

LA REVUE DE
l'hypnose
ET DE
la santé

NUMÉRO
17

TRANSES

OCTOBRE 2021

19 €

www.dunod.com



DUNOD

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 et Maquette intérieure

Dunod Éditeur

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 2021

Dépôt légal

octobre 2021, N°

Secrétaire de rédaction : **Jean-Claude LAVAUD**, assisté de **Arnaud GOUCHET** et de : **Amandine DERBRE**, **Nicolas GOUIN**, **Edith HAMEON BEZARD**, **Christine MIRAIL**, **Anne VIAU**

Responsable illustrations : **Arnaud GOUCHET**

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

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 : **Isabelle ARNULF**, **Antoine BIOY**, **Agnès BRION**, **Florence BRELET**, **Jean-Pierre COURTIAL**, **Céline DAHAN**, **Marie-Pierre DELAUNAY-BENNET**, **Thérèse DEWITTE**, **Alejandra DIAZ**, **Rémi ÉTIENNE**, **Pierre-Henri GARNIER**, **Arnaud GOUCHET**, **Nicolas GOUIN**, **Elisabeth GROOS**, **Marie-Anne JOLLY**, **Patrice MARVANNE**, **Frédérique MENARD**, **Silvia MORAR**, **Mauricio NEUBERN**, **Marie-Ange NORMAND**, **Sophie THIROUX PONNOU**, **Gérard OSTERMANN**, **Emmanuel PASQUIER**, **Nicolas PERRET**, **Thomas PRUVOT**, **Pascale REYNETTE**, **Thierry SERVILLAT**, **Vanessa SLIMANI**, **Chantal WOOD**

Un grand merci aux photographes et illustrateurs : **Daniel ANGELE**, **Andre Rodrigues CACHUCHO**, **COTTONBRO**, **DANY13**, **Diego DELSO**, **Arnaud GOUCHET**, **Lynn GREYLING**, **Bastien JAILLOT**, **Steve HALL**, **Alyssa L. MILLER**, **João Jorge NOGUEIRA**, **Jason ROSEWELL**, **Aleksandra TANASHENKO**, **Sophie THIROUX PONNOU**, **TUMISU**

© **Dunod**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1er 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.

Faut-il sauver l'hypnose conversationnelle ?

Depuis quelques années se multiplient des formations à l'hypnose conversationnelle. Et quand on regarde les définitions données par les instituts, lorsque ceux-ci se disent éricksoniens, nous pouvons être perplexes (ou, pourquoi pas, indignés).

L'indignation se révélant habituellement peu productive, nous choisisons donc la perplexité : l'hypnose conversationnelle est l'invention d'un psychiatre et thérapeute obscur et mal connu (enfin de certains, qui ont tout à fait le droit de ne pas s'y intéresser) : Milton Erickson (1901-1981). Approche alternative à l'hypnose formelle, elle a été conçue par lui comme une technique avancée consistant à pratiquer l'hypnose sous la forme d'une conversation, sans induction formelle, ni même que le mot « hypnose » soit prononcé. Le but de cette approche est de pouvoir faire bénéficier de l'hypnose les patients résistants, tel le premier cas publié, celui de Joe le patient cancéreux (Haley, 1973).

Les praticiens cherchant à aider les patients résistants et souhaitant conserver, et même respecter l'antériorité des auteurs, ce qui est donc mon cas, auront à cœur de se souvenir d'Erickson et, plus important, de préserver, de protéger cette technique.

En effet, nombre de formations à l'hypnose, généralement de quelques heures ou de quelques jours, proposent une tout autre définition de l'hypnose conversationnelle. Une sorte d'hypnose « douce », « non directive » (avec le sous-entendu qu'elle ne pourrait pas nuire avec, éventuellement, l'exonération de toute responsabilité de l'institut en cas de mauvais usage), rapidement accessible.

Les choses peuvent donc être déjà considérées comme graves (encore une fois il n'y a aucun problème avec les instituts ne se réclamant pas d'Erickson). Ce qui est ennuyeux, c'est que bon nombre de structures de soins, soucieuses de faire des économies, peuvent être particulièrement sensibles à cette possibilité de former leurs personnels aussi vite, à pas cher et, disons-le, de manière aussi anodine.

Même si la communication thérapeutique partage des points communs avec l'hypnose, ce n'est pas la même chose et veillons à bien garder les distinctions. À une époque où une telle attitude est, abusivement, considérée comme conflictuelle, il nous semble qu'il est pourtant précieux de conserver ce que le patrimoine (ou le matrimoine !) nous a laissé pour aider nos patients.

Thierry Servillat

Biblio

Haley J. *Un thérapeute hors du commun* [1973],
Desclée de Brouwer ; 2007.

Les auteurs de ce numéro

**Agnès Brion**

est psychiatre, spécialiste des troubles du sommeil à Paris (Pitié-Salpêtrière).

**Alejandra Diaz**

est psychologue à Dallas.

**Antoine Bioy**

est psychologue et professeur des universités (Paris 8).

**Arnaud Gouchet**

est médecin anesthésiste-réanimateur, référent en hypnose médicale au CH de Saint-Brieuc.

**Marie-Anne Jolly**

est kinésithérapeute à Lannion, en Bretagne.

**Chantal Wood**

est praticien hospitalier, médecin de la douleur.

**Elisabeth Groos**

est psychiatre, spécialiste des troubles du sommeil à Paris (Pitié-Salpêtrière).

**Emmanuel Pasquier**

est professeur de philosophie. Il est spécialiste du monde des super-héros.

**Florence Brelet**

est psychologue hypnothérapeute, à Ancenis en Loire-Atlantique.

**Frédérique Ménard**

est psychologue et hypnothérapeute en cabinet libéral au sud de Nantes.

