide universel. Son disciple, Puysegur, aura beaucoup de mal à détacher la pratique de l'hypnose de celle du paranormal, même si ses ouvrages réaffirment cette distinction nette : "*personne n'est plus éloigné que moi de croire aux sortilèges et aux divinations*". Il fustige aussi les magnétiseurs qui prétendraient apprendre, grâce aux somnambules, ce qui se passe dans la lune, dans les palais des Rois, ou dans la tête d'autres personnes que le magnétiseur. De tels magnétiseurs n'obtiennent que les réponses qu'ils désirent obtenir, car le somnambule ne voit alors que "*les folles idées que son magnétiseur a dans la tête*" et la divination par l'hypnose est le résultat d'une "*dépendance absolue envers le magnétiseur*". Bien que passionné par les faits, Puysegur reconnaît son incapacité à comprendre complètement où réside l'efficacité de la méthode hypnotique et avance l'hypothèse que la clef de cette efficacité fasse intervenir "*d'autres nerfs que ceux déjà connus*" et un "*rapport intime avec le magnétiseur*". Sa pratique thérapeutique est également singulière, puisque ce sont les sujets hypnotisés qui eux-mêmes choisissent les modalités médicales de leur guérison (diètes, tisanes, etc.). Puysegur n'a qu'une ambition : aller chercher chez l'autre ce qui peut être réveillé psychiquement pour amener une guérison. Il est le premier, dans l'hypnose, à replacer le patient au centre de la cure.

Nous avons par ailleurs souligné que quelque chose de l'ordre du cadre et du type de lien entre hypnotiseur et hypnotisé intervenait. Erickson, a quant à la source de l'efficacité thérapeutique de l'hypnose, une position paradoxale. Lui et ses disciples développent une théorie de la communication, revisitent les techniques de suggestion, et donnent aux "*paroles*" sinon le pouvoir de guérir, au moins le rôle d'initiation de la guérison, avec une conception de l'Inconscient proche de celle des behavioristes (la "*boîte noire*" de Watson). Dans un même temps, Erickson avoue qu'il ne sait pas ce qui intervient dans le processus thérapeutique et conclut que peu importe, du moment que la technique fonctionne. Depuis lui, la pensée sur ce sujet n'a pas évolué, même si une certaine frustration à ne pas comprendre engage les hypnotiseurs Ericksoniens à tenter d'expliquer

l'efficacité thérapeutique de l'hypnose par le courant de la médecine psychosomatique. Dans le domaine de la psychologie clinique, Janet donne une description de l'état hypnotique, Freud quant à lui propose une explication psychodynamique de ce qui intervient entre le praticien et son patient. Mais ni l'un ni l'autre ne se penchent sur la question de ce qui favorise et contribue à l'efficacité de l'hypnose sur un symptôme donné. Tous les autres courants que nous avons décrits s'attachent également à comprendre le processus hypnotique, mais aucun ne tente une théorie explicative de l'efficacité de cette méthode.

Finalement, même si la théorie est caduque, seule l'approche de l'hypnose par le biais du fluidisme a donné une explication à son action, et les vœux de Puysegur que les progrès scientifiques aillent plus loin dans la compréhension de l'efficacité hypnotique est restée sans lendemain. Attachés à démystifier la technique, les chercheurs n'ont pas pris le temps d'aborder la compréhension de ce qui la rendait opérante thérapeutiquement.

QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE?

L'hypnose est fondamentalement une pratique visant à une plus grande flexibilité psychologique des sujets, flexibilité qui s'organise autour d'une modification des perceptions du sujet (champ de conscience). Ces modifications sont influencées par les propositions formulées (suggestions) dans le cadre d'une relation intersubjective particulière (Bioy, 2018-A et 2018-B). C'est intentionnellement que jusqu'à présent nous n'avons pas défini l'hypnose, car l'entreprise est plus complexe qu'il n'y paraît, et nous ne voulions pas donner l'impression que les choses étaient figées en retenant d'emblée une signification univoque... Selon le prisme choisi, les définitions de l'hypnose peuvent mettre l'accent sur des ingrédients divers, identifiés tout au long de son histoire :

- la *transe*, c'est-à-dire l'état de conscience modifiée, ou « état hypnotique » ;
- la *suggestion*, c'est-à-dire la formulation des intentions thérapeutiques transmises au patient ;
- le *contexte*, c'est-à-dire la façon dont un environnement peut conduire à des perceptions différentes, assimilées à un phénomène hypnotique ;
- la *relation*, c'est-à-dire la rencontre thérapeutique médiatisée par l'hypnose (ou avec pour prétexte l'hypnose) ;
- l'*imaginaire*, c'est-à-dire les visualisations créatrices et l'influence de processus métaphoriques sur les effets obtenus ;
- le *corporel*, c'est-à-dire la façon dont un travail autour des perceptions autrement ressenties en transe hypnotique permet au patient d'aborder sa réalité et l'amène à changer de posture

dans son existence.

Si certains auteurs considèrent que la transe est essentiellement un phénomène de conscience, et d'autres plutôt une dynamique autour de la perception, pour autant tous reconnaissent à la transe une place centrale. De même, si certains comprennent la relation essentiellement comme une dynamique intersubjective, alors que d'autres y voient davantage une question de communication, tous reconnaissent que nous parlons ici d'influence.

Quoique peu utilisée, il existe pourtant une définition officielle et internationale de l'hypnose, proposée par la Society of Psychological Hypnosis (Division 30 de l'American Psychological Association [APA]) et reprise notamment par l'International Society for Hypnosis. Cette définition a été actualisée en 2014 : « *A state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion.* » Cette définition, portée par la multiplication des études en neurosciences, privilégie donc une vision de l'hypnose la spécifiant comme une capacité attentionnelle particulière et moins centrée sur la dimension de la relation (liée à celui qui formule les suggestions auquel le sujet va être réceptif). On peut noter que cette définition n'est pas spécifique de l'hypnose, elle est même très générale – il s'agit d'un état de concentration –, si ce n'est par la conséquence attribuée à l'absorption de l'attention, à savoir la suggestibilité plus importante.

Nous avons proposé pour notre part la définition suivante de l'hypnose : « *mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi.* » Ainsi se trouvent posées les trois dimensions qui constituent l'hypnose :

- l'état de conscience modifiée,
- le rapport hypnotique
- et enfin la conscience entendue comme conscience perceptive (phénoménologie).

S'il nous arrive de parler de l'hypnose comme étant un état de conscience, pour autant, nous avons souhaité relever le fait que l'hypnose procède (aussi, et nous pensons *surtout...*) d'un *processus* psychologique. L'état hypnotique est en effet un mode de fonctionnement psychologique que l'on peut caractériser sur les plans émotionnel, affectif et cognitif. Ce mode de fonctionnement peut être observé sur les clichés obtenus en neuro-imagerie (depuis les années 1990), de même qu'il est abordé par des investigations en psychologie clinique et en psychologie expérimentale depuis maintenant plus d'un siècle. Par ailleurs, de la même façon que l'on ne peut pas parler d'hypnose sans parler d'état hypnotique, la seule notion d'état de conscience modifiée ne permet pas de caractériser l'hypnose car la dimension relationnelle doit y être intégrée. En effet, la pratique de l'hypnose implique que quelqu'un agisse sur le contexte actuel pour nous permettre d'entrer en état

hypnotique. Sans cela, il s'agit d'une rêverie, d'une distraction, ou d'une autre forme d'état de conscience modifiée.

Au-delà des aspects techniques, les écrits dès le XVIII^e siècle soulignent maintes fois l'importance de ce « rapport hypnotique » sur les effets obtenus. Enfin, avec cette définition, nous rappelons que l'hypnose permet d'acquérir un état de conscience élargi, et la conscience dont il est question ici est une conscience corporelle au sens de la phénoménologie. Il s'agit de la conscience construite grâce à notre sensorialité et qui nous permet de percevoir notre environnement, nous-même, et la relation entre nous et ce contexte dans lequel nous nous trouvons. Autrement dit, il s'agit de la conscience de l'environnement, de la conscience de soi et de la conscience de soi en interaction avec l'environnement.

Caractéristiques de l'hypnose

Comme nous venons de le voir, à notre sens, état hypnotique, rapport hypnotique et conscience corporelle sont les trois pierres angulaires qui permettent de définir l'hypnose. Ainsi définie, l'hypnose est à comprendre à la fois comme une aptitude (voire même un talent) et un processus. L'aptitude est celle d'un sujet à s'adapter à un contexte donné, et le processus est celui par lequel le sujet questionne le rapport à son contexte, à sa réalité, à son réel, à travers tout un jeu de sensations et de perceptions modifiées par l'expérience hypnotique, en présence d'un autre qui l'y invite.

