

TRaNSEs

LA REVUE DE L'HYPNOSE ET DE LA SANTÉ

PRATIQUES ET FORMATIONS

LIBRE COURT

L'HYPNOSE DANS LE TRAITEMENT
DE LA DRÉPANOCYTOSE

FORMATION

DÉCOUVREZ
UNE NOUVELLE MANIÈRE
DE PRATIQUER L'HYPNOSE

DOSSIER

SILENCE

PRÉSENCE À L'ABSENCE, SILENCE FÉCOND :
LA PLACE DU SILENCE EN HYPNOSE MÉDICALE

CONSCIENCE

DE L'HYPNOSE MUSICALE
À L'HYPNOSE ARTISTIQUE

EN APESANTEUR

S'ENVOYER EN L'AIR
AVEC L'HYPNOSE

SPORT

HOCKEY SUR GLACE
ET TRANSE

DUNOD

TRaNSEs

LA REVUE DE L'HYPNOSE ET DE LA SANTÉ

Directrice de publication

Nathalie JOUVEN

Administration et rédaction

Dunod Éditeur S.A.

11, rue Paul Bert, CS 30024, 92247 Malakoff cedex

Rédacteur en chef

Thierry SERVILLAT

Conseiller éditorial et scientifique

Antoine BIOY

Couverture
Dunod Éditeur

Maquette intérieure
Le Petit Atelier

Composition
PCA

Périodicité
revue trimestrielle

Impression
Imprimerie Chirat
42540 Saint-Just-la-Pendue

N° commission paritaire (CPPAP)
0620 T 93699

ISSN
2557-521X

Parution
octobre 2019

Dépôt légal
octobre 2019, N°

Secrétaire de rédaction : **Jean-Claude LAVAUD**, assisté de **Nicolas GOUIN**, **Arnaud GOUCHET** & **Léo ROBIOU DU PONT**
Responsable illustrations : **Arnaud GOUCHET**, assisté de **Christian MARTENS**

Comité éditorial : **Patrick BELLET**, **Christine BERLEMONT**, **Rémi CÔTÉ**, **Yann FARAVONI**, **Daniel GOLDSCHMIDT**,
Arnaud GOUCHET, **Fabienne KUENZLI**, **Christian MARTENS**, **Lolita MERCADIÉ**, **Karim NDIAYE**, **Idrissa NDIAYE**,
Gérard OSTERMANN, **Jean-Édouard ROBIOU DU PONT**, **Dan SHORT**, **Chantal WOOD**, **Vladimir ZELINKA**

Correspondants : **Vladimir ZELINKA** (Belgique), **Fabienne KUENZLI** (Suisse), **Rémi CÔTÉ** (Québec), **Dan SHORT** (USA),
Teresa ROBLES et **Mauricio NEUBERN** (Amérique centrale et du Sud)

Participent à ce numéro : **Christian BARBIER**, **Patrick BELLET**, **Pierre BOUILLON**, **Antoine BIOY**, **Allain CASSAGNEAU**,
Fabienne DE BROECK, **Margot DRAVET-XAVIER**, **Marie FLOCCIA**, **Pierre Henri GARNIER**, **Arnaud GOUCHET**, **Nicolas**
GOUIN, **Fabienne KUENZLI**, **Grégory LAMBRETTE**, **Jean-Claude LAVAUD**, **Dominique MEGGLE**, **Lolita MERCADIÉ**, **Sylvia**
MORAR, **Marie Armelle MURIBI**, **Idrissa NDIAYE**, **Maurício S. NEUBERN**, **Grégory NINOT**, **Pascal ORY**, **Christophe**
OTTENWAEELDER, **Pascale REYNETTE**, **Marion RICHARD**, **Jean-Luc ROQUET**, **Thierry SAGE**, **Thierry SERVILLAT**, **Chantal**
WOOD

Un grand merci aux photographes et illustrateurs : **Andrea BERLESE**, **Beverly & Pack**, **Taylor BROTHERS**, **D. DUCROS**, **Arnaud**
GOUCHET, **Janice HANEY CARR**, **JCL**, **Thomas LEUTHARD**, **Marlon MARTINEZ**, **Pascal ORY**, **Maciej URBANEK**

© **Dunod**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1^{er} juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or any other means, electronic, mechanical, photocopying recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Éditorial

La vérité on ne s'en fiche pas

Parmi les mots de notre vocabulaire qui présentent aujourd'hui une difficulté certaine, il y a celui de « moderne » et celui qui en est dérivé, de « modernisme ». C'est probablement pour cela que depuis quelques décennies ils ne sont plus vraiment utilisés.

En psychologie, particulièrement dans le milieu des thérapeutes utilisant l'hypnose, on a même parlé à un certain moment de postmodernisme. Là aussi, ce terme est beaucoup moins utilisé de nos jours.

Moderne voulait initialement dire « à la mode ». L'hypnose est à la mode, mais on ne la qualifie pas de moderne. Probablement parce que depuis une cinquantaine d'années maintenant, a émergé aussi un regard sur le réel qui, en se complexifiant, ce qui est utile, a pu déconstruire utilement la notion de vérité.

Quand cette déconstruction va dans le sens de la tolérance, de l'ouverture d'esprit (« *open mind* » préconisée par Milton Erickson) cela est assurément une bonne chose. Comme le disait le regretté Thierry Melchior¹, prenant la suite des grands physiciens du xx^e siècle comme Heisenberg, construire la réalité est, au moins en partie, ce qui permet de soigner bon nombre de patients qui se trouvent ainsi à nouveau aptes à participer à la construction du monde.

Simultanément, quand il y a confusion entre réel et vérité, il semble résulter de cette déconstruction un certain nombre de problèmes.

Les réseaux sociaux et Internet en général en sont une belle illustration. Comme a pu l'évoquer précocement le brillant Yves Citton², confirmé depuis par un nombre croissant de recherches, ces torrents de données qui ne sont pas toujours de vraies informations, et même pour beaucoup d'entre elles des « *fake news* », participent activement à l'extension des problèmes anxieux et dépressifs dans nos sociétés. Au point qu'il existe assurément une disparition, certes relative, de la notion de vérité, disparition contre laquelle heureusement bon nombre de journalistes se battent.

À *TRaNSES* nous faisons nôtre aussi ce combat. Modestement, nous tentons de contribuer au maintien d'une certaine rigueur, rigueur qui comme le disait le grand Bateson permet une véritable créativité.

Que deviendrait la justice si nous abandonnions la notion de vérité ?

Et que deviendraient nos sciences si nous abandonnions la recherche de ce qui est vrai ?

Il n'y aurait évidemment plus de logique possible, tous les raisonnements se vaudraient par principe et il n'y aurait plus de débat : vous avez dit



Thierry Servillat est psychiatre, ancien chef de clinique assistant des Hôpitaux. Il exerce au Centre Interdisciplinaire de Thérapie Intégrative à Rezé, dans la banlieue nantaise. Il y dirige l'Institut Milton H. Erickson (RIME44).

1. Thierry Melchior, *Créer le réel*, Paris : Seuil, 1998.

2. Yves Citton, *Pour une écologie de l'attention*, Paris : Seuil, 2014.

«résonance» avec ce que vous voyez dans le monde actuel ?

La génération précédente, celle des quinquas vieillissants dont je fais partie, a pu en partie se reconnaître dans cette postmodernité qui déconstruisait la réalité : cela était grisant. Peut-être que lors de certains états de conscience modifiée, *tout est possible*, mais il y a quand même un réel et la génération actuelle s'en rend compte aujourd'hui, souvent un peu brutalement.

Fin de la récréation ? Ce qui arrive à l'homéopathie pourrait le laisser penser, si les pouvoirs publics confirment, ce qui n'est pas encore le cas à l'heure où j'écris cet éditorial, le déremboursement de l'homéopathie.

Pourtant, tout n'est pas joué peut-être. Il y a encore des chercheurs, et même de plus en plus, qui conjuguent rigueur et imagination, il y a encore des logiciens, des évaluateurs, des enseignants honnêtes qui ne profitent pas de ce postmodernisme et se posent des questions.

TRaNSES est avec eux, et diffuse leur travail et leur réflexion. Avec la mise en évidence croissante de l'importance de la relation dans les transes thérapeutiques, commence à émerger de façon consistante la question de l'authenticité du thérapeute.

Authentique ? Vraiment ?