**Gérard Ostermann**

est professeur de thérapie, médecin interniste, psychothérapeute analyste.

**Isabelle Arnulf**

est neurologue au service des Pathologies du sommeil à Paris (Pitié-Salpêtrière).

**Jean-Pierre Courtial**

est professeur émérite en Sciences de l'Information et Communication.

**Nicolas Perret**

est médecin généraliste à Thivars en Eure-et-Loir et membre de Hypnose-Santé-Formation à Rennes.

**Pascale Reynette**

est chirurgien-dentiste à Nancy. Elle exerce en omnipratique, spécialisée en implantologie et parodontologie.

**Marie-Pierre Delaunay-Bennet**

est infirmière à Cosnac en Corrèze.

**Maurício Neubern**

est docteur en psychologie, professeur à l'université de Brasilia.

**Nicolas Gouin**

est médecin-psychiatre à Rezé.

**Sophie Thiroux Ponnou**

est docteur en psychologie clinique. Elle exerce à Concarneau.

**Patrice Marvanne**

est spécialiste en formation, conseil et coaching dans les secteurs de la santé.

**Marie-Ange Normand**

est sociologue et intervenante danse à l'association Benkadi 35.

**Rémi Étienne**

est infirmier en équipe mobile de soins palliatifs en Lorraine.

**Silvia Morar**

est neurochirurgienne. Elle enseigne l'hypnose et l'hypnoanalgésie à l'université Paris-Sud.

**Céline Dahan**

est psychologue, hypnothérapeute, intervenante chant à association Benkadi 35.

**Thérèse Dewitte**

est infirmière, art-thérapeute et musicienne. Elle exerce à Angers.

**Vanessa Silmani**

est psychiatre au Centre Interdisciplinaire du Sommeil (Paris XV*).

**Thierry Servillat**

est psychiatre, à Rezé, dans la banlieue nantaise.

Sommaire

Éditorial	1
Les auteurs de ce numéro	2
ATELIERS PRATIQUES	
« Si tu peux marcher, tu peux danser. Si tu peux parler, tu peux chanter »	5
Inviter la pâte à modeler dans l'exercice hypnotique	8
La métamorphose de la libellule	12
Autohypnose et expertise de soi	15
À travers les écrans...	19
La respiration comme processus de réassociation	22
CLINIQUES	
Hypnose et huiles essentielles	31
Hypnose profonde chez le dentiste	39
Traitement de la suralimentation : une approche hypnotique basée sur l'amour et la compassion	47
ÉCHOS DE LA SCIENCE	
Des nouvelles de la science et de l'hypnose	56
DOSSIER • LE SOMMEIL	
Dormir : tout un programme	64
L'hypnose dans les parasomnies de sommeil lent	67
Sommeil et douleur chronique : apports de l'hypnose	79
OUVERTURES	
Musicothérapie, quel lien avec l'hypnose ?	89
David Akstein, un innovateur dans l'hypnose brésilienne	95
Cas pratiques en hypnose pour l'Éducation Thérapeutique du Patient	101
Épidémie et hallucination	104
ABCDAIRE	
R/bécédaire Résistances	109

Traitement de la suralimentation : une approche hypnotique basée sur l'amour et la compassion

Dans la suralimentation et l'obésité, la nourriture est-elle le problème ? Alejandra Diaz apporte d'autres pistes.

Traduction : Thomas Pruvot.

Alejandra Diaz

Paradoxalement, ce sont les individus qui à travers le monde ont le plus accès aux ressources, qui souffrent de manière disproportionnée des menaces de l'obésité sur leur santé physique. Et cela, alors même que des remèdes sont facilement accessibles. La suralimentation et l'obésité sont devenues un problème de santé publique à l'échelle mondiale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

indique que l'obésité a atteint des proportions épidémiques, avec au moins 2,8 millions de personnes mourant chaque année de surpoids ou d'obésité. La psychothérapie par hypnose est une composante clé du processus de soin pour ces patients : elle aide à mieux vivre ses émotions,

“ L'obésité a atteint des proportions épidémiques ”

à remettre en question et restructurer ses croyances limitantes et à créer les changements comportementaux appropriés afin d'atteindre un certain équilibre entre santé physique et mentale.

Les chiffres ne sont que des chiffres

Les patients sont souvent obsédés par les chiffres qui jour après jour s'inscrivent sur la balance, conditionnant les émotions du moment. La diminution de ces chiffres est bien souvent l'indicateur de réussite des régimes.

On le sait, le mécanisme de « relâchement du poids » ne repose pas simplement sur la variabilité de ces chiffres, mais aussi, et surtout, sur une relation saine avec la nourriture et sur l'observation des signaux et des messages de son corps. Il s'agit d'apprendre à faire confiance à ses intuitions propres pour guider les mécanismes de prises de décisions autour de la nourriture et de ses habitudes alimentaires.

Les chiffres ne doivent pas déterminer la valeur de la personne, ni la réussite d'objectifs, ni le niveau perçu de satisfaction ou d'estime de soi. Avec l'utilisation de l'hypnose, j'invite

les patients à tourner leur attention d'un élément extérieur (des chiffres sur une balance) vers une perspective interne d'exploration avec des objectifs qualitatifs qui viennent *nourrir* le sentiment de satisfaction.

En quelque sorte, il s'agit là d'apprendre à respecter et à faire honneur à la sagesse de son corps, loin donc de cette course quantitative inscrite sur la balance. Avec cette simple permission, les patients tendent à se concentrer davantage sur leurs besoins, se donnant eux-mêmes la structure appropriée en termes de nourriture et d'exercices.