De quoi le patient hypnotisé fait-il l'expérience? Les caractéristiques suivantes sont typiques de l'expérience hypnotique :

- Une modification de l'orientation temporo-spatiale : ce qui est ressenti est une altération dans la façon dont les patients perçoivent leur corps (ressentis différents...) et la position de ce dernier dans l'espace. Une expérience assez courante est la sensation d'un flottement ou à l'inverse d'une douce et agréable lourdeur. Également, la perception du temps se trouve altérée, qu'elle soit étirée ou contractée (une séance de 10 minutes peut donner l'impression d'avoir duré le double ou seulement 2 ou 3 minutes).
- Un sentiment de détente : une sensation de détente mentale est présente même si elle n'est pas suggérée explicitement. Le principe de dissociation, l'entrée dans la phase de « perceptude » selon le mot de Roustang, explique cela. Si le travail thérapeutique peut être épuisant du fait des mobilisations psychiques, pour autant l'état hypnotique lui-même induit une sensation de relâchement (parfois exploitée pour obtenir une relaxation).
- Une hyper-absorption de l'attention : comme nous l'avons dit plus haut, l'hypnose consiste en une activation à la fois des circuits de détente mais aussi d'absorption de l'attention. La

troisième dimension est donc tout naturellement celle d'une attention facilement concentrée et focalisée sur un élément donné. Cela permet par exemple à un patient de décrire avec autant d'attention que nécessaire une sensation physique, ou de s'absorber dans son imaginaire.

- Une diminution du jugement et de la censure : tout se passe comme si les expériences du patient étaient vécues sous la forme d'un arc réflexe, c'est-à-dire ne passaient pas par le processus d'intellectualisation. Les choses sont perçues, senties, mais pas analysées (elles pourront éventuellement l'être dans un second temps, en dehors du processus de transe). De ce fait, le jugement et la censure sont altérés. Autrement dit, le patient entre dans une logique proche des rêves et quitte la logique rationnelle.
- Une expérience de réponse quasi-automatique (ou « principe d'involontarité » selon le mot du Pr Jean-Roch Laurence) : il s'agit de la dimension la plus typique de l'expérience hypnotique. Lorsque le patient accepte une suggestion faite, il la réalise sans avoir l'impression que c'est bien lui qui la mène. Ainsi, si on suggère que la main du patient est de plus en plus légère jusqu'à s'envoler tranquillement, le patient sentira sa main se soulever « comme si » elle se soulevait toute seule, sans l'intervention de sa volonté.



On comprend avec ce qui précède que l'hypnose est un processus dynamique, global, d'emblée du côté de l'expérience. Être en hypnose, c'est vivre la réalité environnante de façon différente qu'en perception ordinaire et s'ouvrir à une possibilité de la façonner autrement. Il s'agit avec l'hypnose de « créer le réel » (le mot est de Thierry Melchior), autrement dit, de façonner une réalité qui nous corresponde et qui soit de ce point de vue individuelle et

unique. Ce travail autour des ressentis est toutefois aidé par les suggestions et métaphores du thérapeute (ou par nos autosuggestions dans cette pratique solitaire de l'hypnose que l'on nomme « autohypnose »). Ce dernier point permet de distinguer nettement l'hypnose de pratiques qui semblent proches, comme la pleine conscience, et de différencier l'état hypnotique d'états où l'on retrouve au moins trois des cinq caractéristiques que nous avons mentionnées, tel le *flow*³ de Mihály Csíkszentmihályi en psychologie positive.

Notons cependant ici qu'un ingrédient est particulièrement constitutif et typique de la pratique de l'hypnose, il s'agit de l'empathie. Il s'agit d'une notion complexe, qui concerne à la fois le motivationnel, l'affectif et le cognitif, l'intersubjectif comme les neurones miroirs, et se trouve étudiée tant par les sciences de la vie que les sciences humaines.

³ *Flow* est traduit en français par « expérience optimale » : il s'agit d'un ressenti correspondant à un état de bien-être se produisant lorsqu'une personne se laisse porter par la réalisation d'une action où elle cherche à atteindre un objectif à sa portée, assimilé à un défi.



Rogers la définit ainsi : « *L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si" on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, "comme si". La capacité empathique implique donc que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, et qu'on en perçoit la cause comme il la perçoit (c'est-à-dire qu'on explique ses sentiments ou ses perceptions comme il se les explique), sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification.* » (Rogers, 1962)

Nous dirions assez volontiers que l'empathie est un muscle : présent chez tous, il n'est cependant pas présent au même niveau « de base » d'une personne à l'autre (car dépend du développement cognitivo-affectif, des épisodes de vie qui l'ont plus ou moins aiguë, etc.). Mais que l'on soit « naturellement empathique » ou non, le travail et l'entraînement permettent de développer ce « muscle ». La métaphore possède cependant une limite, car ce terme désigne une double réalité clinique : elle est certes une aptitude, mais également un processus. En effet, en situation relationnelle, on désignera le processus empathique comme la qualité d'ouverture au monde interne de l'autre qui permet de faire de son corps une « caisse de résonance » des éléments appartenant à l'autre (ressentis, émotions, images...).

Autrement dit, il s'agit d'un lien viscéral où l'on se met en disposition de ressentir le monde interne de l'autre en soi, « comme si » il s'agissait du sien. Un espace pour l'autre est devenu disponible en soi, pour mieux percevoir l'autre. Cette aptitude à l'empathie comme le processus empathique sont d'un intérêt capital ; particulièrement en hypnose ce processus est central. La situation hypnotique convoque un contexte de régression psychique où le lien empathique entre le praticien et son patient devient prépondérant et sans doute aussi l'essence même du processus à l'œuvre (Palaci, 1991). Nous avons montré ailleurs en quoi la régression psychique, l'empathie au centre de la relation, la capacité de jeu mobilisée par les éléments de contexte étaient les trois ingrédients primordiaux du processus de changement dans les suivis hypnothérapeutiques (Bioy, 2017).

CLINIQUE DE L'HYPNOSE

Le contexte hypnothérapeutique (Bioy, 2018-B)

Il faut entendre le contexte hypnothérapeutique comme un espace de rencontre à vocation thérapeutique. Pour notre part, nous l'assimilons volontiers à un espace de médiation qui permet les axes de travail suivants (Bioy, 2020).

- *Constituer un espace de jeu*, autrement dit un espace de co-crédation (notion inspirée par Winnicott). La dimension du jeu est en effet fondamentale car elle implique une fluidité suffisante pour « naviguer » entre réel et imaginaire, alterner processus internes et externes, etc. Il nous semble que tout travail psychothérapeutique a pour fonction de redonner une capacité de jeu au patient. Ceux qui sont dans cette capacité de jeu, ou la retrouvent, sont dans le changement. Lorsque cette capacité n'est pas évidente pour celui qui est en souffrance, elle demande à être suscitée et accompagnée par un thérapeute qui installe le cadre pour ce faire et co-construit avec le patient.
- *Organiser un continuum entre le corps du patient et ce qui est travaillé* (notion inspirée par Milner). En effet, la corporalité doit passer un temps par une extériorité avant de revenir vers soi pour être travaillée. Ainsi, dans l'hypnose, ce sont les perceptions sensorielles qui permettent l'entrée en état de conscience modifiée (fixer son attention sur les bruits alentours, les points de contacts entre le corps et le siège, un élément visuel et pourquoi pas en mouvement tel le désuet pendule, etc.), état qui resitue le corps du sujet au centre d'un jeu perceptif qu'il finit par intérioriser de façon si intense que plus aucune limite ne lui est perceptible entre sa corporalité et l'environnement.
- *Susciter un état de transe favorisant la créativité* (en proximité avec les travaux de Rank sur la capacité créative et tout le courant humaniste et existentiel, voir le cours de Bioy à ce propos M2 IED). La fonction centrale de l'état de conscience modifiée est en effet de faciliter le processus thérapeutique. L'état de transe est ce moment où le sujet se laisse aller dans une perception des choses telles qu'elles sont, sans plus les réfléchir. L'image du pilote automatique est sans doute limitée, comme toutes les images voulant rendre compte d'une expérience complexe, mais elle n'en est pas moins assez proche de la réalité : il s'agit de se laisser traverser par la situation, jusqu'à ne plus guider la main qui tient le pinceau sur la toile, mais la laisser se mouvoir librement, en état d'acteur-spectateur d'une situation qui nous transcende. Il s'agit du musicien qui laisse sa main effleurer sa guitare jusqu'à ce qu'un accord vienne à lui, du sportif qui laisse son coup partir dans une forme de stratégie non consciente, d'un mathématicien qui a quitté sa

table de travail et dont la résolution de l'équation lui vient alors qu'il marche vers un rendez-vous... L'espace de médiation permet ici de révéler et orienter ce potentiel créatif vers un objectif thérapeutique.

Dans ce « petit théâtre de l'hypnose » que nous développons – la prise en compte du contexte où le phénomène hypnotique se déploie – ces trois premiers éléments relèvent plutôt du travail de la transe. À ceux-ci, il faut ajouter le travail du relationnel qui, nous l'avons vu avec la définition proposée, joue un rôle au moins égal à l'état hypnotique.