Thierry Servillat
rédacteur en chef

Sommaire

Éditorial

Thierry Servillat 1

Trances Lucide

De l'hypnotisabilité à la mystique
Antoine Bioy et Chantal Wood 5

Libre court

La drépanocytose, une maladie
aux conséquences multiples
Marion Richard et Marie-Armelle
Mubiri 8

Trances... Formation

C'est comme si...
Jean-Luc Roquet 18

L'hypnose pour redonner le sourire au
chirurgien-dentiste et à ses patients !
Pascale Reynette 24

Trances... Action

Autohypnose et arts visuels
Allain Cassagneau 28

Trances... Missions

Être à la page
Silvia Morar, Nicolas Gouin
et Christian Barbier 32

DOSSIER : SILENCE

Enjoy the silence...
Antoine Bioy 38

Le son du silence
Fabienne Kuenzli 41

On parle du silence
Jean-Claude Lavaud 49

Devenir disponible : sur le silence
dans l'hypnose clinique
Maurício S. Neubern et Margot
Dravet-Xavier 58

Les silences féconds en pratique
médicale
Marie Floccia, Idrissa Ndiaye,
Christophe Ottenwaelder,
Christian Barbier, Thierry Sage 66

Trances... Culturel

Névrose et humour
Dominique Megglé 76

Trances... Figure

Jean Lassner : un anesthésiste
hors du commun
Arnaud Gouchet 82

Trances... Codeur

Le *mind mapping*
Fabienne De Broeck 92

Libre court

S'envoyer en l'air avec l'hypnose,
récit d'une expérience
Antoine Bioy 99

Trances... Bordeur

Sur les ponts de Nantes...
Pascal Ory 107

Libre court

Une pragmatique de l'enchantement :
modélisation stratégique du
changement psychothérapeutique
Grégory Lambrette 112

Trances... Sport

Faire abstraction de la volonté
au moment opportun
Pierre Bouillon 123

Trances... Paraître

Guide professionnel des interventions
non médicamenteuses.
Prévenir, soigner et guérir grâce
aux INM
Grégory Ninot 129

Trances... Versales

Sérendipité et hypnose
L'art du hasard et de l'inventivité
Patrick Bellet 133

Trances... sur le Net 138

Trances... Scriptions

Patrice Marvanne,
Arnaud Gouchet 139

Trances... Humances 141



IPNOSIA
Centre de Formation et d'Etude en Hypnose

Hypnose et Personnes âgées

Formations accessibles à partir de 70H de formation initiale (Ipnosia, CFHTB, DU...). Journées proposées par le Dr Marie Floccia (CHU Bordeaux), avec des professionnels exerçant auprès de cette population.



FORMATION COMPLETE - 6 JOURS - BORDEAUX

Objectifs :

- Comprendre les particularités de l'hypnose chez les personnes âgées et dans le contexte gériatrique plus spécifique
- Appliquer ces particularités au domaine de l'hypnoanalgésie
- Adapter l'hypnose pour les patients ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, quels que soient le stade et les possibilités de communication
- Utiliser l'hypnose pour accompagner les pathologies du mouvement (Parkinson, AVC, syndrome postchute...)
- Accompagner la fin de vie en gériatrie avec l'hypnose
- Travailler l'aide aux aidants à travers l'hypnose

FORMATION « PRATIQUES DE BASE » - 2 JOURS - PARIS

Objectifs :

- Comprendre les particularités de l'hypnose chez les personnes âgées et dans le contexte gériatrique plus spécifique
- Appliquer ces particularités au domaine de l'hypnoanalgésie
- Adapter l'hypnose pour les patients ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, quelque soit le stade et les possibilités de communication

RENSEIGNEMENTS (dates, tarifs...) :
ipnosia.fr ou secretariat@ipnosia.fr

La drépanocytose, une maladie aux conséquences multiples

Le vécu de la drépanocytose est très lourd à porter, tant pour les patients que pour l'entourage. Marion Richard et Marie-Armelle Mubiri nous invitent à partager leur expérience de l'hypnose, qui aide du mieux possible à vivre avec cette pathologie.

1. En 2014, 397 nouveau-nés ont été dépistés avec un syndrome drépanocytaire majeur à la naissance en France métropolitaine, 476 si on y inclut les DOM-TOM. Source : Institut de veille sanitaire. <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Drepanocytose/Donnees-epidemiologiques>

2. Obstruction des capillaires sanguins, par des agrégats de globules rouges falciformés (du fait de la présence d'hémoglobine S), entraînant un défaut d'oxygénation des tissus.

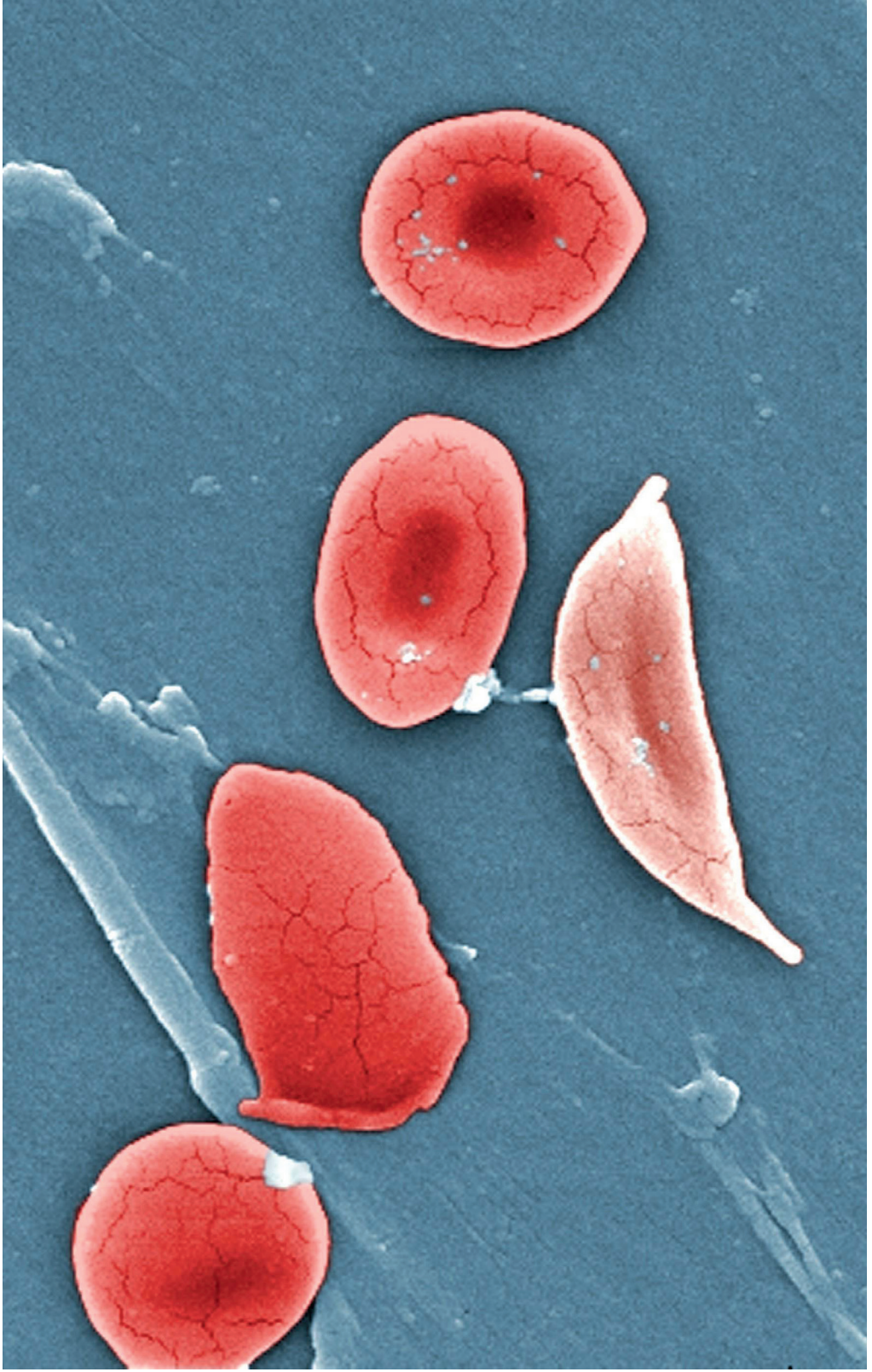
La drépanocytose est une pathologie génétique héréditaire, résultant d'une mutation du gène de l'hémoglobine. Elle demeure la pathologie génétique la plus fréquente en France¹. L'individu qui en est porteur est exposé à des douleurs paroxystiques, notamment durant les périodes de crises vaso-occlusives². On note également que la majorité des populations drépanocytaires vivant en métropole française est issue des départements et territoires d'Outre-Mer et des pays d'Afrique subsaharienne.

Bien que la symptomatologie de la drépanocytose varie, les individus qui en sont atteints s'avèrent marqués par la prégnance de douleurs aiguës récurrentes et chroniques, et ce, tout au long de leur vie. En effet, les crises vaso-occlusives peuvent débuter dès les premiers mois de vie. Quel que soit l'âge, ces crises extrêmement douloureuses représentent un danger mortel si elles ne sont pas prises en charge très rapidement. C'est pourquoi les crises drépanocytaires constituent une priorité dans les services d'urgences hospitaliers. De fait, au regard de la mise en péril qui les caractérise, elles plongent l'individu dans un vécu de mort imminente.

Avec les témoignages de deux personnes, nous nous proposons ici, d'illustrer le vécu de la drépanocytose tant dans son éprouvé douloureux, que dans les histoires traumatiques qu'elle dissimule ou engendre parfois.

L'utilisation de l'hypnose auprès des personnes atteintes de drépanocytose est pertinente parce qu'elle favorise la gestion de la douleur et de l'anxiété. De plus, elle constitue un outil solide pour l'hypnothérapeute en charge des troubles psychotraumatiques inhérents à la maladie.