© Steve Hall © FreeImages

**Apprendre à faire confiance à ses intuitions
propres pour guider les mécanismes
de prises de décisions autour
de la nourriture et de ses habitudes
alimentaires**

L'image corporelle

Une des problématiques communes pour les individus qui se suralimentent est l'autocritique permanente de leur image corporelle. La plupart d'entre eux utilisent des termes négatifs, voire humiliants, pour se décrire,

se comparent à d'autres périodes de leur vie ou à d'autres personnes autour d'eux. Enclins à utiliser des mots très durs pour décrire leur corps, certains n'acceptent pas ou dénigrent certaines parties de leur corps, du fait de leur apparence ou parce qu'elles ont changé avec le temps.

Je trouve particulièrement important de travailler sur l'image corporelle des patients avec pour objectif de prendre soin de soi et d'apporter de l'amour à soi-même. J'évite d'utiliser l'expression « perdre du poids », car personne ne veut perdre quoi que ce soit, et cela crée un sentiment de pénurie qui génère de l'anxiété. À la place, j'utilise les termes « relâcher l'excès/le poids ». Je me suis rendu compte que, pour les patients, cela ouvre le champ des possibles. En utilisant pendant la transe des suggestions directes et indirectes, les patients sont invités à relâcher leur excès, tout type d'excès venant faire obstacle : parfois il s'agit de graisse, parfois de paroles blessantes lancées contre soi, ou parfois de relâcher un *trop-plein* d'émotion.

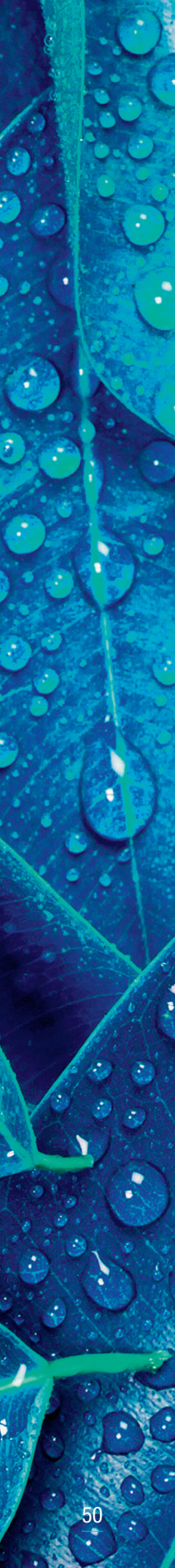
Une autre stratégie importante est celle d'inviter les patients à se servir de la transe hypnotique pour se visualiser en train de faire de l'exercice. Ici, le but est, au-delà du relâchement du poids, de célébrer sa santé, ses compétences et de ressentir une dynamique, un mouvement au service de ses objectifs. Se voir ressentir les différents groupements de muscles, les articulations ainsi que l'élasticité de la

peau, tout cela devient merveilleux et va rester dans la mémoire comme une image joyeuse, qui grandit et se développe avec le temps... Une image qui peut être reproduite et célébrée jour après jour.

L'un des exercices courts que j'utilise en transe hypnotique est d'inviter la personne à être dans un état dissociatif afin de se voir différemment : je donne au patient un petit miroir et l'invite à se regarder avec un regard d'amour et de compassion. Je fais des suggestions ouvertes appropriées, sous forme de questions, pour aider le patient à considérer une nouvelle approche de son corps, de ses habitudes alimentaires, de sa manière de porter des vêtements, de sa manière de bouger, de faire de l'exercice, d'interagir dans un contexte social et d'interagir avec son propre corps. De légères suggestions sont données au patient pour qu'il honore, respecte, accepte et protège son corps.

“ Je donne au patient un petit miroir et l'invite à se regarder avec un regard d'amour et de compassion ”

Ceci amène le patient à s'accepter lui-même, à prendre soin de lui et le motive à accepter le rythme naturel de relâchement d'excès de poids, plutôt qu'à forcer son corps à des résultats immédiats. Je me suis rendu compte qu'ouvrir *la porte de l'amour de soi et de la compassion* aide les patients



à prendre plaisir dans ce processus, à maintenir l'encouragement personnel et à travailler plus dur pour accomplir leurs objectifs.

Nommer sa faim : la nourriture n'est pas le problème

Contrairement aux addictions avec utilisation de substances, la nourriture n'est pas le problème dans la situation de suralimentation (Johnston, 1996). J'ai entendu beaucoup de patients dire des choses telles que « Mon problème, ce sont les glucides », ou « Si seulement le sucre n'était pas si bon », ou « Je n'achète pas trop de sucreries pour éviter les tentations ». Une partie du processus de relâchement du poids est d'aider les individus à se rendre compte qu'ils prêtent bien trop de pouvoir à la nourriture et s'écartent de ce qui cause réellement la suralimentation.

Dans la transe, j'élabore des histoires afin de faciliter l'exploration personnelle, comme de chercher le *vrai nom* de la faim qu'il faut rassasier. Et ça n'est pas toujours simple. Souvent, le nom de cette faim est composé de différentes parties. Les identifier devient alors crucial.

Ainsi, les personnes atteintes de troubles de l'alimentation utilisent la nourriture pour masquer les difficultés à gérer leurs émotions (y compris l'autorégulation de l'appétit). C'est probablement l'élément principal que j'ai trouvé en ce qui concerne l'action de « nommer la faim ». De la même manière que l'on peut avoir une

indigestion à cause de quelque chose que l'on a mangé, on peut également avoir une « indigestion d'émotions » des expériences de la vie. Parfois cette *indigestion émotionnelle* est ancienne et elle continue de résonner à un niveau inconscient bien des années après l'événement.