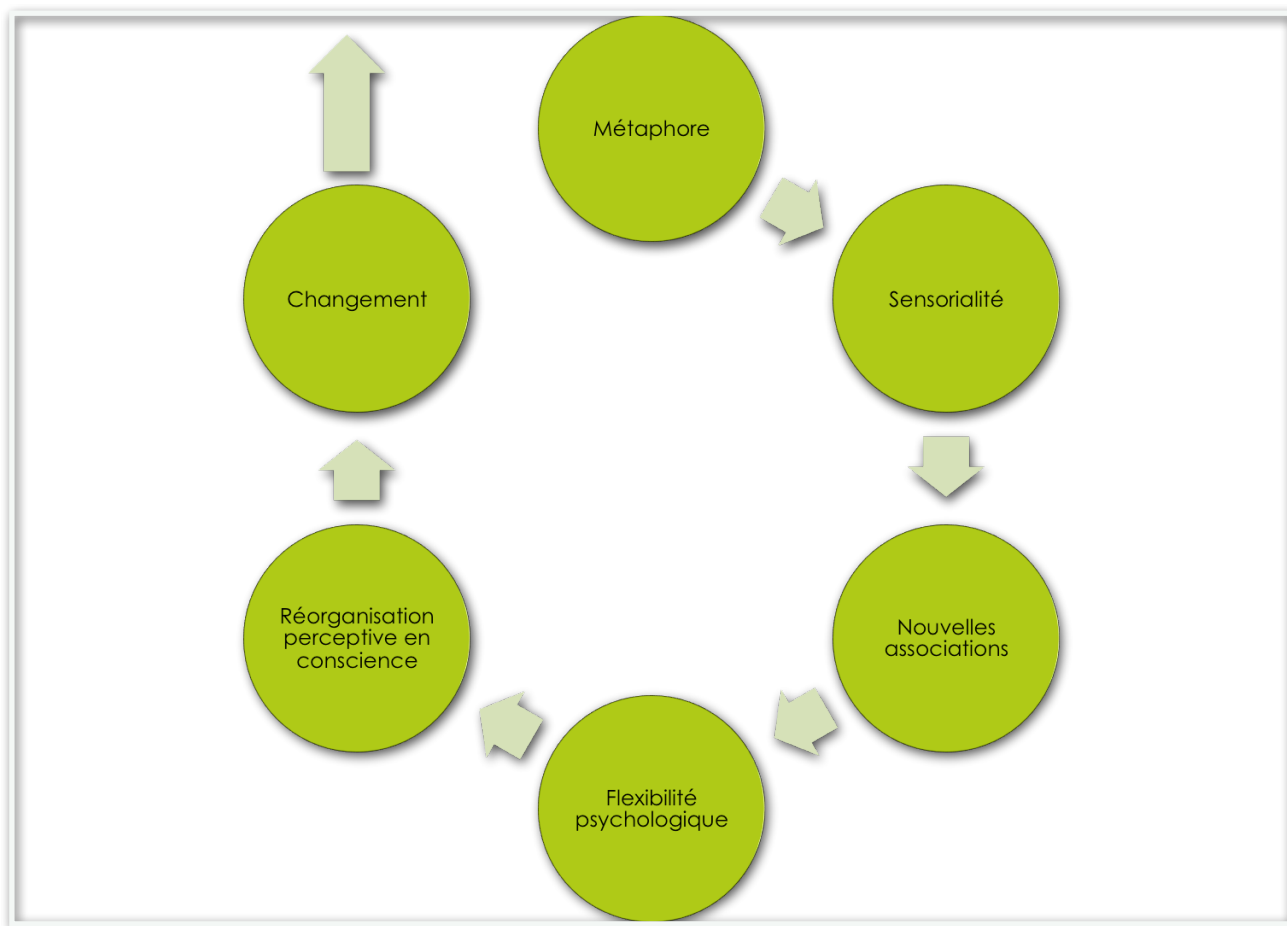
- *Invitation à la régression par la relation hypnotique.* Déjà, les premiers praticiens de l'hypnose avaient noté que la relation hypnotique avait un lien avec la relation d'une mère avec son petit enfant, observation qui a trouvé un écho plus tard, d'abord chez Ferenczi, puis chez Freud. Cette notion a été reprise par la suite par Gill et Brenman aux États-Unis et en Europe par Jacques Palaci, précédemment cité. Tout se passe comme si les sujets hypnotisés se replongeaient dans des modalités de fonctionnement psychique et relationnel antérieures, et actualisaient ainsi leurs modalités perceptives et leurs apprentissages pour trouver une nouvelle voie de résolution à la souffrance. Des auteurs comme Roustang proposent de considérer l'hypnose comme une façon de revenir aux premiers modes de perception de son environnement (l'*infans*, le nourrisson). Nous lui avons emboîté le pas et, à l'instar de certains auteurs comme Winnicott ou encore Lebovici, nous proposons un lien entre ces mouvements régressifs et la capacité à jouer, et jouer en particulier avec l'autre, ici le thérapeute (Bioy *in* Bioy et Servillat, 2020).
- *Installer une présence.* Cette notion appartient d'abord au champ de la psychologie humaniste et existentielle (Carl Rogers, puis ses successeurs, dont Geller et Greenberg). « Être en présence » commence, pour le thérapeute, par une démarche pour quitter ses pré-supposés et s'inscrire *là* avec le patient. Il s'agit de construire une disponibilité et une ouverture en tant qu'invitation adressée au patient de se servir du thérapeute comme d'un appui ou d'un simple outil. « Être-là », c'est « être-là » avec toute sa corporalité puisqu'il ne peut y avoir de conscience (et donc de conscience modifiée) sans un support organique qui permet de se percevoir, et percevoir l'environnement autour de soi. « *Le moi est avant tout un moi corporel.* » écrivait déjà Freud, et ce corps est ce lieu premier de perception, de sensations, voire de sensualité, qui produit, anime et organise l'expérience de conscience. Comme nous le rappelle le philosophe Maurice Merleau-Ponty, « mon » corps n'est pas « un » corps : c'est le corps que je suis, il est « moi et mien. » Autrement dit, le corps tel que nous le définissons actuellement est ce qui caractérise l'unité du sujet, un « corps sujet ». On pourrait ajouter que le corps n'est pas une simple interface, une frontière avec le monde : corps et monde s'inscrivent dans un *continuum*, ouvrant vers la question de l'altérité, des liens à l'autre et à ce qui nous entoure. « Être-là » est donc bien un « être-là »

corporel ». La présence est corps. Et cette présence peut se définir comme la capacité à « *porter tout notre Être dans l'instant de la rencontre selon une multiplicité de niveaux (physique, émotionnel, cognitif et spirituel)*. La présence est fondée sur le Self du thérapeute qui peut saisir à travers une attitude réceptive sensorielle et émotionnelle l'expérience de la personne à un moment donné. » (Merleau-Ponty, 1976).

- *Se laisser aller à l'intuition.* L'intuition consiste ici à laisser parler ses perceptions, à laisser son corps composer ces phrases nommées « ressentis », et les suivre sans plus d'entendement. On comprend que ce type d'intuition, nécessitant une ouverture sensorielle et perceptive à l'autre, conduit à une transe légère qui procède comme une façon d'intégrer tout ce qui est en relation avec l'autre, en lien avec une situation ou une intention. À la limite il n'y aurait plus qu'à laisser aller le corps « qui sait », et finalement, accompagner au plus proche un patient réclamerait que le thérapeute puisse se mettre dans cet état de transe. Outre le fait que l'on retrouve une telle idée en thérapie existentielle, cette direction est assez logique puisqu'il n'existe aucune transe à vocation thérapeutique où seulement l'un des deux acteurs serait en état de conscience modifiée. Des lointaines tradithérapies et pratiques shamaniques jusqu'à notre moderne hypnose, la partition est toujours la même : entendre la musicalité de la transe et se laisser bercer par elle, comme une condition au processus d'évolution. Côté patient, se laisser aller à la transe permettrait de pouvoir passer d'une perception partielle à une perception élargie, suscitant un « éveil paradoxal » où l'ensemble des éléments qui nous appartient s'organise adroitement et dans le sens du vivant, c'est-à-dire d'une logique du développement d'une existence.
- *Se laisser aller sur le chemin de l'empathie.* L'empathie est une dimension intervenant dans l'alliance thérapeutique et regroupe les processus tant affectifs que cognitifs de perception du monde interne de l'autre, comme si nous étions à sa place. Là encore, les éléments perceptifs prennent une place importante et l'on est face à une notion liée à celle de présence. L'empathie joue notamment sur le niveau de compréhension ressenti par le patient et a un impact sur cette alliance thérapeutique dont les particularités en hypnose commencent à être analysées (nous avons développé un peu plus cette notion un peu plus haut dans ce texte).