Les crises drépanocytaires constituent une priorité dans les services d'urgences hospitaliers





1. Marion Richard

est psychologue clinicienne, docteure en psychologie clinique, hypnothérapeute. Elle consulte à l'hôpital Saint-Camille (Val-de-Marne) dans le service Études et Traitement de la douleur.

2. Marie-Armelle Mubiri

est psychologue, hypnothérapeute et formatrice en hypnose. Elle pratique en pédiatrie à l'hôpital Robert-Debré (Paris). En cabinet libéral, avec une approche intégrative, elle est spécialisée en psychotraumatisme et en psychologie interculturelle.

Romain

Nous avons rencontré Romain lorsqu'il était âgé de 28 ans. Natif de France, de parents originaires de la République Démocratique du Congo, il est père d'une petite fille âgée de 7 ans, qui ne vit pas avec lui mais qu'il voit régulièrement. Nous avons fait sa connaissance alors qu'il était hospitalisé dans le service de médecine interne, au sortir d'une crise : pour la seconde fois de sa vie, Romain a dû être transféré en réanimation. À la suite de cette hospitalisation, lui a été proposée une prise en charge thérapeutique par l'hypnose avec l'objectif de mieux gérer le stress qui, selon les médecins et lui-même, aurait notamment favorisé la survenue de cette crise. De plus, cette approche permettait d'explorer les manifestations anxio-traumatiques réactionnelles. Mentionner la drépanocytose, c'est inéluctablement aborder la douleur qu'elle suscite depuis l'enfance. Pour ces personnes, la douleur est indissociable du corps et de la représentation corporelle qu'elles ont d'elles-mêmes. Là, le corps indolore n'existe pas et lorsqu'il peut être suggéré, notamment durant une séance d'hypnose, il en devient étrange, évoquant l'inquiétante étrangeté. À l'instar de la définition internationale de la douleur, la qualifiant d'expérience sensorielle, insinuer que le corps drépanocytaire puisse être un corps indolore reviendrait à inviter une personne munie de ses cinq sens de s'amputer de l'un d'eux. En effet, si le corps peut s'abstraire d'une sensation ou d'un sens (par exemple en état d'hypnose), la mémoire corporelle – notamment de la douleur – ne peut échapper à l'imprégnation somatopsychique du vécu émotionnel et des processus cognitifs qui lui sont associés.

Dans la drépanocytose, la douleur devient (voire est d'emblée) constitutive de l'Être : elle garde sa fonction d'alarme (particulièrement lors des crises vaso-occlusives) tout en devenant, au même titre que les autres sens, celle qui régit le rapport au monde et construit la réalité sensori-perceptive de l'individu atteint de drépanocytose. D'ailleurs, la douleur paraît tellement constitutive qu'elle est paradoxalement très peu présente dans le discours de Romain.

Les sujets décrivent la douleur paroxystique des crises comme une sensation de broiement, d'écrasement, s'apparentant à des coups de marteau qui viendraient briser, casser leur os. Ainsi, les risques de déclencher une crise et l'anxiété anticipatoire de la douleur susceptible d'apparaître, conditionnent leur vie. Les décisions du quotidien sont donc soumises à cette incertitude et à une imprévisibilité constante. La survenue possible d'une crise engendre de nombreuses contraintes, vécues comme subies et imposées par la maladie. « Quand j'étais plus jeune je voulais aller au ski, et on m'a toujours interdit d'aller au ski. Avant... je voulais faire du sport aussi mais mes parents ne vou-

laient pas, par rapport à la drépanocytose [...] Parfois je veux faire des choses, mais je me dis que si je fais... sûrement derrière y'aura des conséquences », nous explique Romain.

Aborder la douleur qu'elle suscite depuis l'enfance

De plus, les traitements et soins relatifs à la drépanocytose³ permettent de limiter mais non de prévenir la survenue des crises.

La douleur occasionnée par les crises drépanocytaires requiert une adaptation constante dès le plus jeune âge, ainsi que nous le dit Romain : « Maintenant je sais ce que je peux faire et ce que je ne peux pas faire pour éviter... Aujourd'hui je sais que quand je serai fatigué je vais pas forcer, quand j'aurai mal je vais prendre mes médicaments. »

Pour répondre à cette incertitude permanente, bien que nécessaire, nous avons proposé à Romain de ressentir, à nouveau, la perception subjective de contrôle de son corps, dans un premier temps avec sa respiration, puis grâce à des autosuggestions d'apaisement et de soulagement : plus sa respiration *respirait* et plus il augmentait le confort de sa poitrine, de sa jambe, de sa tête, *etc.*

Ressentir, à nouveau, la perception subjective de contrôle de son corps

Au fur et à mesure, Romain était à la fois spectateur d'un outil (sa respiration) corporel facilitant son apaisement, et acteur de ce confort puisqu'il pouvait lui-même le favoriser en se concentrant sur le pouvoir puissant de cette respiration aidante.

Si la drépanocytose impose un ajustement continu au risque de survenue d'une crise et à la douleur chronique résiduelle, le sujet ne s'habitue pas au danger létal inhérent et au vécu que ce dernier sous-entend, une anxiété anticipatoire permanente : « Mais ce qui me fait peur après c'est... je pense que continuellement... Un jour je sais que... Ce qui me fait peur c'est que ça va arriver et on pourra plus rien faire en fait. Bah je serai malade et on pourra plus... » Ce que n'arrive pas à dire Romain, c'est le risque qu'un jour, suite à une crise, la mort lui soit inévitable. En effet, il a déjà plusieurs fois échappé à la mort, notamment lorsqu'il était encore enfant : « Moi j'ai fait beaucoup de crises douloureuses. Quand on dit vraiment douloureux c'est douloureux, comme quand j'avais 5 ans, qu'ils⁴ ont réalisé qu'ils ont failli me perdre. »

Ici réside toute la singularité de la composante douloureuse dans la drépanocytose : elle est à la fois structurante car présente de manière chronique depuis l'enfance, régissant son rapport au monde, participant au développement de sa vie psychique et corporelle et à la fois déstructurante, en cela qu'à chaque crise vaso-occlusive, elle vient justement bouleverser son équilibre psychocorporel.

Romain devait réaliser des exercices d'autohypnose entre les séances (pour une durée d'au moins 5 minutes) : par une technique de fixation d'un point, ou de rapprochement progressif et suggéré comme *inévitable* de ses deux index, il observait ensuite les mouvements de sa respiration, sans chercher à les accélérer ou les ralentir, jusqu'à retourner / aller dans un lieu dans lequel il se sentait en confiance, en sécurité. Cependant, dès lors qu'il ferme les yeux et commence à entrer en hypnose, des flash-back et des images

3. Acide folique, hydroxyurée, transfusions, saignées.

4. Les parents de Romain.

intrusives lui parviennent : il s'observe de manière extérieure à lui-même, se voyant allongé dans une pièce avec une luminosité élevée et des gens en blouses blanches autour de lui. Il sursaute, ce qui interrompt son exercice et le plonge immédiatement dans un état de sidération et d'effroi.

Nous proposons alors à Romain de réaliser la séance d'hypnose avec les yeux ouverts pour lui redonner un sentiment de contrôle. Il explore ainsi sa capacité à se rendre dans son imaginaire tout en maintenant un accrochage à sa réalité subjective. À nouveau, cet exercice rassied le sentiment de contrôle perçu et la confiance de Romain envers son corps et son environnement. En restant maître de ce qu'il percevait à l'extérieur, Romain se ressentait d'autant plus

en contrôle de ses perceptions internes. Plus il était focalisé sur ce qu'il voyait autour de lui et plus il pouvait percevoir les mouvements automatiques de sa respiration, tout en renforçant ses sensations de confort.

Romain ancrant ces ressentis, afin de pouvoir les solliciter en cas de situation anxieuse

Avec cet exercice, Romain a pu conscientiser les symptômes psychotraumatiques dont il souffrait : « Pour moi c'était bien parce que les choses que j'arrivais pas à dire ou que j'arrivais pas à comprendre déjà... je peux comprendre en fait. Pourquoi j'étais effrayé à certains moments, pourquoi j'avais des sursauts... Bah la dernière fois quand j'ai fait avec les yeux fermés j'ai sursauté. Quand je suis chez moi ou quand je faisais presque le même rêve où je voyais la même situation dans la chambre avec plein de gens autour de moi. »

Ainsi, par cet exercice à yeux ouverts, nous n'avons donc pas cherché à réduire la vigilance relative à la douleur, mais plutôt à l'orienter sur un percept rassurant et contenant pour Romain : le confort et la sensation de laisser croître ce confort tout en ayant le pouvoir de l'augmenter. Enfin, Romain ancrant ces ressentis, afin de pouvoir les solliciter en cas de situation anxieuse.

Par ailleurs, ces outils s'avèrent notamment féconds en situations de crise, et plus particulièrement d'hospitalisation, qui se révèlent bien souvent traumatiques en tant que telles. La durée et le contexte des hospitalisations (*a fortiori* en réanimation et en soins intensifs) concourent à renforcer le sentiment d'insécurité, l'anxiété relative au soulagement de la crise et par là même à augmenter le percept douloureux ainsi que nous le raconte Romain, dans ses souvenirs d'enfance : « Ce que je me souviens c'est que les hospitalisations elles étaient longues. Je restais longtemps... Je sais que je restais longtemps, je sais que y'a une période aussi je suis même allé à l'école là-bas. »

En outre, deux temporalités s'entrechoquent de manière concomitante au moment de la crise : celle de l'urgence vitale et celle, longue, de l'hospitalisation qui lui fait suite.