Dans d'autres cas, l'*indigestion émotionnelle* vient d'un manque affectif pendant l'enfance ou d'une relation difficile avec les figures parentales. Maintes et maintes fois, ces personnes désignent les difficultés présentes et l'anxiété que cela suscite. La dépression causée par les contraintes quotidiennes est un autre nom donné à leur faim, dans laquelle la nourriture devient la chose vers laquelle ils se tournent dans le but d'essayer de résoudre ou de relâcher l'impact de ces émotions.

Sur le chemin de l'exploration vers le *vrai nom de leur faim*, les patients se rendent compte qu'ils se sont également et régulièrement identifiés à des messages les menant à l'échec, qu'ils proviennent d'eux-mêmes ou d'autres personnes, et qui résonnent encore à leurs oreilles. Des messages auto-sabotants, où la honte et l'exigence sévère les poussent à faire des régimes, à relâcher du poids et à le regagner peu de temps après.

Dans les cas d'abus sexuel, prendre du poids est une réponse symbolique de l'inconscient pour se « protéger » d'être exposé, vu, ou même perçu comme étant désirable. Beaucoup de ces patients ont des difficultés avec la sexualité, les compétences sociales et/ou à être disponibles émotionnellement pour d'autres personnes. Pour

les patients affectés, il est nécessaire de traiter l'abus sexuel comme étant une partie de ce processus afin qu'ils se réapproprient et apprécient leur corps.

Le travail des parties

Voyons maintenant comment, dans la transe hypnotique, utiliser avec le patient les différentes parties impliquées dans cette lutte avec la suralimentation. J'ai remarqué que les patients arrivent très bien dans une même *frise temporelle* à identifier les parties d'eux-mêmes qui correspondent au passé, au présent ou au futur. Ces parties peuvent saboter leurs progrès ou au contraire être des ressources aidantes qui veulent participer au processus afin d'apporter de la clarté et de créer de la transformation. J'appelle cet exercice « la réunion ». Toutes les parties impliquées dans le processus de suralimentation sont invitées dans une salle de conférences pour participer à une réunion. Elles ont chacune du temps pour parler et exprimer ce qu'elles n'ont probablement jamais exprimé. Il s'agit d'un mécanisme de reconnaissance et de coopération entre les parties qui travaillent au bénéfice du patient. Chaque partie a sa sagesse et mérite le respect. Cela amène un sentiment profond de valorisation, de communauté, et d'action vers les objectifs du patient.

Voici Joyce, une jeune femme de 22 ans qui, pendant *la réunion* de ses

parties, a remarqué que l'une d'elles a, lorsqu'elle avait 7 ans, entendu sa professeure de danse dire devant toute sa classe que lorsqu'elle allait dans un fast-food, elle devrait commander une salade plutôt que des nuggets de poulet. Cet événement

Parfois cette *indigestion émotionnelle*

est ancienne et elle continue

de résonner à un niveau inconscient

bien des années après

était la source de beaucoup de honte. Elle s'est également souvenue d'une autre partie d'elle qui s'est toujours sentie diminuée parce que sa sœur était « mince et jolie », alors qu'elle n'était « que maline ». Enfin, elle a fait venir sur scène une *partie future d'elle-même* très importante, celle qui est mariée, qui a des enfants, situation qui lui apporte de la sagesse, de l'amour, de l'acceptation de soi et de la valorisation. Par la suite,

Dans la transe, j'élabore des histoires afin de faciliter l'exploration personnelle,

comme de chercher le vrai nom de la faim

qu'il faut rassasier

cette partie est devenue *la meneuse* dans les exercices hypnotiques, porteuse de conseils et de soutien pour aider la patiente à avoir un régime

plus équilibré et à prendre soin de son corps.

La valorisation encourage et maintient la personne dans un bon équilibre

Bien souvent, le travail avec les parties aide à mettre en avant, pour le patient, la richesse des ressources disponibles. Les patients réalisent alors qu'ils ont à leur disposition un groupe tout entier, composé de parties aidantes avec chacune des capacités propres, et qui sont plus fortes lorsqu'elles travaillent ensemble. J'encourage les patients à tenir un journal entre chaque séance afin de continuer d'intégrer et consolider les changements. Les patients ont trouvé que cet outil est un travail important, qui fait du lien au fil des séances et des jours.

De nombreuses fois, les patients sont arrivés à la séance suivante avec des révélations intéressantes de l'une ou l'autre des parties. Des parties qui parlent dans un langage métaphorique, qui proposent des idées sur lesquelles il est possible de travailler par la suite. Par exemple, une partie d'un patient a suggéré une méthode pour « compter les rires plutôt que les calories¹ », ce qui lui a permis de mettre en avant des moments importants qu'il avait négligés jusqu'à présent.

Le pouvoir de la valorisation

1. *Count memories instead of calories dans le texte original ; traduit par « rire » et « calorie » pour garder la sonorité.

Qui n'a pas besoin d'être valorisé ? La valorisation encourage et maintient

la personne dans un bon équilibre. Selon moi, la valorisation est un élément clé de la santé mentale et cela fait partie de mon travail avec les patients.

Tout est important ! C'est là un postulat absolument pertinent : une émotion, une pen-

sée, un besoin, un événement. Il s'agit de remarquer et d'accepter la présence de ce qui vient. C'est une suggestion que je fais régulièrement dans mon travail hypnotique. Dans le processus où il y a lieu de créer une tendance naturelle à *relâcher du poids*, les patients sont invités à prendre connaissance de toutes les victoires qu'ils produisent. Parfois une victoire consiste simplement à dire « non » à une fringale. Parfois il s'agit pour eux de faire plus attention aux choix alimentaires, par exemple pour un repas au restaurant. Parfois encore, les patients peuvent être plus consciencieux lorsqu'ils font les courses, ou bien boire assez d'eau, ou faire du sport avec régularité.