Processus hypnotique

Les données qui précèdent, relatives aux axes les plus étudiés actuellement en sciences humaines à propos de l'hypnose, demandent encore à être formalisées pour comprendre leur emboîtement et aller vers un processus thérapeutique plus clairement défini. Ce que permettrait le contexte hypnothérapeutique, tel que nous venons de le préciser, serait le « circuit » suivant :



Comme nous l'avons montré dans nos premières recherches (Bioy et Keller, 2010), la base « pratique » de l'hypnose s'appuie sur les figures de l'analogie : que ce soit par l'emploi de suggestions ou par celui de métaphores, le processus analogique permet, dans le cadre d'une transe, de renvoyer les mots, le récit de souffrance, sous la forme d'images signifiantes proposées comme des « pas de côté », des éléments dont le patient est invité à se saisir. S'il accepte ce contexte de travail, il va se saisir de ces images qui vont le mobiliser perceptivement, comme le ferait un poème. Ce travail de « saisissement » perceptif, cette mobilisation corporelle, amène le patient à envisager de nouvelles associations à propos de son motif de souffrance et ainsi assouplir ses mécanismes psychologiques (notion de *flexibilité* que l'on retrouve également en thérapie d'acceptation et d'engagement). Cette souplesse nouvelle amène une corporalité différente (en tant qu'être-au-monde), qui définit ce que l'on nomme couramment « changement ». Une telle schématisation, qui reste encore à préciser sur plusieurs aspects, n'est pas inscrite dans une durée, simplement dans une chronologie. La façon dont le patient investit le processus s'inscrit quant à elle à la fois dans une individualité, la sienne, et dans l'histoire d'une rencontre dans un contexte particulier, celui ici d'une transe de nature hypnotique telle que nous l'avons définie.

Une séance « type » (hypnose formelle⁴)

On distingue classiquement :

- **La prise de contact** : au travers de l'échange patient/praticien se construit un lien de collaboration que l'on nomme « alliance thérapeutique ». Cette alliance est la base de la séance à venir. C'est au cours de cet échange que le praticien conçoit avec le patient le type de travail qui sera réalisé en hypnose, entrevoit l'objectif à atteindre, et recueille les éventuels éléments dont il pourra avoir besoin (ce que le patient aime faire, quels sont ses canaux sensoriels privilégiés, etc.).
- **L'induction** : il s'agit ensuite de proposer au patient l'environnement qui permettra de susciter intentionnellement l'état hypnotique. Pour commencer à rendre les perceptions plus flexibles, à les élargir, le praticien propose au patient de percevoir ce qui est présent dans l'instant, en plus de la douleur, et de façon concomitante.
- **La phase thérapeutique** : à l'aide de suggestions et d'images métaphoriques, le praticien propose au patient de commencer à modifier la façon dont il perçoit sa réalité douloureuse. Il lui permet de vivre un « autre possible », différent de celui dans lequel il est simplement centré sur sa souffrance. Ce que cherche le thérapeute, c'est que le patient quitte ses certitudes, qu'il cesse de penser que la douleur sera constante, qu'elle le dominera toujours, etc., et que progressivement il puisse apercevoir une autre réalité, celle d'un vécu autre, qu'il peut traverser de façon fluide et souple.
- **Le retour à l'état de conscience ordinaire** : il s'opère avec un certain naturel ; le patient reprend contact avec les éléments qui l'entourent. La phase thérapeutique, séance après séance, permet d'installer une nouvelle empreinte, une nouvelle façon de vivre sa réalité et sa vie. Le retour à l'état ordinaire de conscience permet au patient de mesurer que son vécu hypnotique continue au-delà de la séance et, si besoin, pourra être reproduit en dehors des séances (« auto-hypnose »).

Exemple de premier exercice :

1. Demander au sujet quelle expérience, quel moment agréable, il souhaiterait revivre (ne pas parler de souvenirs).
2. Proposer au sujet de fermer les yeux et de fixer son attention sur ce moment, de le revivre. Les images viendront spontanément
3. Parler au présent, jamais à l'imparfait. "Vous êtes quelque part..."

⁴ Nous laissons ici de côté l'hypnose conversationnelle, moins typique de l'hypnothérapie

4. Prendre en compte son appréhension sensorielle (visuelle, auditive...). "ce que vous entendez... ce que vous voyez..."
5. Ne pas évoquer des sentiments mais des sensations.
6. Insister pour qu'il n'évoque que des expériences agréables. "vous trie. Vous ne prenez que ce qui est agréable..."
7. Bien observer les réactions. Faire revenir ici et maintenant si réaction désagréable. Recadrer l'expérience.
8. Ne pas guider dans vos souvenirs.
9. Pas d'incongruités (proposer le sable chaud alors que le patient est à ski...)
10. Utiliser des généralités, des phrases simples, des mots isolés. "Le temps qu'il fait... ce qui se passe..."
11. Laisser un grand choix. Veiller à ce que vos paroles soient toujours congruentes avec le vécu du sujet. Si vous faites des propositions précises, laisser toujours un autre choix : "ou autre chose..."
12. Offrir des boîtes (contenants), pas les remplir ! "Tout ce que vous pouvez voir...des choses générales...des détails..."
13. Utiliser un langage vague, aussi général que possible, dans un langage simple
14. Pour terminer : proposer de quitter l'expérience et de revenir dans la pièce en suivant le souffle de sa respiration

OUTILS DE L'HYPNOSE

La première consultation : proposition de 10 repères

1. Ecouter et observer le patient exposer sa difficulté : quelle position dans son existence?
2. Elements et événements psychopathologiques
3. Histoire de la situations, événements marquants, quels facilitateurs et freins dans le parcours thérapeutique?
4. Contexte de vie ; pourquoi est-ce le moment?
5. Quelles sont les ressources passées et actuelles, quand et comment apparaissent-elles?
6. Vécu corporel, mises en mouvements?
7. Croyances et vie spirituelle : où en est le patient?
8. Quel projet thérapeutique et comment l'hypnose?
9. Repérer les compétences, l'habileté à la dissociation et à la transe,
10. Mettre en place le contexte hypnothérapeutique (ci-dessous)

Quelques grands principes à suivre lorsque l'on débute⁵ (après, on en joue...)

A la 1ère séance :

- expliquer l'hypnose (état de conscience modifiée, pas de sommeil, accès aux ressources, contexte d'apprentissage, etc...).
- expliquer l'intérêt d'apprendre l'hypnose.
- définir son contexte de travail (nombre de séances etc...)

Mode opératoire général :

- Installer confortablement le patient.
- S'asseoir si possible à 45-90 degrés.
- Parler à 1 mètre.
- Si possibles pour le patient, pieds à plat, mains séparées.
- Proposer au patient qu'il ferme les yeux ou qu'il fixe un point devant lui. Dans ce cas, accompagner les variations du regard (point qui se trouble, se dédouble etc...) et anticiper la fermeture des paupières : " vous avez certainement déjà expérimenté que vous fermiez les paupières pour réfléchir plus intensément à quelque chose..." ; » vous n'avez pas besoin de fermer les paupières maintenant , mais rien ne pourra empêcher qu'elles se ferment lorsque vous vous sentirez plus détendu..." ; "Est-ce que cela vous dérangerait de fermer les paupières ?" (Afin que le patient réponde « non »...).

Installer 4 « instructions » :

Afin d'éviter tout problème qui pourrait apparaître au cours du processus hypnotique : angoisses, malaises, vécus désagréables, mésentente, mauvais accompagnement etc.

- Donner "l'autorisation" de bouger, de parler. "Vous pouvez bouger; si vous avez envie de dire quelque chose, vous pouvez parler..."
- Évoquer l'isolement des éléments de l'environnement ; que tout ce qui se passera à l'extérieur n'aura pas d'importance ou sera intégré au vécu, que cela permettra une meilleure focalisation interne. "En fermant les yeux, vous pouvez ainsi vous isoler de ce qu'il y a autour de vous...un isolement relatif, car vous resterez toujours en contact avec ce qui se passe. Mais ça n'aura pas d'importance, ou vous pourrez l'intégrer à ce que vous vivez. L'important, c'est ce que vous allez vivre, découvrir à l'intérieur de vous..."
- Mais préciser que votre voix continuera toujours à accompagner le patient. Et qu'il pourra utiliser, modifier ou ne pas entendre vos paroles. "Au fur et à mesure de l'expérience que vous allez vivre, tout ce qui se passe autour de vous n'aura plus d'importance...vous découvrirez que

⁵ Texte s'appuyant sur l'enseignement (non publié) de Paul-Henri Mambourg, psychiatre et sur « l'hypnose » (Bioy) oublié chez InterEditions et Marabout.

vous serez de plus en plus absorbé par votre expérience intérieure...pourtant, vous resterez toujours en contact avec ce qui se passe ici...mais un contact tout à fait formel...vous pourrez intégrer tout cela à votre expérience personnelle. Cependant, ma voix, elle, continuera à vous accompagner...avec des mots qui pourront vous servir à améliorer votre expérience intérieure...ou que vous n'écoutez plus... consciemment... parce que vous suivrez vos propres pensées... parfois, il vous arrivera aussi de corriger spontanément mes paroles pour trouver des mots plus adéquats, qui vous conviendront mieux..."

- Dire au patient qu'il va apprendre à ne se focaliser que sur des éléments agréables, utiles. " des expériences, des souvenirs, des images vont venir...vous ne garder que celles qui sont agréables, utiles, importantes, nécessaires, naturelles..." Les métaphores illustrent efficacement chaque proposition : "comme quand vous feuilletez un album de photos ou un magazine...vous vous arrêtez aux images qui vous plaisent..." Utiliser toute métaphore de tri, de "zapping" intérieur. " L'expérience que vous allez faire ici, c'est d'apprendre à vous débarrasser de tout ce qui ne vous convient pas, c'est d'apprendre à zapper, à faire des tris...pour ne garder que ce qui vous convient...vous avez appris tellement de choses...et chaque fois, vous garder l'essentiel, l'utile, l'agréable...par exemple, vous avez appris à parler...et quand vous parlez, spontanément, vous choisissez les mots nécessaires pour exprimer ce que vous avez envie de dire..."