Si la fréquence des crises nécessitant le recours à l'hôpital varie selon les individus, il n'en demeure pas moins que leur récurrence est avérée. Elles

requièrent une adaptation temporelle systématique de l'individu, tel un cycle, à chacune de leur survenue : le temps de la crise, le temps de l'hospitalisation et le temps de l'après.

Les séances d'hypnose ont donc invité Romain à s'interroger autour des mécanismes psychiques pouvant occasionner ses crises : « Déjà que je suis capable de combattre... et que peut-être aussi c'est mes angoisses qui génèrent les crises aussi. Ça aussi je me suis posé beaucoup la question. [...] Je pense que comme c'était l'angoisse, bah avec l'hypnose j'ai un peu réussi à surmonter certaines angoisses. » Cette introspection crée ainsi des outils, des connaissances dont Romain peut maintenant user pour mieux prévenir la survenue des crises : « Ça m'a appris à me connaître. Après j'avais quelques angoisses parce que souvent quand on a des crises on est encore plus angoissé, la douleur elle est plus forte. Donc même si ça marche pas quand on a des crises fortes fortes fortes, bah au moins ça m'aide déjà à me calmer un peu. Quand j'ai des crises comme ça en fait j'ai du mal à me calmer, je veux qu'une seule chose c'est que... de plus avoir mal en fait. »

Pour finir, nous avons également suggéré à Romain de ressentir profondément son corps (et sa psyché, *in extenso*) comme associé et unifié durant ses séances d'hypnose. Cette proposition découlait du besoin de réassociation, par opposition à la dissociation psychique et corporelle de Romain, relatif au syndrome psychotraumatique. À cette fin, nous suggérions à Romain de visualiser et de ressentir le lien qui unissait chacune des parties de son corps aux autres : « Et vous visualisez ce corps comme un tout, ce corps respirant... le bras est lié à la fois à l'épaule et à la fois la main... *etc.*, formant un tout parfaitement harmonieux, étant lui-même lié à l'environnement, puis à l'univers, de manière *contentante* et rassurante... »

Les symptômes psychotraumatiques ne se sont d'ailleurs pas avérés saillants durant les premiers entretiens avec Romain, et révèlent une présentation atypique et complexe du traumatisme dans la drépanocytose. Dans cette maladie, il apparaît fondamental de distinguer les mécanismes dissociatifs consécutifs au syndrome psychotraumatique, et ceux, depuis longtemps enracinés, visant à protéger le sujet d'une effraction douloureuse quotidienne.

Nicole

Native de Côte d'Ivoire, arrivée en France en 2003, Nicole (37 ans) nous est adressé afin de mieux gérer ses douleurs chroniques et séquellaires de la drépanocytose (nécroses au genou et aux épaules, lombalgies chroniques). Nicole utilise déjà son imaginaire afin de mieux faire face à la douleur, grâce auquel elle *voyage* lors de moments où elle s'autorise à se reposer.

Nicole a 3 enfants de 11, 7 et 3 ans et elle dit avoir parfois des difficultés à articuler son rôle de mère avec la gestion de sa douleur et de sa fatigue. Elle est très fatiguée, souvent triste, dit que « c'est dur de vivre ».

Comme évoqué en amont, la majorité des populations atteintes de drépanocytose en France métropolitaine sont issues d'Afrique subsaharienne et des DOM-TOM, disposant ainsi de leurs propres systèmes de compréhension et de repères étiologiques concernant la drépanocytose. En effet, si la culture occidentale de la médecine basée sur les preuves nous renseigne sur les mécanismes biologiques et les modes de transmission génétique de la maladie, d'autres cultures appréhendent le signifié nommé ici *drépanocytose*, via d'autres modèles explicatifs, lui donnant des sens différents. Ainsi, au-delà de la distinction linguistique s'établissent nécessairement des différences de représentations culturelles de la maladie. Par exemple, dans la langue maternelle de Nicole, on nomme la drépanocytose *Afofobè*, signifiant «douleur» : «Moi je pense que c'est le mot exact, parce que la drépanocytose c'est la douleur.» Pour elle, ce signifiant prend tout son sens, puisqu'il résume en lui-même l'émotion, le sentiment, le vécu qu'elle a vis-à-vis de la maladie.

La drépanocytose est une maladie du sang transmise nécessairement par les deux parents. Or, dans beaucoup de pays, elle reste non seulement appréhendée comme une maladie des os, mais également comme transmise par la mère uniquement, responsable de «faire de mauvais enfants». Nicole en témoigne : «Et mon papa disait toujours "Ouais ! Dans ta famille toujours elle avait mal aux jambes, elle avait mal ici mais ça, c'était le rhumatisme." Donc il a jamais accepté qu'il nous a transmis quelque chose sans faire exprès quoi. Non non... Lui c'est ma maman toute seule qui a fait.»

Dans la culture de Nicole, du fait d'un risque léthal élevé relatif à la drépanocytose, la personne est perçue comme *celui dont la mort est proche*, presque comme s'il était porteur de la Mort. De fait, l'individu atteint de drépanocytose (bien que la dénomination change en fonction de la langue et de la culture donc), se voit doté de représentations culturelles spécifiques, souvent associées au monde de l'invisible, de l'interdit.

Nicole, en côtoyant la mort de près, étant *souillée* de cette transition entre la Vie et la Mort, finit par être crainte, rejetée des siens et mise à l'écart : «Ah ! Toi tu restes là-bas, toi il te reste pas beaucoup de temps pour mourir, tu vas venir embêter les gens... J'ai peur de rentrer dans ta chambre...» Quand elle sortait d'une crise, Nicole était considérée comme un fantôme, une mort-vivante. Sa sœur aînée avait l'habitude de lui dire... «Hé ! La revenante, tu es réveillée, la morte !»

Détentrice d'un mauvais sang, approchant de trop près la mort, Nicole raconte : «Pour eux tu es *Afofobè*, c'est fini, tu n'as droit à rien. De toute façon tu vas mourir, donc tu es destiné à mourir bientôt. Donc euh voilà tu dois vivre au jour le jour, au jour le jour tu es mort, tu es mort.»

Ce point fut essentiel lors des séances d'hypnose : nous suggérions à Nicole de ressentir le *Vivant* qui respire à l'intérieur d'elle, en observant sa respiration : «Oui... simplement, naturellement... Vous sentir être... exister au

monde... sentir ressentir ce monde vivant à l'intérieur de Soi... Votre Soi...
Partie intégrante de ce monde Vivant. »

Pour nous, il ne s'agit évidemment pas de juger ces représentations culturelles mais de les considérer de manière holistique, comme faisant partie pour la personne, de son modèle de compréhension de la drépanocytose. Ces représentations sont une composante de l'histoire que le sujet se raconte quant à sa maladie. La plupart du temps, les différents modèles explicatifs de la maladie se complètent

sans s'exclure l'un l'autre. Pour autant, ils peuvent aussi être repoussés, sans être réprouvés, afin de se protéger d'une représentation néfaste pour soi-même, comme nous l'explique Romain : « Au début, c'était plus pour prier comme ça, et après y'a un jour... mon père il revenait de l'église, et à partir de là

Les différents modèles explicatifs de la maladie se complètent sans s'exclure l'un l'autre

quand on a dit que la maladie qu'on avait c'était une malédiction, ça m'a plus intéressé d'y aller. Moi j'ai pas cru à ça, je suis né avec donc je ne pense pas que c'est une malédiction. ». Quant à Nicole : « C'est comme si on était maudit. C'est comme si on avait une sorte de malédiction d'être *drépano*. » Elle dira à plusieurs reprises se sentir « pourrie de l'intérieur », à l'image de ce qu'on lui disait plus jeune : « on m'appelait "une voiture d'occasion". Donc comme ça "Ah voiture d'occasion ! Elle paraît jolie, chic, toujours bien habillée mais à l'intérieur y'a rien de bon"... Voilà donc euh... Et euh... Quand eux ils me disent, je me dis "Hof, c'est faux"... Mais après quand je refais les crises et quand j'ai des douleurs chroniques, je me dis ils ont raison. Je suis rien en fait. C'est... l'extérieur est joli mais à l'intérieur y'a rien de bon. Là aujourd'hui, quand je vois l'état de mes os... Je suis une voiture d'occasion. Les voitures d'occasion en Afrique, qui a tout pourri dedans, il reste rien ! Peut-être même que je suis pire même qu'une voiture d'occasion... »

Alors, durant les séances d'hypnose nous avons travaillé sur la manière dont Nicole pouvait se voir de l'intérieur. Elle apprécie la mode et se présente toujours apprêtée, coquette, même lors des jours de grande fatigue et douleurs. Nous lui proposons ainsi de *redécorer son intérieur corporel*... en commençant par *les pièces les plus abîmées* : ses épaules et son genou. « Notre corps est un peu comme une maison... Il est la maison que nous habitons depuis toujours... Il y a des pièces que l'on habite vraiment et puis il y a des endroits qu'on laisse un peu de côté... où on empile des tas de choses. Et puis un jour... comme ça, on décide de trier, de jeter toutes ces choses qui nous encombrent... et on nettoie... on range... Quelle satisfaction... On en vient même à désirer changer la décoration de certaines pièces... »