Dans ce processus, les obstacles sont importants et ils sont là pour aider les patients à apprendre où sont leurs limites, ainsi que celles des autres. Ces obstacles créent une pause naturelle qui permet de se recentrer et d'établir une nouvelle stratégie. C'est là une opportunité très utile en hypnothérapie : on demande aux patients de faire face à des obstacles plutôt que de les éviter puisque, plus ils les ignorent, plus leur présence prévaut. En valorisant une difficulté ou un obstacle, le patient gagne de la confiance en

lui, se rapproche d'un but, ou permet d'être mieux avec un réel sentiment de contrôle de soi.

Cas clinique

Lucy est une femme asiatique d'une soixantaine d'années qui s'est tournée vers l'hypnose pour remédier à une longue lutte avec la suralimentation. Elle a participé à de nombreux programmes, des régimes, qu'elle décrit comme étant « générateurs de honte » lui laissant toujours un sentiment teinté de trouble et de mépris d'elle-même.

Elle a eu un père strict qui, quand elle était jeune, ne lui donnait pas la permission de vivre sa féminité parce qu'il considérait que c'était une invitation à ce que les hommes abusent d'elle. Lucy ne s'est jamais mariée et n'a jamais eu d'enfant. Au lieu de cela, elle est devenue une femme d'affaires avec énormément de succès, respectée par beaucoup dans son domaine. Elle évoque une longue histoire de goinfreries qui donne lieu à un sentiment profond de culpabilité.

Elle a essayé beaucoup de régimes, a perdu du poids pour le regagner aussitôt. Elle était particulièrement sensible à la récompense qui corrélait positivement avec une suralimentation émotionnelle. Comme l'explique Davis *et al.* (2004), une telle sensibilité ainsi qu'un accès facilité à de la nourriture appétissante et très calorique créent les conditions requises pour le surpoids et la suralimentation. Lucy utilisait la nourriture à la fois comme récompense et comme

punition. La nourriture était devenue le seul « régulateur émotionnel » et, malgré celui-ci, d'autres émotions inconfortables étaient attisées.

Elle était particulièrement intéressée et sensible à l'hypnose. Au fil des séances, elle a nommé sa faim « la tornade des vieilles émotions qui gargouillent ». En se connectant à des parties pleines de ressources en elle, elle a trouvé de nouvelles manières de se regarder et de se traiter avec amour et compassion plutôt qu'avec dégoût. Cela lui a apporté un équilibre. Elle a su traiter des sentiments complexes à l'égard de son père et lâcher « l'entrave » (son symbole) de ses messages négatifs qu'elle renforçait et qu'elle utilisait pour critiquer son corps.

Transformer une bonne fois pour toute sa perception de la nourriture et de son corps

En quelques mois, Lucy a développé une relation bien plus positive avec la nourriture. Elle est devenue plus attentive à ses choix alimentaires, plus présente dans la préparation de ses plats, les assaisonnant avec amour pendant qu'elle cuisinait. Plus consciente de la source de ses fringales, en prenant le temps de répondre à ses besoins présents. Consciencieusement, elle a commencé un programme d'exercices, quelque chose d'adapté à son âge et à ses besoins physiques, prenant le temps d'observer son corps avec compassion en acceptant le

temps qui a passé depuis lors, en aimant son corps dans son unité et en accueillant les parties de son corps avec lesquelles elle était en conflit.

Lucy a *relâché du poids*. Elle tient son journal toutes les semaines et y enregistre ses victoires quotidiennes. Selon elle, la victoire principale de ce processus a été de transformer une bonne fois pour toute sa perception de la nourriture et de son corps. Ensuite, elle a appris à réguler elle-même ses émotions, à assumer ses décisions, à faire confiance à ses sensations corporelles, ses instincts et ses rythmes naturels. Elle

a acquis de nouvelles compétences et a regagné des ressources qu'elle pensait perdues. Elle continue de grandir en elle-même, et elle et moi prédisons un changement durable dans le temps.

Trouver un équilibre interne et externe n'est pas simple. Le processus de changement demande effort et détermination. Je crois sincèrement que les gens peuvent développer une relation plus saine avec la nourriture en y faisant attention plutôt qu'en l'ignorant : ressentir les choses intuitivement plutôt que se forcer ou se négliger, honorer et respecter son corps plutôt que



© Aleksandra Tanasienko @ Unsplash

le critiquer ardemment sont autant d'éléments qui leur permettent de *relâcher du poids*. Quand les gens regardent avec compassion leurs histoires, leurs comportements, leurs pensées, leurs émotions et leurs besoins, ils peuvent alors grandir en se valorisant et en s'acceptant. Utiliser l'hypnose pour aborder la suralimentation demande un travail constant et créatif de la part du thérapeute. Un travail qui implique de créer des suggestions et des métaphores sur-mesure qui fassent sens pour les patients, en utilisant des histoires qui les invitent

à se voir sous d'autres angles et de toujours créer un sentiment de contrôle sur les changements qu'ils souhaitent voir apparaître dans leur vie. Manger est un bonheur à célébrer au quotidien. Je me demande de combien de manières on peut apprécier ce bonheur...

“ Le processus de changement demande effort et détermination ”

Références

- Davis C, Strachan S, Berkson M. Sensitivity to Reward: Implications for Overeating and Overweight. *Appetite*. 42 (2), 2004; 131-138. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15010176/>
- Johnston A. *Eating in the Light of the Moon: How Women Can Transform their Relationship with Food Through Myths, Metaphors & Storytelling*. Gürze Books; 1996.
- Organisation mondiale de la santé. (2020, April 1). *Obesity and Overweight*. Récupéré via : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Sommeil et douleur chronique : apports de l'hypnose

Comment l'hypnose aide les patients lorsque douleur chronique et troubles du sommeil se côtoient ?