Le patient ne doit jamais vous répondre (sauf dans les cas où vous le souhaitez) de manière verbale, mais s'interroger intérieurement (recherche inconsciente) et éventuellement répondre de manière non-verbale. Chaque fois que le patient manifeste un comportement (toux, grattage, mouvement etc.), l'approuver : " c'est très bien ". Accepter ce que manifeste le patient, qu'il soit toujours gagnant. Lier cette manifestation à un approfondissement de l'état. Ex: "c'est bien...en toussant, vous avez libéré vos bronches...permis à votre respiration d'être plus agréable, donc de pouvoir approfondir votre détente..."

Au moment du retour :

- Faire revenir le patient dans la pièce et lever toutes les suggestions que l'on ne souhaite pas voir se prolonger, en dehors des suggestions post hypnotiques. Laisser au patient son rythme...mais l'y aider.
- Toujours reassocier : globalement des perceptions, du corps, du vécu...
- Puis bilan de l'expérience avec le patient, feed back nécessaire pour se rendre compte de la manière dont le patient a vécu le processus hypnotique.
- Espace de paroles ++++ en hypnothérapie, c'est là que le patient se reconstruit sa mythologie personnelle (Bioy, 2020)

Communication :

- Utiliser un vocabulaire simple.
- Exclure les mots et idées négatives : échecs... douleur... souffrance... gênes... perdre... Employer des conjonctions de coordination pour lier les phrases.
- Vocabulaire permissif, d'ouverture: " vous pouvez..." "C'est peut-être à gauche... ou peut-être à droite..." "Peut-être...vous pouvez entendre..."

Phase d'induction

Le temps de l'induction est ce qui amène un patient à vivre un état de conscience modifié, et un processus de dissociation psychique. Pour utiliser une image, nous pourrions dire que l'hypnose s'initie selon le modèle de l'entonnoir : on organise une certaine centration de l'attention du patient afin qu'il puisse dans un second temps élargir son champ de conscience et vivre de façon pleine, entière, globale, ce qu'il a à explorer. Notons que cette focalisation de l'attention correspond au fameux pendule autrefois utilisé, mais aussi au point que l'on demande de fixer dans les études expérimentales sur l'hypnose. Cette fixation n'est cependant pas forcément visuelle et peut se faire sur un bruit, voire même une sensation à un niveau plus élaboré.

Consacrer du temps à cette période d'induction n'est pas, dans les pratiques, une étape obligatoire. Elle est par exemple inutile lorsque le patient est déjà dissocié (fasciné par une image, en état de choc ou autre). Elle est juste le préalable, l'antichambre, au « véritable » travail hypnotique. Le temps d'induction est un peu comme l'échauffement nécessaire des muscles d'un athlète avant de pouvoir mobiliser son corps entier dans une course où se mêleront apprentissages antérieurs, découverte du sol à chaque pas, exploration nouvelle de capacités, etc.

- Focalisation de l'attention : il s'agit simplement de proposer au patient de centrer son attention sur un élément visuel, sonore, ou perceptif. Lorsque le patient est familiarisé avec l'hypnose, on pourra éventuellement lui proposer de centrer directement son attention sur des processus plus complexes, tels qu'une idée ou une image intérieure.
- Confusion : si le discours du praticien de l'hypnose se complexifie, le patient va devoir durant un moment dépenser une énergie « neuronale » certaine à traiter et comprendre l'information. Puis, l'aspect rébarbatif du phénomène tout autant qu'un certain épuisement de l'attention va conduire le patient à « décrocher » c'est-à-dire se réfugier ailleurs que dans la recherche d'une logique rationnelle et d'une situation concrète. Ce « décrochage » est précisément l'entrée dans la dissociation psychique, tout autant que dans une forme de rêverie, qui dans ce cadre de pratique sera assimilée à un état de conscience modifié.

Emploi des suggestions

Une suggestion peut se définir comme étant une idée, un sentiment ou un comportement, inspiré par un autre que soi. Une suggestion peut être verbale ou non (la suggestion est alors obtenue par mimétisme), directe ou indirecte, ouvertes ou fermées. Les suggestions sont utilisées autant dans la phase d'induction que dans la suite de la séance. La réalisation d'une suggestion est souvent demandée dans l'actualité de la séance. Sinon, on parle le plus souvent d'une suggestion post-hypnotique.

Exemples :

- Suggestion directe fermée : « Comme nous l'avons fait la fois dernière, je vous propose de fixer le point en face de vous, tout en écoutant les bruits alentour jusqu'à ce qu'ils deviennent plus diffus... Voilà... Et vous m'aviez dit que lorsque vous faisiez ceci, vous aviez l'impression d'une sorte de lourdeur dans les paupières... Lorsque vous ressentirez à nouveau cela, vous pourrez alors laisser simplement vos yeux se fermer... Très bien... et laisser tranquillement votre corps se détendre, en commençant par exemple par les muscles du visage... Cette détente peut s'accompagner d'une douce chaleur, sensation que vous m'avez dit apprécier tout particulièrement... »
- Suggestion directe ouverte perceptive : « ... Et votre détente peut s'accompagner d'une douce chaleur, ou fraîcheur, d'une autre sensation ou de rien de bien encore précis... »
- Suggestion directe ouverte émotionnelle : « ... Et vous pouvez laisser une émotion particulière être présente lorsque vous retrouvez ce souvenir de vacances : la joie, la nostalgie, ou simplement quelque chose qui peut vous surprendre... »
- Suggestion directe ouverte idéative : « ... L'hypnose peut parfois autoriser la venue d'idées que l'on n'attend pas, d'autres auxquelles on choisit de ne pas prêter attention, et enfin d'autres sur lesquelles on peut s'appuyer pour poursuivre... »
- Suggestion directe ouverte métaphorique : « ...Et vous pouvez laisser votre esprit conscient visiter quelques lieux et souvenirs du passé, du présent, ou de l'avenir tout en laissant votre esprit inconscient poursuivre son recueil d'éléments pour vous libérer du poids de cette difficulté dont vous vous préoccupez, ou simplement vous en soulager... »
- Suggestions directes déguisées à échelon (ou « suggestion composée ») : « ... À chaque mouvement de votre respiration, vous pouvez prendre conscience de la façon dont votre corps trouve sa place dans cet espace » ; « Plus vous sentez votre main posée sur votre ventre, et plus celle-ci va se coller à celui-ci jusqu'à en devenir indissociable. »
- Suggestions directes déguisées par double lien : « ... Il peut suffire que votre esprit conscient continue pleinement à m'écouter, à moins que votre esprit inconscient ne choisisse de m'entendre pour trouver comment le faire » ; « Et lorsque votre esprit inconscient sera prêt à faire ce que

vous attendez de lui, il pourra alors automatiquement ouvrir les yeux, à moins que votre esprit conscient ne décide par lui-même de laisser vos paupières s'ouvrir pour prolonger ce qui a été entrepris. »

- Suggestions directes déguisées par pré-supposition : « ... Et lorsque vous aurez respiré une troisième et peut-être une quatrième fois, vous pourrez alors commencer à ressentir cet air parcourir de plus en plus agréablement votre corps. »
- Suggestions indirectes : les suggestions indirectes relèvent d'un procédé de communication plus permissif que les suggestions directes. Elles possèdent à ce titre plusieurs avantages, le premier étant qu'elles n'induisent pas, ou rarement, de résistances en soi. Il est par exemple plus acceptable pour la plupart des patients de s'entendre dire : « Peut-être pourriez-vous, avant de poursuivre le récit de ce moment, vous accorder un temps pour souffler un peu. En observant par exemple votre respiration, en lui donnant plus d'amplitude, ou en la laissant faire d'elle-même » plutôt que : « Avant de poursuivre, prenez une forte inspiration et expiration pour reprendre votre souffle ».
 - Exemple par truisme : « La plupart des gens ont fait l'expérience que la tête pouvait hocher pour dire oui ou non de façon automatique, pour acquiescer à un propos ou simplement indiquer ce que l'on pense » ; « Beaucoup de personnes rougissent involontairement à certaines émotions ou pensées naissantes » ; « La mémoire sait aussi réagir de façon automatique sans que l'on ait besoin d'y prêter attention, lorsque par exemple on ne retrouve pas sur le moment un nom ou un endroit où l'on a laissé quelque chose et que ce nom ou cet endroit reviennent comme par magie à un autre moment où l'on n'y pensait plus. »
 - Exemple par disposition d'esprit : « ... Quelle est la couleur d'un océan calme ? » ; « Quelle est la fleur qui pour vous représente la sérénité ? » ; « Quel est l'animal qui représente le plus la liberté ? »
- Suggestions post hypnotiques : il s'agit ici de poser une proposition dont la réalisation sera ultérieure à la session d'hypnose elle-même. La suggestion post-hypnotique peut être placée pour prolonger quelque chose de la séance ou pour créer un état d'esprit particulier en lien avec un événement. Ce dernier point est très utile notamment dans tout ce qui relève de la préparation (à l'accouchement, à une épreuve telle que l'oral du bac, à une épreuve sportive ou autre).
 - Exemple : « [Pour prolonger un état connu pendant l'hypnose]... Et tout à l'heure, après avoir ouvert les yeux, votre corps pourra ressentir le besoin d'étirer chacun des doigts de votre main droite. Ce sera alors le signal que votre corps se donnera pour prolonger aussi longtemps que cela pourra lui être utile l'analgésie qu'il a su créer au niveau des articulations de votre poignet » ; « [Pour la préparation à une ponction lombaire]... Et

lorsque demain, à 14 heures, alors que vous êtes assis et penché en avant, vos yeux se porteront sur les lacets de votre chaussure droite, vous pourrez alors tranquillement suivre leur entrelacement pour retrouver le chemin de votre lieu-ressource, au cœur de votre respiration. »