En état d'hypnose, elle éprouve alors du plaisir à orner l'intérieur de son corps à son goût, conscientisant peu à peu que son véhicule de Vie peut devenir spacieux, confortable et agréable à vivre. Nicole s'affaire particulièrement dans

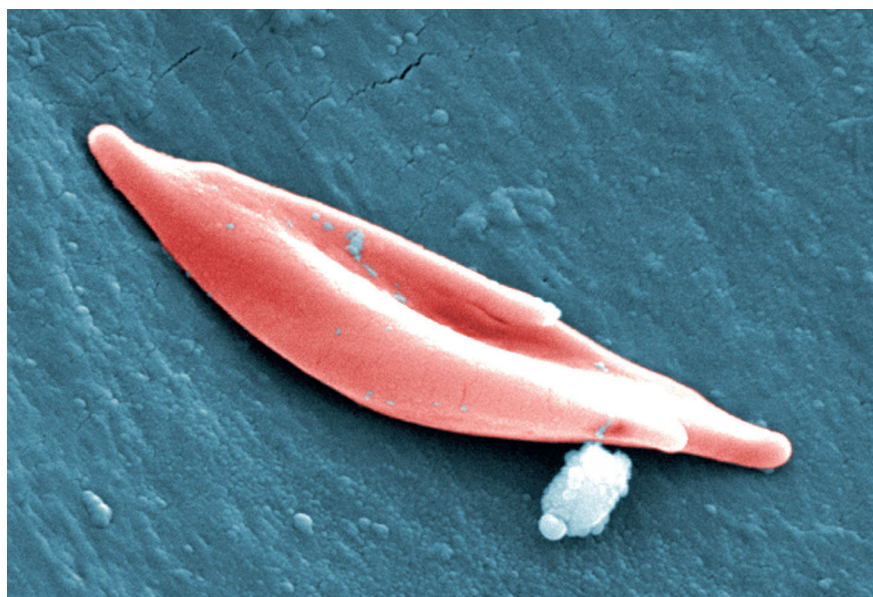
une pièce dans laquelle elle n'est pas revenue depuis longtemps et qu'elle peut aujourd'hui visiter et peut-être même transformer : celle de ses deux fausses couches, ainsi que de l'accouchement d'un enfant mort-né. Pendant les séances des sourires se dessinent sur son visage, parfois accompagnés de larmes.

Si les croyances et représentations culturelles peuvent renforcer les traumatismes déjà scellés chez l'individu, elles peuvent parfois les désamorcer et constituer un levier thérapeutique. La conciliation des différentes représentations de la maladie crée parfois une certaine oscillation, voire un choix inextinguible. *Via* des techniques d'ancrage et d'autohypnose, nous avons proposé à Nicole de se mettre autant de fois que nécessaire dans cet état de conscience modifié durant la journée. Pendant ses séances, Nicole décidait de laisser son poing contenir fermement et durablement la sensation d'apaisement qu'elle ressentait en hypnose : lorsqu'elle serrerait son poing durant la journée, elle retrouverait

cette sensation agréable qui l'aidait à mieux vaquer à ses occupations : « Et plus le poing se serre, et plus une sensation de sérénité... de plénitude... se diffuse dans le corps... De plus en plus profondément... Et à chaque fois que le poing se serrera, automatiquement, instantanément, vous retrouverez cet état d'apaisement dans lequel vous êtes actuellement... »

La conciliation des différentes représentations de la maladie crée parfois une certaine oscillation, voire un choix inextinguible

Pendant les séances nous lui demandions de se visualiser dans le lieu de sécurité qu'elle avait préalablement choisi et qu'elle visitait déjà durant les séances



précédentes. Alors, Nicole pouvait se trouver à deux endroits en même temps. « Et si vous pouviez finalement *Vivre avec la drépanocytose*, sans pour autant vous trouver systématiquement dans la même pièce qu'elle ? » Pendant que la drépanocytose se loge dans son corps, son imaginaire peut lui, s'en évader quelques instants : « J'ai réussi maintenant à me mettre dans un endroit calme, ou bien me mettre dans une boule, à chaque fois que la douleur est insupportable. Donc du coup ça m'amène à ne pas avoir de mauvaises idées, à ne pas déprimer, à ne pas passer tout mon temps à pleurer, à m'énerver contre tout le monde. Quand je m'évade comme ça et que je reviens c'est... même si la douleur est encore là, ça fait du bien. Ça fait tellement du bien qu'on réussit à se déconnecter un peu de la douleur, même si elle est présente. Maintenant ça devient comme systématique. Même je n'ai pas besoin de me mettre en position, même pendant que je fais la vaisselle ou en marchant dans la rue ! Je pars... »

Conclusion

La situation de Romain n'est ni isolée, ni exceptionnelle : assurément, il est fréquent de rencontrer des personnes atteintes de drépanocytose souffrant de syndromes psychotraumatiques. Ils sont les conséquences des crises douloureuses paroxystiques, de la douleur qui se chronicise et s'introduit dès le jeune âge, mais également des événements de vie potentiellement source de nouveaux traumatismes, comme en témoigne la situation de Nicole au travers de la migration.

Or, à ce jour, peu de cadres thérapeutiques existent où puissent être proposées des techniques psychocorporelles aux individus atteints de drépanocytose à des fins de meilleure gestion du stress, de l'anxiété, de la douleur et/ou de travail autour du psychotraumatisme.

Pourtant, l'hypnose – cet état de conscience modifié – se distingue clairement des autres approches : en pénétrant cet espace de transe hypnotique, les personnes atteintes de drépanocytose peuvent percevoir leur corps et donc leur douleur, différemment de ce qu'elles ont toujours connu jusque-là. Cela se révèle d'autant plus observable à l'âge adulte, lorsque le sentiment de résignation ou de fatalité relatif à la maladie laisse place à une meilleure compréhension de soi, du corps et de la maladie, inscrivant ainsi une dynamique prospective.

Et puis, le phénomène de transe hypnotique s'avère particulièrement riche à investiguer tant thérapeutiquement que cliniquement. En effet, il n'est pas sans rappeler les transes utilisées au sein de rituels traditionnels à vocation de guérison : cet espace reste donc familier de par la transmission familiale et l'héritage culturel de certains individus drépanocytaires.

On parle du silence

Nous sommes conviés à un vagabondage à partir de l'un des rares textes d'Erickson évoquant explicitement le silence. Ici, le silence et le vide au sein de l'hypnose sont féconds.

Dans un article de 1973, Ernest Rossi (Rossi, 1973, p. 578) évoque brièvement comment Milton Erickson utilisait le silence. Aussi surprenant que cela puisse être, son intention était d'utiliser le silence au sein d'un scénario thérapeutique où allait se produire un choc chez le patient. Un choc vertueux puisqu'il devait permettre à la personne de transformer sa personnalité sans être «brisée par un chaos interne». Et ici, il s'agit nous dit Rossi, de provoquer une tension accrue afin que se libère une énergie réparatrice. Puis, Erickson exigeait qu'après ce choc, les patients – dans cet article il s'agissait d'un couple – fassent silence pendant un temps relativement long puisque cela pouvait durer des heures. Le but étant que «la tension ne se dissipe pas en une discussion intellectuelle inutile» (p. 580). Ainsi, Erickson utilisait le silence pour ancrer dans le temps et surtout dans les corps, une «tension thérapeutique optimale» ainsi qu'une fixation de «l'attention du patient».

Dans le fatras d'une incommunicabilité chronique entre deux personnes, le silence serait une sorte de point initial, le point zéro de la communication. Plongeant dans les références historiques de la culture occidentale, j'y vois là une anticipation de ce que Jean nous annonce dans le prologue de son évangile : «Au commencement était la parole.»

Mais au commencement de quoi ? En réalité il s'agirait du commencement de la culture.

Suivant Erickson – qui certes n'est pas parole d'évangile – si la parole est le commencement de la culture, le silence, lui, appartient au domaine de la nature¹. D'ailleurs, je ne vois pas dans le propos de Rossi un clivage mais plutôt un continuum. Pour que la communication se reconstruise, Erickson propose au patient un retour à son animalité la plus intime : «la culture étant la rupture définitive du silence» dit Jacques Henri Sticker², un non-objet de connaissance ajoute-t-il, silence qui, pourtant, «(...) est plein d'une présence cachée».



Jean-Claude Lavaud

Psychothérapeute et anthropologue, auteur (roman et conte) Jean-Claude Lavaud est le directeur et fondateur de l'Institut Milton H. Erickson de La Réunion (GRÉER). Il préside également le Collège d'Hypnose de l'Océan Indien (CHOI).

1. Il est vrai que le clivage nature/culture est aujourd'hui fortement et utilement secoué, notamment par les travaux de l'anthropologue Philippe Descola (2005).

2. Voir bibliographie.

Les philosophes, – de Platon et ce *dialogueur* expert qu’est Socrate, à de Saussure le *pro* du langage, en passant par Descartes, volontaire pour

qui de toutes les façons, ne protège pas du silence, du bruit qui nous éveille jusque dans la vie intra-utérine, jusque dans la profondeur des abysses⁴.