Arnaud Gouchet, Chantal Wood

« Sois sage, Ô ma Douleur, et tiens-toi plus tranquille.
 Tu réclamais le Soir, il descend, le voici :
 Une atmosphère obscure enveloppe la ville,
 Aux uns portant la paix, aux autres le souci. »
 Ch. Baudelaire,
Les fleurs du mal, CLIX.

Introduction

La douleur chronique, dans sa définition actuelle, concerne près d'un adulte sur trois¹, avec une fréquence comparable chez l'enfant². Ayant perdu la fonction d'une douleur aiguë, elle devient une maladie à part entière, quelle qu'en soit sa cause.

Chez l'adulte comme chez l'enfant, la douleur chronique est rarement isolée, et s'accompagne de troubles diversement associés, induits et/ou causaux, dont les troubles du sommeil, et ce, avec une fréquence remarquablement élevée : un tiers des patients adultes douloureux chroniques présentent des troubles du sommeil à type d'insomnie³.

1. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>

2. <https://www.pediatrie-pratique.com/journal/article/0011897-hypnose-douleur-chronique-chez-lenfant-must>

Les troubles du sommeil et la douleur chronique sont liés : la douleur est responsable de difficultés d'endormissement et/ou de réveils nocturnes, tandis que l'insomnie fait le lit de la douleur. En effet, un sommeil de mauvaise qualité est un facteur de risque de développer des douleurs chroniques, chez des sujets sains ou douloureux chroniques (Herrero, 2019).

En contexte expérimental, la fragmentation du sommeil peut créer une douleur *de novo* : la privation de sommeil lent profond (et non de sommeil paradoxal) est associée à l'apparition des douleurs (Moldofsky, 1976).

Nous traiterons ici des interactions entre douleurs chroniques et troubles du sommeil ; cependant, une douleur qui réveille la nuit doit rendre vigilant, et faire l'objet d'un diagnostic précis ; elle est parfois le témoin d'un traitement médical non optimal, voire d'une complication. Les ajustements thérapeutiques restent de mise.

Une interrelation bidirectionnelle

L'interrelation entre l'insomnie et la douleur est bidirectionnelle : les troubles du sommeil sont associés au développement ultérieur de douleurs chroniques et inversement, une douleur préexistante est un facteur prédictif significatif de troubles du sommeil futurs.

De même, une mauvaise nuit de sommeil est associée à un plus grand degré d'attention à la douleur durant la journée suivante, et réciproquement. L'insomnie prédispose à la douleur chronique ou à son aggravation ; les perturbations du sommeil se trouvent ainsi liées aux douleurs du lendemain.

Cette relation à double sens indique que la gestion des troubles du sommeil doit s'accompagner d'une approche parallèle de la douleur : l'amélioration de l'insomnie amène une réduction de

3. L'insomnie est le sentiment d'avoir mal dormi, en raison de difficultés d'endormissement (latence > 30 minutes), et/ou de réveils nocturnes (> 3/nuit), et/ou d'un réveil prématuré (< 6 heures de sommeil), avec un retentissement sur les activités diurnes. Le diagnostic d'insomnie chronique est posé lorsque ces signes sont présents plus de trois fois par semaine depuis plus de trois mois. Sont exclus de ce cadre le syndrome des jambes sans repos, le bruxisme et les apnées obstructives du sommeil.



© Ayssa L. Miller @ Flickr

la fatigue qui peut s'avérer plus durable que celle des douleurs, tout en exerçant un effet bénéfique sur elles.

Violaine, 62 ans, souffre de douleurs pudendales depuis plusieurs années. Les traitements médicamenteux n'y font rien. Les douleurs sont influencées par le stress, l'anxiété et la fatigue. Lorsqu'elle va se coucher, elle est souvent très fatiguée par la journée et les douleurs ; elle s'endort vite, malgré les douleurs. Parfois, une petite dose de benzodiazépine est nécessaire. *« Quand j'ai passé une bonne nuit de sommeil, que je me suis bien reposée, je le sens dès le réveil, et ce sera une bonne journée, sans douleur. »*

Effets de la douleur chronique sur le sommeil

La douleur chronique augmente la latence d'endormissement et diminue l'efficacité du sommeil, par fragmentation (nombre et durée des réveils nocturnes) et augmentation du temps de sommeil léger aux dépens du sommeil lent profond.

Les troubles du sommeil existent chez plus d'un quart des patients avec des douleurs chroniques musculo-squelettiques, contre environ 5 % chez les patients non douloureux. De même, 40 % des insomniaques présentent des douleurs chroniques, contre 15 % des patients sans trouble du sommeil. Si les troubles du sommeil sont très fréquents, il reste délicat d'affirmer que c'est la douleur qui réveille. Le réveil peut être dû à une autre cause, et n'être finalement que l'occasion de

constater la présence de la douleur, sans préjuger de sa responsabilité dans le réveil. La peur de la douleur peut entraîner un état anxieux, qui à son tour perturbe le sommeil.

“ Les liens entre troubles du sommeil et douleurs chroniques ne concernent pas exclusivement l'intensité douloureuse, mais aussi l'impact sur les activités et l'attention du patient ”

Les réveils nocturnes peuvent être l'occasion de recourir à l'autohypnose.

Gisèle, 75 ans, décrit une douleur scapulaire gauche ancienne, qui irradie au membre supérieur gauche, gêne l'endormissement et, selon elle, provoque les réveils nocturnes. Des exercices respiratoires l'aident à s'endormir et se rendormir, mais les douleurs sont là. Gisèle aime le jardinage plus que tout et souhaite *« effacer la mémoire douloureuse »*. En hypnose, elle apprend à désherber son jardin intérieur, pour y retrouver et y cultiver les « bonnes » plantes et fleurs, dont elle redécouvre les couleurs, odeurs, formes, textures et vertus. Les douleurs s'effacent, la patiente qualifie son épaule de « reposée » lorsqu'elle porte son attention sur les sensations nouvellement installées...