- Exemple (ancrage) : Voici l'extrait d'un entretien avec une patiente de 67 ans, venue consulter pour des douleurs parkinsoniennes. Il lui est suggéré par le praticien de trouver une fontaine dans un jardin représentant son potentiel intime. Cette fontaine ayant des propriétés « calmantes » et dont la température serait propice pour « endormir la douleur » (termes employés par la patiente lorsqu'elle avait exprimé ce qu'elle attendait de l'hypnose). Lors de cet extrait, la patiente est hypnotisée : l'ancrage se construit toujours durant l'état hypnotique. « ... Maintenant que vous m'avez décrit cette fontaine et que vous êtes sûre qu'entre les trois visitées, il s'agit bien de celle que vous cherchez, je vous propose de commencer à plonger à votre rythme une jambe dans l'eau de cette fontaine... Voilà... ressentez bien la dénivellation de l'eau au niveau du pied... de la cheville... du mollet... vers le genou... et s'installer ce calme dans vos articulations... Vous pouvez bien ressentir cela? Vous pouvez simplement me l'indiquer en soulevant l'un des doigts de votre main droite [un doigt se soulève lentement après une vingtaine de secondes]. Très bien... Maintenant, goûtez à cette température si particulière... Celle que vous ne saviez pas vraiment décrire mais qui peut être assimilée à un bain agréable... relaxant... reposant pour tout ou partie de votre corps... ce bain dont vous me parliez...Voilà... Je vous laisse maintenant vous plonger tranquillement dans cette fontaine... Profiter des effets calmants de cette eau sur votre peau... sur vos articulations... endormir les mouvements de contraction spontanée... et lorsque vous aurez profité de ce bain autant que vous le souhaitez et que cela vous est possible, alors vous pourrez aussi me l'indiquer, d'un petit mouvement de tête ou par le même doigt ou un autre de votre main droite... [Après environ 5 minutes, la tête de la patiente se tourne vers l'hypnothérapeute]... Voilà... Parfait... Et ce bain peut être si agréable que vous pouvez souhaiter y retourner lorsque vous le souhaitez, ou simplement lorsque vous penserez en avoir besoin... Pour ce faire, vous allez pouvoir apprendre à votre corps à se replonger dans cette fontaine lorsque bon vous semblera... Choisissez simplement un simple geste... Quelque chose que vous ne faites pas volontairement et qui peut vous venir automatiquement à l'esprit maintenant... Et lorsque vous aurez ce geste, faites-le ici... [Presque d'emblée, la patiente se pince le lobe de l'oreille gauche avec la main droite] Très bien... Ressentez bien le niveau d'appui de vos deux doigts sur le lobe de votre oreille, en même temps que vous continuez à profiter de ce bain... Comme si vous guidiez votre corps pour créer un lien entre ce geste simple et le calme et le sommeil sur vos douleurs que vous procure ce bain... (...) Comme si tout ce qui fait ce moment aux propriétés calmantes se concentrait ou se rangeait dans

votre lobe d'oreille gauche... Pour retrouver tout cela plus tard... Avec ce geste... Et lorsque tout ce moment, cette fontaine... ce paysage de jardin... ce que vous ressentez et ce que vous ne ressentez plus sera bien mis dans cet endroit de votre corps, prêt à diffuser lorsque vous referez le geste, vous pourrez alors relâcher la pression de votre lobe en laissant votre main droite repartir et en revenant avec elle ici et maintenant, dans cette pièce... [La patiente, à mesure que sa main et son bras se reposent sur son corps, ouvre les yeux et revient à un état ordinaire de conscience]. Comment vous sentez-vous? [La patiente sourit et respire à fond, visiblement très calme et beaucoup plus détendue qu'initialement]... Tout en prolongeant votre sourire si agréable et qui poursuit la détente du visage et du corps, je vais simplement vous demander de refaire le geste que vous avez choisi, pour retrouver instantanément le chemin de cette fontaine et tout ce que vous y avez associé... [La patiente s'exécute, amène sa main droite au lobe gauche et au moment du contact, referme les yeux. Son sourire disparaît, laissant simplement un certain niveau de décontraction au niveau du visage. Elle se repositionne dans le fauteuil. 3 ou 4 minutes s'écoulent, elle rouvre les yeux]. « Ça y est, j'y étais retournée, mais la fontaine ne pouvait pas me calmer plus, car je ne ressens plus de contraction au niveau des orteils, ni de crampes. » Très bien, maintenant que vous avez dessiné ce nouveau chemin, ce lien, au sein de votre corps, il vous suffira de le reprendre lorsque vous aurez de nouveau besoin de cette fontaine et de ses effets calmants sur vos douleurs ».

Emploi des métaphores

Les images métaphoriques font partie de l'hypnose de façon courante : toute image que l'on reprend du discours du patient pour un travail particulier relève de la métaphore. Ce que l'on nomme métaphore hypnotique est un peu plus complexe, et ressemble à un conte thérapeutique, voire à un conte tout court. Et ce d'autant plus que les métaphores peuvent mettre en scène une situation avec des personnages fabuleux, ou encore des animaux dotés de caractéristiques particulières, par exemple la parole.

Évidemment, la métaphore hypnotique ne consiste pas en le récit d'un « simple » conte, mais renvoie à des principes bien précis à la fois de construction, de narration mais aussi dans ses objectifs, qui ne peuvent être développés ici.

La métaphore est sans doute l'outil le plus complexe, le plus pointu mais aussi le plus caractéristique de l'approche hypnotique. Elle a pris naissance avec Erickson, et s'est depuis largement répandue.

Schématiquement, la métaphore consiste en un récit construit par analogie avec une difficulté exprimée par un patient, et dont l'objectif va être de provoquer le changement. La métaphore doit être la plus individualisée possible. C'est-à-dire qu'elle doit être le reflet le plus exact de la

difficulté que vit le patient ; difficulté qui l'a amené à consulter. Bien sûr, l'intérêt de la métaphore est qu'elle va proposer de façon indirecte au patient une nouvelle ouverture pour trouver sa solution, en contournant quelques résistances. Mais pour que la métaphore puisse être « entendue » dans tous ses aspects, elle doit renvoyer très directement à la situation qu'elle est censée éclairer.

Exemple : la patiente est venue consulter car elle n'arrive pas à prendre une décision importante pour sa vie. Dans l'entretien, la peur du changement et de la perte d'identité revient. L'hypnopraticien lui propose une métaphore autour d'une rivière, ici synthétisée (la patiente est alors hypnotisée). La description de la rivière reprend la description que la patiente avait faite d'elle, et le « problème » de la rivière reprend ce que la patiente a décrit de sa situation actuelle. La métaphore a pour but d'initier un changement.

« Une rivière serpentait dans la nature. Elle était joyeuse, enjouée, se régala de tous ces paysages qu'elle traversait. Et quelle joie de rencontrer autant de gens au fil de sa course ! Elle ne s'arrêtait pas vraiment, profitait simplement de sa vie et de tous ses cadeaux, oubliant sa fatigue pour aller de l'avant et mener sa vie de rivière, à la fois curieuse et toujours pressée. Et puis un jour, au fil de son parcours, cette rivière se retrouve dans un champ plus difficile à traverser, sablonneux et rocailleux. Elle ne laisse pas de place à la panique et décide d'aller de l'avant, de forcer son passage. Mais plus elle avançait, et plus elle s'épuisait, jusqu'à se demander ce qui allait bien pouvoir arriver si elle ne pouvait dépasser ce champ pour rejoindre un terrain qui lui serait plus profitable. Elle commençait à douter, se confronta à ses limites, et connut la crainte : si elle s'arrêtait, pour la première fois de sa vie, elle risquait de perdre ce qui faisait d'elle une rivière : le fil de l'eau, le mouvement, un lieu où la vie peut s'épanouir... Allait-elle se transformer en vulgaire marre, comme elle en connaissait d'autres, quelque chose qui pour elle était crasseux et inerte ? La peur l'envahit, elle jeta ses dernières forces dans la bataille, affolée, sentant qu'elle pouvait ici tout perdre. Et puis, on ne sait ce qui se passa, mais elle entendit comme une petite voix. Une voix qui semblait avoir toujours été là, mais qu'elle n'avait pas prise le temps d'entendre. D'où pouvait-elle bien provenir ? De quelqu'un ? Du ciel ? De sa conscience ou d'ailleurs ? Elle ne le savait pas, mais tendit l'oreille vers cette voix qui lui disait tout bas « rivière, tu n'as pas toujours été rivière, mais avant, gouttes de pluie venues des nuages. Peut-être peux-tu demander au vent de t'aider à nouveau ? ». Était-ce vrai ? L'avait-elle oubliée ? La rivière ne savait que faire, pouvait-elle prendre le risque de stopper ses efforts et de s'en remettre au vent ? Ne risquait-elle pas de ne plus jamais être la rivière qu'elle avait toujours aimé être ? Épuisée, elle s'y résolut enfin, bien qu'assaillie par la peur. Elle en appela au vent : « porte-moi, change-moi comme j'ai su changer avec toi auparavant ». Le vent s'exécuta, et la rivière se transforma en fines gouttes. Quel voyage ! Et le vent la déposa plus loin, sur une terre qu'elle ne connaissait pas, où la rivière put reprendre sa route, neuve et remplie de joie de n'être plus tout à fait la même tout en se retrouvant totalement ».