Provoquer une tension accrue afin que se libère une énergie réparatrice

s’enfermer dans son cabinet et s’isoler de ses sens³ – posent et proposent tous la parole comme une *absence de silence*. Ainsi, le silence serait une absence de discours, absence d’idées à transmettre, de pensées à structurer. En somme, pour Descartes, la nature et les animaux ne disent rien parce qu’ils n’ont rien à dire ! Hegel quant à lui, affirme que pour produire des pensées objectives, il faut des mots. Ainsi, les philosophes réfléchissent au silence comme étant une absence de communication, une absence de mots et donc de langage. Cette sorte de silence est, de longue tradition, considérée comme la condition essentielle pour les humains qui voudraient se relier au divin. Dans les monastères et les ashrams, le silence est vécu pour être à l’unisson du divin, du sacré, un temps long qui souvent s’inscrit dès avant le repas du soir pour se terminer après le petit-déjeuner, telle une longue méditation où la parole est mise au secret. Une mise au secret des mots

Il y aurait chez nous comme une peur du silence, peur qui serait masquée par le fait de parler, de penser, de communiquer. Mais les flots de paroles ne protègent pas du silence.

Selon les représentations habituelles, ce qui fonde la relation est la communication, faisant du silence le vécu d’une absence. Et il est vrai que l’on imagine mal un premier contact entre un soignant et un patient qui soit un contact silencieux. Là il s’agirait d’un contact sans mots, sans paroles. Insoutenable ! Mais ensuite ? Dans la perspective d’une utilisation de la transe hypnotique, ou tout du moins d’une communication hypnotique, les soignants le savent bien, le silence alors n’est que celui de la voix et non celui des corps. Dans la relation de soin, le silence n’est pas une absence mais bien au contraire laisse place à une présence. Dans le silence de l’hypnose, qu’il soit bref ou long, ne serions-nous pas plongés *au sein* d’une présence qui est la présence d’une absence ?

La présence de l’absence ? Une assimilation bien curieuse sans doute, pourtant avérée lorsque l’on évoque la pesanteur du silence, soit du fait de l’absence de cet autre, « Il était là, comme absent... » dit-on d’une personne qui rêve ou qui est sidérée, soit du fait que cette absence nous fait ressentir – cruellement – le vide. Ainsi, en est-il du silence de la personne défunte, décrit comme insupportable. Le silence dérange la relation parce qu’il fait référence à la pseudo-perception du néant. Je dis « pseudo »

3. « Je fermerai les yeux, je boucherai mes oreilles, je détournerai tous les sens » in *Méditations métaphysiques*, III^e méditation. [1641] ; Paris : Garnier Flammarion ; 2009.

4. Quels mondes étranges, inconnus que ceux du silence des grands-fonds, que nous invitent à découvrir le Commandant Cousteau et Louis Malle à bord de la *Calypso*. Un film sur le silence pourtant saturé de musique. Cousteau J-Y, Malle L. *Le monde du silence*. Documentaire, 1956.

Dans les monastères et les ashrams, le silence est vécu pour être à l’unisson du divin, du sacré

car ce qui nous dérange dans cette illusion du néant, c'est que nous le confondons avec la perception du vide. Or, le néant n'existant pas, dans le sens de *ex-sistere*, c'est-à-dire sortir, se manifester, nous ne pouvons le percevoir. Le vide lui, existe. Il a une matérialité, un espace. D'une certaine manière, nous pouvons le palper. Sans vide, point de vie. Et, forcément, pour qu'il y ait de la vie, il faut du vide. Néant et vide ainsi confondus nous donnent l'occasion d'avoir peur de la mort. Et le silence en devient assourdissant. « Dans le silence des espaces sans fin, le murmure de l'invisible s'adresse à nous. » (Collot, 2016) ou encore, nous dit Blaise Pascal dans un cri déchirant : « Le silence éternel de ces espaces infinis m'effraie. » (Pensées 91). Et nous avons là toute la dimension d'intranquillité du néant silencieux, sujet de nos ruminations stériles à propos de l'infini.

Ce que nous transmet Erickson, c'est que dans le soin, le silence est une intention, celle de vouloir produire quelque chose, dans une stratégie forcément thérapeutique. Le regretté Edouard Zarifian nous met en garde : « Dans le domaine de la santé, les soignants ne mesurent parfois pas suffisamment les conséquences catastrophiques de leur parole... ou de leur silence. » (Zarifian, 2004).

Là, précisément, dans cette intention hypnotique d'utiliser et de favoriser le silence, il s'agirait de laisser quelque chose s'ancrer, de prendre une place plus juste. Cet ancrage silencieux est une réification, mais une réification qui ne dit pas son nom. Qui ne se nomme pas ni d'une façon, ni d'une autre. Ce qui s'ancre dans le silence,

Cet ancrage silencieux est une réification

classiquement, ce peut être le lieu sûr, la *safe place* qui permet au kinésithérapeute, à l'infirmier, à la sage-femme, à l'aide-soignant ou encore au médecin, de faire un soin dans de bonnes conditions pour le binôme patient/soignant. Le soin peut se produire pendant le silence qui alors devient protecteur. C'est peut-être là, la fonction première du silence en hypnose : laisser se vivre un espace, une fonction de protection. Et cette fonction-là va permettre l'ouverture qui rend possible le soin dans

Le soin peut se produire pendant le silence qui alors devient protecteur

une perception différente.

La présence dans le silence des corps est une façon de « confirmer l'autre » (Buber, 1938). On comprend pourquoi cette proposition a souvent été reprise par Carl Rogers. Il s'agit d'accepter l'autre « comme processus en devenir (...) "rendre réel ses potentialités". En confirmant en profondeur le client tout en s'abstenant de toute évaluation ou jugement externe, le thérapeute ouvre la porte au cœur même du processus thérapeutique. » (Ovide, 2018).

Mais ce qui s'ancre également dans le silence des corps et de la voix en hypnose, c'est l'immobilité. Une immobilité des corps qui, même lorsqu'elle est évanescence est le moment zéro du mouvement à venir, dans l'instant d'après. Il y a sans doute un apprentissage pour certains, réapprentissage pour

d'autres, afin d'accueillir ces instants d'immobilité des corps, pour que ce silence immobile puisse devenir une habitude salvatrice, j'oserais dire une compétence partagée.

Ce d'autant plus qu'aujourd'hui nous ne sommes plus dans une société naturellement silencieuse. Le bruit, les bruits de toutes sortes venus des machines fabriquées, sont le tempo dans nos urbanités comme dans nos campagnes. Autrefois, au temps du néolithique, c'est-à-dire jusqu'en 1970 – comme aimait à

qui permet aux acteurs d'abandonner quelque chose d'eux-mêmes afin de rentrer en transe, le silence crée un espace disponible qui va pouvoir servir au patient et au thérapeute.

D'une certaine manière, il s'agit ici d'un silence musical, qui « (...) bien qu'étant absence de son, (...) n'est pas un défaut d'être (...). Il est une respiration, un soupir, une pause, (...) un vide savoureux qui procure à l'oreille autant de plénitude que le son ». (Solère, 2005).

Un espace qui peut se meubler de nos facultés logiques comme de celles de notre créativité, c'est-à-dire de laisser se produire quelque chose qui ensuite fera son chemin, que ce soit pendant la séance ou/et après, – surtout après ! – dans la vie quotidienne.

Dans le silence de la séquence en hypnose, l'immobilité des corps, le silence des voix se conjuguent en mouvements intérieurs aussi bien pour le patient que pour le thérapeute. Il y a alors une régularité qui est, peut-être, essentielle en ce qu'elle constitue un équilibre qui est tout sauf plat ! Je reprendrai volontiers le grand médecin et épistémologue Georges Canguilhem qui, citant René Leriche⁶, nous indique que « *la santé c'est la vie dans le silence des organes* » (Canguilhem, 2013 [1966]). Ainsi, il ne s'agit pas simplement du silence du corps apparent mais aussi de notre intérieur.