Effet des troubles du sommeil sur la douleur

À l'inverse, la privation de sommeil (surtout de sommeil lent profond)

abaisse le seuil de la douleur et accentue les douleurs spontanées. Les modèles expérimentaux suggèrent que l'effet des troubles du sommeil sur la douleur serait plus important que celui de la douleur sur le sommeil, mais cet aspect semble moins net en contexte clinique.

L'expérience clinique nous rappelle que les liens entre troubles du sommeil et douleurs chroniques ne concernent pas exclusivement l'intensité douloureuse, mais aussi l'impact sur les activités et l'attention que le patient y porte.

Les conseils d'hygiène du sommeil font partie intégrante du traitement : éviction des « stimulants », régularité des horaires, mise en place de rituels de coucher.

Rôle des émotions et pensées négatives

Le sommeil influence l'impact de la douleur par d'autres biais que celui de son intensité : un sommeil de mauvaise qualité engendre une fatigue et des affects et pensées négatifs, qui majorent à leur tour l'effet de la douleur sur les activités du patient ; à l'inverse, un sommeil de meilleure qualité s'accompagne d'affects et pensées positifs, qui réduisent les limitations liées à la douleur. Ainsi, une intervention visant à promouvoir les affects positifs tout en réduisant les affects négatifs aura un effet optimal sur le retentissement des douleurs sur le quotidien du patient (Ravyts, 2019).

Alexia, 31 ans, présente des douleurs du poignet droit depuis maintenant six mois. L'imagerie n'objective aucune lésion, mais la douleur est bien là, avec sensation de « blocage » et la peur de déclencher la dou-

L'identification d'un lieu-ressource permet de se reconnecter régulièrement à un état émotionnel favorable

L'autohypnose peut être l'un de ces rituels :

Odile, 89 ans, souffre d'une douleur basi-cervicale postérieure gauche, irradiant vers l'arrière du crâne et de l'œil gauche. Apparue soudainement il y a 34 ans, elle ne l'a plus jamais quittée, mais disparaît après le coucher, en 10 minutes. *« Je me récite des poèmes et je m'endors ; je me réfugie dans le sommeil qui arrive. »* Nous confortons Odile dans sa pratique d'une autohypnose « naïve », elle qui doute que la douleur puisse vraiment la quitter un jour...

leur lors de certains mouvements. Elle est en arrêt de travail, désespère qu'une solution soit trouvée, et trouve le temps long. Elle dit être d'un naturel anxieux, ne pense qu'à la douleur, et les émotions sont là : peur et tristesse, ainsi qu'un manque de confiance et d'estime d'elle-même. Le sommeil en pâtit : les réveils prématurés sans réendormissement ajoutent de la fatigue. En hypnose, elle apprend⁴ à « évacuer les problèmes » et trouver le réconfort et la détente attendus. L'autohypnose lui permet de reproduire l'expérience chez elle.

4. Rapprochement des mains autour d'un ballon imaginaire rempli de « tous les problèmes et toutes leurs causes : celles que vous connaissez, celles que vous ne connaissez pas, et celles que personne ne connaîtra jamais », qui se dégonfle...

Les émotions et pensées ayant une influence sur la qualité du sommeil, la gestion du sommeil chez le patient douloureux chronique doit aborder la fatigue, les émotions, les pensées et les croyances limitantes, envisagées au cas par cas.

Rappelons que la dépression provoque des réveils prématurés, et que l'anxiété est à l'origine de troubles de l'endormissement.

L'identification avec le patient, et l'utilisation en autohypnose, d'un lieu-ressource lui permet de se reconnecter régulièrement à un environnement et un état émotionnel favorables à l'apaisement, la réassurance, la détente musculaire, l'émergence d'émotions positives, etc.

Il est essentiel de définir précisément avec le patient la (les) vertu(s) de ce lieu-ressource :

Paul, 55 ans, présente une douleur neuropathique postopératoire du cuir chevelu. Les préoccupations familiales ajoutent à sa souffrance. Il a appris à s'accorder des moments de répit en revivant, en autohypnose, le souvenir d'un après-midi dans la cour de la maison familiale dans l'île de Sein. Tout est là : les nuages dans le ciel, le bruit de la mer et du vent frais, les cris des enfants qui jouent et ceux des oiseaux de mer, l'odeur de la mer. Il s'évade, se détend, se repose : *« Je me sens bien »*... Plusieurs séances d'hypnose ont été nécessaires pour qu'il sache s'accorder régulièrement ce moment de plaisir ; les douleurs sont là, mais la souffrance diminue, le sourire revient, les projets aussi...

Cercle vicieux entre troubles du sommeil et douleurs chroniques

L'insomniaque tend à compenser le manque de sommeil en restant plus longtemps au lit, car *« s'il ne dort pas, au moins, il se repose »*, d'autant plus si la position allongée procure un soulagement des douleurs, voire une position antalgique. Il se couche plus tôt parce qu'il est fatigué et/ou douloureux, sans avoir forcément sommeil, et reste au lit même s'il ne dort pas, de peur de rater l'endormissement. S'il le peut, il se lèvera plus tard pour rattraper le manque de sommeil, profiter de l'antalgie du décubitus et/ou retarder le « dé(ver) rouillage » matinal, parfois contemporain d'un effet « fin de dose » des antalgiques.