Exemples (compléter avec les annexes mises en ligne progressivement)

Exemple de canevas général

« J'aimerais que vous preniez la position la plus confortable possible... Prenez votre temps et lorsque vous l'aurez trouvée, vous pourrez simplement me le dire... Voilà... Maintenant, je vous propose de regarder un endroit en face de vous. Ça peut être un point ou autre chose... Lorsque vous l'aurez trouvé, là encore vous pourrez me le dire... Très bien... Vous pouvez maintenant regarder ce point aussi intensément que vous le souhaitez... Si à certains moments ce point ou autre chose devient plus flou, qu'il change de forme ou de couleur, c'est tout à fait normal... Il peut aussi ne rien se passer de bien particulier que simplement le fait de regarder cet endroit tout en écoutant simplement les bruits alentours... Simplement, tout en respirant... D'écouter chacun des bruits présents [les énumérer éventuellement, ou laisser du temps]... Que ces bruits soient proches ou lointains... Et je suis sûr que vous pouvez bien percevoir la différence de l'endroit où vous vous trouvez... Tout en écoutant ma voix en même temps. Cette voix qui va simplement vous guider, vous orientez et que vous pouvez décider de suivre ou non... De bien la percevoir ou de la laisser s'éloigner comme dans un rêve... ou qui peut se mêler à une voix plus familière... Ou simplement rester comme elle est... De simplement suivre vos envies, la façon dont vous souhaitez procéder, en toute liberté... Et puis, lorsque vous aurez bien perçu chacun des éléments présents, de me l'indiquer simplement en soulevant l'un des doigts de la main droite ou de la main gauche...

Maintenant, je vous propose de bien percevoir votre position, chacun des points de contact entre votre corps et l'endroit où vous vous trouvez... Au niveau du dos... Des jambes... L'appui des pieds sur le sol... La position des mains et leur contact avec le reste du corps... Très bien... Si vous souhaitez trouver une position plus confortable, vous le pouvez jusqu'à ce que votre position soit celle qui vous paraît le mieux possible pour poursuivre simplement... Voilà... Et dans cet environnement que vous continuez à percevoir, dans la position qui est la vôtre en ce moment, juste de porter votre attention sur votre respiration... Le mouvement d'inspiration et le mouvement d'expiration... L'un puis l'autre, et surtout l'enchaînement des deux... Une respiration avec son rythme, son amplitude, sa fréquence... Qui se produit sans même que vous ayez besoin d'y penser... Naturellement... Parfois lorsque l'on porte son attention sur la respiration, le rythme est un peu plus accéléré, mais ce n'est pas obligatoire et il faut juste laisser un peu de temps pour que la respiration trouve son rythme de croisière... Quand ce sera le cas, là aussi vous pourrez me l'indiquer en soulevant l'un ou l'autre des doigts de la main droite ou gauche... Très bien...

Et peut-être êtes-vous un peu plus détendu, consciemment ou non, et je vous propose d'aller un peu plus loin dans la détente... Simplement en laissant les yeux ouverts quand vous inspirez, et de les refermer lorsque vous expirez... Tranquillement, au rythme de votre respiration... Et peut-être qu'à un moment ou un autre, vous trouverez que plus vous expirez, et plus les yeux ont du mal à s'ouvrir

à nouveau... Comme alourdis par la décontraction de l'expiration... C'est tout à fait normal... Jusqu'au moment où vous pourrez simplement autoriser vos yeux à rester fermés pour continuer... Et continuer à respirer naturellement, sans effort, sans avoir besoin de penser à comment il faut faire pour que les yeux restent fermés... Voilà... Et toujours continuer à ressentir la respiration au niveau de la poitrine... Du ventre... Et même du nez... D'ailleurs, sans y penser vraiment, vous pourrez laisser aller cette respiration tranquillement, en visualiser le parcours, le chemin au niveau de votre corps... L'air frais de l'inspire, la chaleur de l'expire... Au niveau du nez ou ailleurs... Là... Juste prendre un peu de temps pour cela... Tranquillement... »

Suite 1

Et je vais simplement vous demander maintenant d'imaginer un paysage... celui d'une mer ou d'un océan... dont les vagues aient au même rythme que votre respiration... Cela peut-être un paysage que vous connaissez ou quelque chose de nouveau que vous visitez seul(e) ou accompagné(e). Des vagues et le bruit caractéristique qu'elles font... Les couleurs de l'endroit où vous vous trouvez ... La couleur du ciel, du sol, peut-être du sable ou des galets... Peut-être regarder dans ce paysage quelque chose ou rien de particulier... Juste prendre le temps nécessaire pour vous ressourcer dans cet endroit, de la façon qu'il vous plaira... Et peut-être en avez-vous déjà fait l'expérience... du sentiment de plénitude qui apparaît lorsque l'on regarde l'océan... Comme si le temps n'existait plus... Ou d'autres sentiments mêlés... Peut-être avez-vous même la possibilité de vous approcher de l'eau, de la toucher... D'en percevoir plus précisément la couleur ou la température... D'y plonger la main ou juste les pieds... Et de tranquillement profiter de ces instants alors que je me tais pour quelques instants et laisse la place au simple son de l'océan...

Suite 2

Et puis vous pourrez simplement te laisser aller à être ici et puis ailleurs... Comme dans un pré ou une forêt... Allongé(e), assis(e) ou debout... à regarder autour de vous... Le paysage et ses couleurs... L'ambiance du lieu et ce que vous en percevez... Observer tranquillement ce qui se passe aux alentours... Prendre le temps de bien percevoir l'endroit où vous vous trouvez... Jusqu'à observer un peu plus loin une forme de points présents et qui semble voler... Une forme encore imprécise... Qui s'approche à mesure que vous regardez... Jusqu'à discerner un papillon... La couleur de ses ailes... Son vol un peu saccadé qui tranche avec la poésie de sa venue... Comme s'il cherchait un endroit où se poser... Une fleur ou autre chose... Peut-être même pouvez-vous l'inviter à venir en simplement lui proposant votre main... La laisser se soulever doucement... Pour ne pas l'effrayer... Un mouvement vers le haut qui rappelle l'envol de ce papillon... Ou simplement votre désir qu'il s'approche de vous... Et il y a à la fois la lourdeur du bras et en même temps la légèreté du geste... une simple invitation... pour qu'il se pose... Reprenne des forces...

Étire calmement ses ailes... Observe lui aussi ce qui se passe autour de lui le plus naturellement possible... Et moi aussi je vais me taire pour vous laisser faire et ne pas l'effrayer...

Suite 3

Et puis simplement, de poursuivre votre respiration... de laisser respirer votre respiration... Comme lorsque l'on est dans un endroit calme, hors de la ville, où l'air est meilleur... A la campagne par exemple... Être simplement ici et dans un endroit différent... Un paysage de campagne avec une partie du ciel qui peut être bleu et l'autre gris... une partie de beau temps et l'autre de pluie... Et au centre, les gouttes de pluie peuvent se laisser traverser par les rayons du soleil... Jusqu'à former un superbe arc-en-ciel... Un arc magnifique et ses couleurs... Violet... Indigo... Bleu... Vert... Jaune... Orange... Et rouge. Comme si tu pouvais bien distinguer chacune de ses nuances... Et même pouvoir vous approcher de l'une d'entre elle... celle que vous préférez... Jusqu'à pouvoir la toucher... Une couleur attirante... Comme un passage... Qui va vous permettre d'arriver ailleurs... Un lieu de ressource, un endroit que vous appréciez tout particulièrement et qui vous appartient... Juste en traversant cette couleur qui va vous y mener... Et pour vous laisser cette intimité, évoluer dans ce qui vous appartient et qui vous fait du bien, je vais me taire durant quelques minutes...