Dans les sociétés dites traditionnelles, le silence est utilisé par les personnes qui ont une fonction de soin afin de marquer le début et la clôture du rituel. Le rythme du tambour, le chant ou la prière du guérisseur, leur silence, fonctionnent tous ensemble en un cycle que

En hypnose, il s'agit de faire silence de telle sorte que nos facultés se mettent en mouvement

le dire malicieusement Michel Serres⁵ – la ruralité des territoires constituait les temples ouverts du silence. Dans les campagnes et les forêts, au bord des étangs comme dans les champs et les vignes, le silence était l'élément perçu largement partagé par le plus grand nombre. Aujourd'hui réduit à une portion congrue, ne nous resterait-il qu'à nous isoler dans des caissons, au mieux dans des monastères, à nous replier dans des stages de méditation, histoire de retrouver ou trouver la vertu du silence ? En hypnose, il s'agit de faire silence de telle sorte que nos facultés se mettent en mouvement. Heureusement, l'apprentissage est rapide, sans doute parce que la perception tranquille du silence est encore inscrite dans nos fonctions psychocorporelles. Peut-être également parce qu'en hypnose, le silence a une fonction d'approfondissement de la transe. Au-delà d'une saturation

5. Rencontre avec Michel Serres, Etats généraux du renouveau, 30 janvier 2011 (1/2) <https://www.dailymotion.com/video/xk10i9>

6. Professeur agrégé en chirurgie, René Leriche fut l'un des premiers chirurgiens à s'intéresser à la douleur. Persuadé que la chirurgie était un procédé contre nature, il a mis en pratique une chirurgie douce, économe en sang, aussi atraumatique que possible. (Sources : <http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/leriche-rene.html>)



l'on peut retrouver dans le processus de transe hypnotique. Le silence prépare, rythme, conclut la séance et n'a de sens que parce qu'il est en alternance avec cette autre chose qu'est l'action. Rossi, dans l'article déjà cité, faisant référence à la liaison *choc/silence*, évoque là aussi brièvement comment lors des rites d'initiation le choc de la douleur physique et psychologique favorise le « *changement personnel (...) sans danger dans le temenos (enceinte sacrée ; lieu sûr) du système de croyance auquel obéissent les initiateurs et les initiés* » (p. 578). Erickson, lorsqu'il était certain et de l'ancrage de ce *temenos*, de ce lieu sûr, et de la puissance de l'alliance thérapeutique avec les patients, exigeait alors le silence comme prolongation de la mise sous tension : « *Absolument, exactement, sans protester et sans poser de question, vous allez faire en silence ce que je vous dis de faire.* » (*Ibid.*).

Cette situation silencieuse permet au patient de choisir la solitude plutôt que de la subir

On l'a dit déjà, si le silence est une incarnation du vide, c'est un vide qui est un espace libre pour les corps (un corps holistique bien entendu) et pour l'agir. Dans le processus hypnotique, cette présence des corps silencieux est essentielle car elle permet une présence qui fonde et donne vie à la relation de soin. La présence silencieuse, ici dans la transe hypnotique, permet la mobilisation des sens. C'est littéralement, un *pré-sens*. Or, l'état d'hypnose est pour le patient une opportunité formidable pour, soit modifier une

sensorialité douloureuse, soit mobiliser une sensorialité qui va transformer ou préparer à la transformation de ce qui rend la vie si intranquille.

Ici, la présence silencieuse du thérapeute, du soignant, est si ce n'est la condition, au moins l'une de celles qui permettent au soigné de franchir sa peur. Peur de la douleur à l'occasion d'un soin, peur de la transformation en thérapie. Elle met la personne dans une posture paradoxale qui est celle de se retrouver seule dans sa transe, alors même qu'elle est accompagnée par le thérapeute. En réalité, il me semble que cette situation silencieuse permet au patient de choisir la solitude plutôt que de la subir.

Il y a plus de dix ans, Simon, un grand gaillard de 37 ans, a vécu un accident de voiture d'où il est resté paralysé pendant plus d'un an avec toutes les conséquences que l'on peut imaginer sur sa santé. Terrorisé à l'idée de ne jamais pouvoir remarcher, il saturait sa vie quotidienne de musique *métal*, la plus puissante possible pour, dit-il « faire un avec tout ce qui m'entourait ». Aujourd'hui sorti d'affaire, il craint toujours le silence comme la peste. Devenu hyperactif, il continue de saturer sa vie quotidienne par des excès en tous genres : deux paquets de cigarettes par jour, des jeûnes de trois jours suivis de crise de boulimie, douze heures de travail par jour. Nous faisons ensemble plusieurs séances d'hypnose consacrées à la valorisation de son énergie fabuleuse, où je passe le temps à saturer son corps de suggestions d'actions, utilisant là ce qu'il sait faire et qui pourtant lui est tellement pénible, dans une situation paradoxale où son corps reste parfaitement immobile. Des séances qui certes, dit-il, « me font du

bien mais qui ne règlent pas ma trouille profonde», ce dont j'étais humblement parfaitement conscient. Dans une séance récente, où Simon se sent être «un fjord immense», je décide de me taire et de ne plus bouger pendant plusieurs minutes. Quelques jours après cette transe, il a souhaité partager pour cet article, ce qu'il a vécu : «J'ai eu peur. J'étais seul dans le silence du fjord. Je sentais votre présence, votre silence, votre présence silencieuse. À aucun moment je ne me suis demandé si vous étiez parti, ni physiquement, ni mentalement. J'appréciais cette présence silencieuse, je vous sentais d'ailleurs beaucoup plus proche physiquement que le mètre qui séparait nos deux fauteuils. Votre présence était empreinte de bienveillance et je sentais votre présence silencieuse, respectueuse et confiante, ce qui m'a très certainement permis de me sentir bien avec ce silence, avec moi-même et avec vous. Ce silence n'est pas que protecteur, il est une promesse tenue, celui des premiers mots échangés protocolairement lors de la première séance de thérapie : "Nous allons faire un travail ensemble." Pourtant, j'avais la conviction que cette présence ne me servait à rien. Alors, j'ai fini par m'oublier et je me suis senti complètement en osmose avec ce fjord, avec son immensité. Et ma peur me semblait se dissoudre. J'ai laissé faire.»

La semaine d'après, Simon revient, perclus de douleurs et de fièvre. Il a une grippe et a passé toute la semaine alité. Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il n'a pas l'air d'être en forme : «Pas envie de faire de l'hypnose aujourd'hui. Avec cette fièvre, je suis dans zéro effort. Mais c'est marrant, malgré tout je me sens fort. Et cette force, je sens qu'elle ne me

sert pas à être fort. Au contraire, elle me sert à faire une pause. C'est à ça qu'elle me sert : faire une pause. J'ai souvent repensé au silence que j'ai ressenti la fois passée, un silence où je vous savais présent, en relation avec moi, et pourtant... Je ne sais pas si c'est de l'autohypnose, mais pendant toute cette semaine de grippe... Je me suis vautré dans ce silence. Volontairement et aussi involontairement à cause de la fièvre, des douleurs articulaires, du manque d'appétit, de l'abstinence en tous genres. Dans ce silence que nous avons partagé il y avait du goût. Je ne peux dire lequel, ce n'est pas bien défini ni définissable comme le goût de la pomme, mais il y avait bien un goût et plutôt bien agréable. Un petit goût de *reviens-y* comme on dit. Alors j'y suis retourné, tranquillement.»

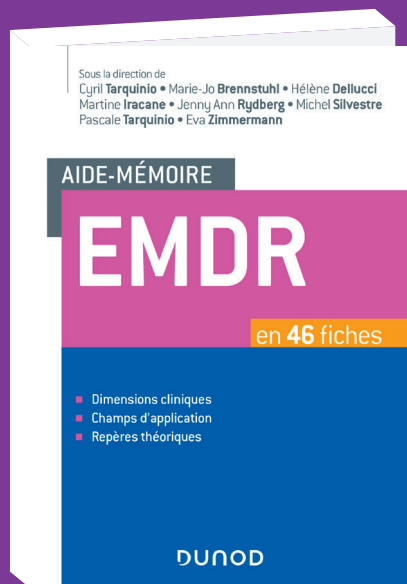
Dans ce silence que nous avons partagé il y avait du goût

Avec Simon, on sent bien que là où il en est, il n'y a ni victoire, ni échec. Et véritablement, personne ne peut dire si ce qu'il a fait, ce que nous faisons ensemble, lui permettra de s'arracher à son anxiété. C'est ainsi. La seule chose que nous pouvons raisonnablement supposer, c'est combien le silence peut devenir un acte de liberté du corps, voire de *son être* tout entier. Ce n'est plus la traversée du désert mais la traversée de la chair de son animalité, de sa nature profonde qui, lorsque la présence du thérapeute est établie et peut donc s'oublier, permettrait de se libérer à son rythme, de sa peur.

Merci à Simon pour son témoignage dans cet article.

Bibliographie

- Buber M. *Le Je et le Tu*. [1938], Paris : Aubier ; 2012.
- Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. [1966], Paris : PUF ; 2013.
- Collot E. *Aux portes de la conscience : Entrevoir l'invisible (Nouvelles évidences)*. Paris : InterEditions ; 2016.
- Descola P. *Par-delà nature et culture*. Paris : Gallimard ; 2005.
- Granger G-G, Cometti J-P. « Wittgenstein Ludwig », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 2 mai 2019. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/ludwig-wittgenstein/>
- Ovide B. *La crise de Carl Rogers : Subjectivité vs objectivité*. Auto-édition. 2018.
- Rossi R. Chocs psychologiques et moments créatifs en psychothérapie. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, juillet, 1973, 16, 9-22. In *Innovations en hypnothérapie. Milton H. Erickson, L'intégrale des Articles de Milton H. Erickson sur l'Hypnose. Tome IV*. Bruxelles : SATAS ; 2001.
- Solère J-L. Silence et philosophie. In : *Revue Philosophique de Louvain*. Quatrième série, tome 103, n°4, 2005. pp. 613- 637.
- Stiker J-H, « silence », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 2 mai 2019. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/silence/>
- Zarifian E. *Le goût de vivre*. Paris : Odile Jacob ; 2004.



AIDE-MÉMOIRE

EMDR • en 46 fiches

Cyril Tarquinio

50 entrées qui dessinent l'ensemble des thèmes de cette pratique thérapeutique.