Fin

Et tranquillement, toujours au rythme de votre respiration, de laisser à votre rythme cette expérience faire partie de vous... De lui trouver une place... ou de la laisser simplement pour l'oublier... Ce qui sera le mieux pour vous... Et progressivement de retrouver des perceptions plus habituelles... Celles de cette pièce... de revenir à votre rythme... Comme il vous plaira... Jusqu'au moment où simplement, vous pourrez rouvrir les yeux

Le lieu de sérénité - Hammond (1990)

Le lieu de la sérénité de Hammond est une méthode permissive et indirecte de renforcement du moi, destinée à augmenter les capacités du patient à faire face aux difficultés. Elle est très utile pour les patients anxieux. « Maintenant, alors que vous continuez à vous relaxer, de plus en plus profondément, laissez-vous simplement flotter dans le temps et l'espace. Et dans un moment, votre esprit inconscient va tout à coup vous conduire, dans un endroit très spécial, un endroit qui est associé à des sensations intenses de paix, et de tranquillité, et de sécurité, et de bonheur. Il peut s'agir d'un endroit dans lequel vous êtes déjà allé, ou de quelque endroit spécial dans lequel vous vous retrouvez pour la première fois. Et vous pouvez simplement laisser un tel endroit se présenter spontanément à votre esprit maintenant. Et alors que vous vous y retrouvez, donnez-vous à vous-même l'occasion, de ressentir toutes les impressions reposantes de calme, et de satisfaction, et de sécurité, et de bonheur, associées à cet endroit merveilleux. Et je ne sais pas vraiment si vous devriez vous asseoir et appuyer votre dos, et regarder tout ce qui vous entoure, ou bien plutôt

arpenter l'endroit, et explorer cet endroit spécial, qui est ici maintenant, rien que pour vous. Et je ne sais pas avec certitude ce qui va avoir le plus d'importance pour vous – peut-être les sons dans cet endroit spécial, ou bien sa beauté. Peut-être allez-vous particulièrement apprécier les sensations et les impressions alors que vous touchez les choses, et peut-être même les odeurs vont-elles être exceptionnellement agréables. Et je me demande si vous avez déjà commencé à remarquer le fait que, alors que vous vivez cette expérience, et prenez plaisir à cet endroit spécial, vous pouvez vous imprégner de ces sensations de tranquillité et les absorber. Et vous pouvez laisser ces sensations de satisfaction profonde, et de paix, et de calme, circuler, partout en vous, dans toutes les parties de votre corps, ce qui permet à tout votre être de ressentir ces sensations apaisantes. Et à chaque instant qui passe dans cet endroit spécial, ces sensations merveilleuses, vivifiantes, augmentent, et font encore plus partie de vous. Et vous pouvez savourer cet endroit, et le plaisir que vous en tirez peut être accru, avec chaque instant que vous y passez. Et alors que vous vous reposez là, et que vous rechargez vos batteries, cette expérience vous rappelle peut-être d'autres endroits et d'autres expériences, où vous vous êtes senti heureux, et satisfait, et plein de sentiments paisibles.

Et dans cet endroit de sérénité et de sécurité, les choses peuvent se mettre en perspective. Vous pouvez prendre conscience de sentiments réels, avec un sens des proportions correct, libéré des déformations liées à l'humeur ou aux circonstances. Alors que vous vous reposez à cet endroit, les choses se mettent dans une juste perspective. Et dans cet endroit spécial, indépendamment de ce que je peux dire, vous pouvez recevoir ce dont vous avez le plus besoin maintenant. Votre esprit inconscient sait ce dont vous avez le plus besoin. Et je ne sais pas exactement comment vous allez recevoir ça. Il est possible que vous adoptiez un nouveau point de vue, ou simplement que vous constatiez que vous avez des sentiments différents.

Ou peut-être, avant de vous éveiller, vous allez recevoir de votre inconscient, le cadeau spécial, d'une expérience ou d'un souvenir qui vous donne la compréhension, le point de vue ou le sentiment dont vous avez le plus besoin maintenant. Ou peut-être, vous pouvez entendre, ce que vous avez besoin d'entendre. Il est possible que vous entendiez une voix tranquille, peut-être une voix dans votre esprit, ou semblant venir profondément de l'intérieur de vous et qui dit ce que vous avez le plus besoin d'entendre, et qui vous donne les suggestions que vous avez le plus besoin de recevoir maintenant. Et dans un moment maintenant, je vais m'arrêter de parler. Et vous pouvez demeurer dans cet endroit spécial qui est le vôtre, pendant aussi longtemps qu'il vous est nécessaire. Vous pouvez rester dans cet endroit de satisfaction, et de bonheur, et de tranquillité, aussi longtemps que c'est nécessaire, et recharger vos batteries, et vous imprégner de ces sentiments, et recevoir ce que vous avez besoin de recevoir. Et il y a quelque chose qui va se graver en vous et rester dans votre esprit : vous allez savoir, que vous pouvez retourner dans votre endroit spécial, chaque fois que vous en avez besoin ou que vous en avez envie. Vous allez savoir, que chaque fois que vous avez besoin de vous reposer, de renouveler vos forces ou votre énergie, vous pouvez vous mettre dans un état hypnotique profond et paisible, et retourner à cet endroit. Et quand vous êtes prêt à

vous éveiller, vous pouvez revenir à travers le temps et l'espace, en ramenant avec vous ces merveilleuses sensations, et ce sens de la perspective. Et vous allez vous réveiller en vous sentant bien, reposé, l'esprit clair et alerte. Et ce que vous avez vécu peut rester avec vous, après votre réveil. Maintenant, alors que j'arrête de parler, vous pouvez rester à cet endroit, et recevoir ce dont vous avez besoin, aussi longtemps que vous le voulez ».

Bibliographie du texte

- Bernheim H. 1886. *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*. Paris : Doin
- Bioy A. 2020. L'hypnose. Paris, PUF collection « que sais-je ? »
- Bioy, A. (2018-A). L'approche hypnotique en clinique de la douleur. In MJ. Brennstuhl (Ed). Prendre le charge la douleur avec les thérapies non médicamenteuses. Paris : Dunod.
- Bioy, A. (2018-B). Aspects actuels de l'hypnose thérapeutique. In : Plagnol A, Pachoud B, Granger B. Les nouveaux modèles du soin (pp.99-111), Paris, Doin.
- Bioy A, Servillat T. *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose*. Malakoff : Dunod, 2017
- Bioy, A. (2005). Hypnose, psychothérapie et psychologie clinique. *Perspectives Psy*, 44 (5), 346-354.
- Bioy A, Keller PH. (2010). Hypnose clinique et principe d'analogie – Fondements d'une pratique psychothérapeutique. Bruxelles : De Boeck, 20
- Carroy, J. 1999. La foi qui guérit : à propos du texte de Charcot. *Le Coq héron* ; 156 : 213-29
- Collot E. 2004. L'hypnoanalyse. In : Bioy A, Michaux D. *Traité d'hypnothérapie*. Paris, Dunod.
- Faymonville, M., Boly, M., Laureys, S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of physiology*, 99, 463-469
- Hilgard, ER. 1965. *Hypnotic Susceptibility*. New-York : Harcourt Brace and World.
- Hull CL (1933). *Hypnosis and Suggestibility*. New York : Appleton-Century ; 1968
- Merleau-Ponty M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, 1976 : 531 p.
- Mulhern S, 2006. La transe de possession : stratagème socio-politique ou troubles psychiatrique ? Paris. Colloque du GEAMH. « Hypnose et dissociation psychique ». 8-9
- Orne MT (1970) Hypnosis : state or role ? International Congress for hypnosis and psychosomatic medicine. 1970 : May (Mainz, Germany).
- Palaci, J. (1991), « Psychanalyse, Transfert et Hypnose », in *La suggestion*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- Rainville, P., Hofbauer, R.K., Paus, T. et al. (1999). Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 11, 110-125.
- Rogers C. (1966), *Le développement de la personne*. Paris, InterEditions (2005)

Weitzenhoffer, Gough et Landes, 1959. A study of the braid effect (hypnosis by visual fixation). *The Journal of Psychology* 1959 ; 47 : 67-80.

Courte bibliographie très conseillée

1/ Bioy A. L'hypnose. Paris, PUF collection « que sais-je ? »

2/ Pour apprendre des suivis de séances et suivis thérapeutiques (le 3ème relève plus de l'hypnose médicale) :

- Bioy A : 15 cas pratiques en hypnothérapie et hypnose médicale, Paris, Dunod.
- Bioy A : 15 cas pratiques en hypnose pédiatrique, Paris, Dunod.
- Bioy A : 15 cas cliniques en hypnoanalgésie et hypnosédation, Paris, Dunod.

3/ Pour aller plus loin :

- Bioy A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Paris, Dunod.
- Melchior T. Créer le réel. Paris, Seuil
- Roustang F. Jamais contre, d'abord. Paris, Odile Jacob

Une revue de qualité (trimestrielle) centrée sur la pratique de l'hypnose et de l'hypnothérapie : la « Revue de l'hypnose et de la santé » (éditions Dunod) qui est un très bon complément à cet enseignement.

<https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/revue-hypnose-et-sante-abonnez-vous-1-an-4-numeros-tarif-0>