1. Les bases théoriques.
2. Les protocoles et la méthodologie.
3. Les domaines d'intervention.

2019 – 39,00 €

Rejoignez-nous sur : [facebook.com/editionsdunod](https://www.facebook.com/editionsdunod)

Toutes nos collections sont sur dunod.com



DUNOD
une page d'avance



TRANSES

LA REVUE DE L'HYPNOSE ET DE LA SANTÉ

la revue de tous les praticiens en hypnose médicale et hypnothérapie

Je m'abonne à *TranSES*

Bulletin d'abonnement à retourner à :

Dunod Éditeur, Service abonnement, 11 rue Paul Bert – CS 30024, 92247 Malakoff cedex

Adresse de livraison

Organisme :
 Domaine d'activité : Hypnose Psy Médecine généraliste Médecine spécialisée Paramédical
 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : [][][][][] Ville : Pays :
 Tél. : Email :@.....



Je choisis l'abonnement d'1 AN comprenant 4 numéros + le numéro précédent OFFERT

Tarifs Particuliers	France	Étranger • DOM-TOM	Nombre d'abonnements	Montant
Étudiants	64 €	64 € €
Particuliers	78 €	88 € €
Institutions	120 €	135 € €

Je choisis l'abonnement de 2 ANS comprenant 8 numéros + le numéro précédent OFFERT

Tarifs Particuliers	France	Étranger • DOM-TOM	Nombre d'abonnements	Montant
Particuliers	156 €-129 €	176 €-149 € €
Institutions	240 €-199 €	270 €-229 € €

Les tarifs ci-dessus incluent la TVA en vigueur. Offre valable jusqu'au 31/12/2019.
 * Le prix inclut les frais de port de 0,01 €.

TOTAL TTC

.....,01 €*
 * Le prix inclut les frais de port de 0,01 €.

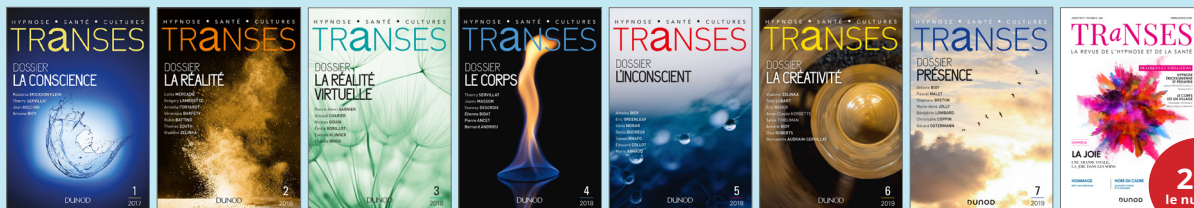
Mon règlement (à l'ordre de Dunod)

DU21307

Pour toute information

- Par e-mail : infos@dunod.com
- Par tél. : **0 820 800 500** Service 0,10 € / min + prix appel

Je complète ma collection • Numéros disponibles, à commander sur www.dunod.com



26€
le numéro

Retrouvez toutes les informations concernant TRANSES sur dunod.com/tranSES

Dunod Editeur vous contacte à titre professionnel, vos coordonnées étant renseignées dans un annuaire professionnel. En vous abonnant, vous consentez à ce que Dunod Editeur traite vos données à caractère personnel pour la bonne gestion de votre abonnement et afin de vous permettre de bénéficier de ses nouveautés et actualités liées à votre activité. Vos données sont conservées en fonction de leur nature pour une durée conforme aux exigences légales. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée, et au Règlement européen n° 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données personnelles, vous pouvez retirer votre consentement, exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, ou encore définir le sort de vos données après votre décès en adressant votre demande à infos@dunod.com, sous réserve de justifier de votre identité ou, à l'autorité de contrôle. Pour en savoir plus, vous pouvez écrire au Délégué à la protection des données personnelles, désigné par Dunod Editeur, à l'adresse : 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff, ou par mail à infos@dunod.com ou encore, consulter notre Charte Données Personnelles <https://www.dunod.com/donnees-personnelles>.



À découvrir dans le n° 10 de **TRaNSES** le dossier **J'HALLUCINE**

DATE DE PARUTION : JANVIER 2020



SOMMAIRE DU DOSSIER

Quand la folie devient une force
NICOLAS GOUIN

Rencontres du troisième type...
ou hallucinations thérapeutiques
DANIEL GOLDSCHMIDT

La leçon de Vaison-la-Romaine
PATRICK BELLET

À la croisée de nos hallucinations...
une rencontre thérapeutique
PASCAL VESPROUMIS

Hallucinant !
Mais vraiment halluciné ?
NOUFISSA OUAZZANI



Retrouvez également toutes vos rubriques habituelles :
LibreCourt,Tranes...Lucide,Tranes...Sport,Tranes...Paraître,etc.

Vous souhaitez apporter votre contribution à **TRaNSES,
n'hésitez pas !**

TRaNSES est une revue ouverte, accueillant tous les points de vue sur les états de conscience modifiée (tranes) et leurs applications pour la santé, au sens large de ce mot. Chers lecteurs, vous êtes aussi conviés à enrichir ce projet. Vos propositions d'articles seront donc les bienvenues. Les multiples recherches et études scientifiques sur le rôle des états de conscience modifiée en santé humaine constitueront la base du matériel sur laquelle s'origineront les différents sujets susceptibles d'être abordés. La Science sera ainsi en position privilégiée. L'Art aussi, dans sa multiplicité, dont bien sûr la Médecine, art avant d'être science. Tout champ en fait, tout sujet même pourra se voir interrogé pour être relié au fil central de l'imagination créative, autre définition possible de la transe.

Merci de bien vouloir envoyer vos propositions sous la forme d'un projet d'une page environ. Celui-ci sera examiné par le comité de rédaction et une réponse vous sera faite dans un délai maximum d'un mois.

Les projets sont à envoyer à Thierry Servillat : tservillat@gmail.com

ÉDITORIAL

La vérité on ne s'en fiche pas,

Thierry Servillat

PRATIQUES ET FORMATIONS

TRANSES... LUCIDE

DE L'HYPNOTISABILITÉ À LA MYSTIQUE

Antoine Bioy et Chantal Wood

LIBRE COURT

**LA DRÉPANOCYTOSE,
UNE MALADIE AUX CONSÉQUENCES
MULTIPLES**

Marion Richard et Marie-Armelle Mubiri

TRANSES... FORMATION

C'EST COMME SI...

Jean-Luc Roquet

**L'HYPNOSE POUR REDONNER
LE SOURIRE AU CHIRURGIEN-
DENTISTE ET À SES PATIENTS !**

Pascale Reynette

TRANSES... ACTION

AUTOHYPNOSE ET ARTS VISUELS

Allain Cassagneau

TRANSES... MISSIONS

ÊTRE À LA PAGE

**Silvia Morar, Nicolas Gouin
et Christian Barbier**

DOSSIER : SILENCE

ENJOY THE SILENCE...

Antoine Bioy

LE SON DU SILENCE

Fabienne Kuenzli

ON PARLE DU SILENCE

Jean-Claude Lavaud

**DEVENIR DISPONIBLE : SUR LE SILENCE
DANS L'HYPNOSE CLINIQUE**

Maurício S. Neubern et Margot Dravet-Xavier

LES SILENCES FÉCONDS

EN PRATIQUE MÉDICALE

**Marie Floccia, Idrissa Ndiaye,
Christophe Ottenwaelder, Christian Barbier,
Thierry Sage**

OUVERTURES

TRANSES... CULTUREL

NÉVROSE ET HUMOUR

Dominique Megglé

TRANSES... FIGURE

**JEAN LASSNER : UN ANESTHÉSISTE HORS
DU COMMUN**

Arnaud Gouchet

TRANSES... CODEUR

LE MIND MAPPING

Fabienne De Broeck

LIBRE COURT

**S'ENVOYER EN L'AIR AVEC L'HYPNOSE,
RÉCIT D'UNE EXPÉRIENCE**

Antoine Bioy

TRANSES... BORDEUR

SUR LES PONTS DE NANTES...

Pascal Ory

LIBRE COURT

**UNE PRAGMATIQUE DE
L'ENCHANTEMENT : MODÉLISATION
STRATÉGIQUE DU CHANGEMENT
PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE**

Grégory Lambrette

TRANSES... SPORT

**FAIRE ABSTRACTION DE LA VOLONTÉ AU
MOMENT OPPORTUN**

Pierre Bouillon

TRANSES... PARAÎTRE

**GUIDE PROFESSIONNEL
DES INTERVENTIONS NON
MÉDICAMENTEUSES.**

**PRÉVENIR, SOIGNER ET GUÉRIR
GRÂCE AUX INM**

Grégory Ninot

TRANSES... VERSALES

SÉRENDIPITÉ ET HYPNOSE

L'ART DU HASARD ET DE L'INVENTIVITÉ

Patrick Bellet

TRANSES... SUR LE NET

TRANSES... SCRIPTIONS

Patrice Marvanne, Arnaud Gouchet

TRANSES... HUMANCES

978-2-10-063321-0

NUART 5060752



9 782100 633210

DUNOD
une page d'avance