Il apparaît ainsi une relation complexe entre le lit, le sommeil et la douleur : le lit est le lieu où il ne dort pas, mais souffre moins, alors que dans la journée le sommeil peut s'inviter, en raison de la fatigue et/ou des effets bénéfiques et secondaires (somnolence, asthénie, etc.) des antalgiques. Le lit peut aussi être le lieu du répit, lorsque le sommeil est préservé et qu'il permet, comme à Odile, de s'extraire du quotidien douloureux.

Effet des traitements médicamenteux de la douleur chronique sur le sommeil

L'effet secondaire commun à la plupart des traitements de la douleur chronique est la somnolence,

concomitante de l'efficacité pharmacodynamique, donc volontiers diurne. Notamment, les opiacés modifient la structure du sommeil et exposent à des troubles respiratoires, eux-mêmes perturbateurs du sommeil (apnées obstructives ou centrales). Ainsi, chez les patients fibromyalgiques et insomniaques, les opioïdes à doses élevées ont un effet délétère chez les sujets âgés, et lorsque la douleur est faible : allongement de la latence à l'endormissement, et réduction du sommeil lent (Curtis, 2019). On comprend aisément comment certains médicaments peuvent avoir des effets ambivalents sur la douleur et le sommeil, et la place de l'analgésie hypnotique en complément (voire en substitut) de la pharmacopée. Les patients qui viennent à l'hypnose sont confrontés à l'efficacité partielle des traitements pharmacologiques, au prix d'effets indésirables parfois intenses, et sont en attente d'une solution non pharmacologique pour apporter un soulagement respectant ou améliorant le sommeil.

Céline, 43 ans, a développé un SDRC⁵ dans les suites d'une neurolyse ulnaire gauche. Outre les douleurs neuropathiques, une contracture musculaire avec rétraction des doigts en flexion palmaire et une kinésiophobie se sont installées. L'impotence fonctionnelle du membre supérieur est totale, les médicaments sont inefficaces et responsables d'effets indésirables marqués. Un premier travail de réification et transformation du symptôme douloureux (souvent fructueux en contexte neuropathique) permet

d'installer une analgésie que Céline reproduit aisément en autohypnose. Dans un second temps l'installation d'un espace-ressource, caractérisé par la sécurité, autorisera Céline à expérimenter une sensation de légèreté (ressentie en balnéothérapie) qui s'accompagnera de mouvements, observables et ressentis : *« je suis dans ma bulle, mon bras flotte à la surface de l'eau, c'est agréable »*...

Place de l'hypnose

L'intérêt de l'hypnose est reconnu dans la fibromyalgie. Pour les douleurs chroniques, les troubles du sommeil et la détresse psychologique, les études sont moins catégoriques ; cependant, de nombreux travaux cliniques soulignent l'apport de l'hypnose et de l'autohypnose lorsque douleur chronique et troubles du sommeil se côtoient, notamment en centre antidouleur avec l'apprentissage de l'autohypnose et du soin de soi (Vanhaudenhuyse, 2015). Notons que l'hypnose raccourcit la latence d'endormissement.

L'hypnose, dans une perspective cognitivo-comportementale, semble prometteuse au regard de la douleur chronique et de son retentissement, avec des effets durables (Jensen, 2020). Et si les méta-analyses peinent à objectiver sa supériorité (Adachi, 2014), c'est peut-être parce qu'elles ne s'intéressent qu'à la réduction de *l'intensité* de la douleur, ce qui n'est de loin pas l'unique objectif en matière de douleur chronique.

L'utilisation de l'hypnose dans la seule gestion des troubles du sommeil trouve ses limites si elle n'intègre

5. Syndrome Douloureux Régional Complexe, anciennement dénommé « algo (neuro)dystrophie ».

pas les comorbidités, notamment la douleur chronique (Chamine, 2018) et la maladie causale. L'hypnose doit donc s'adresser au trouble du sommeil, mais aussi à la douleur et son étiologie, ainsi qu'aux interactions entre douleur et sommeil, comme on l'a vu plus haut.

Conclusion

Régulièrement dans la pratique clinique, la plainte première du patient concerne les émotions, la fatigue, ou les troubles du sommeil, avant la douleur elle-même. L'approche du patient

douloureux chronique doit donc prévoir celle de son sommeil (et ses déterminants), de ses émotions, et de ses croyances, qui tous influencent autant le sommeil que la douleur.

Les troubles du sommeil doivent être systématiquement recherchés lors de l'anamnèse, et faire l'objet d'un bilan étiologique précis. La chronologie de leur apparition dans l'histoire de la douleur est importante, à titre étiologique et thérapeutique. L'effet des traitements antalgiques sur le sommeil doit être questionné, et leur efficacité (ré)évaluée.



© Cottonbro @ Pexels

Comme on l'a vu, les réveils nocturnes peuvent aussi être dus à une douleur inflammatoire, qui doit faire l'objet d'un diagnostic précis et d'éventuels ajustements thérapeutiques.

Il convient de tenir compte de la circularité de la relation entre troubles du sommeil et douleurs chroniques, pour construire une prise en charge adaptée et pertinente ; l'écoute

attentive du patient permet de trouver le « bon » point d'entrée dans le cercle vicieux insomnie - douleur, et d'amener le patient vers une spirale vertueuse, dans laquelle l'amélioration du sommeil exercera un effet bénéfique sur les douleurs et leur retentissement au quotidien, qui en retour autoriseront un sommeil de meilleure qualité.

Références

- Adachi T, Fujino H, Nakae A, Mashimo T, Sasaki J. A Meta-Analysis of Hypnosis for Chronic Pain Problems: A Comparison Between Hypnosis, Standard Care, and Other Psychological Interventions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2014 ;62 (1): 1–28. doi: 10.1080/00207144.2013.841471
- Chamine I, Atchley R, Oken BS. Hypnosis Intervention Effects on Sleep Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2018; 14 (2): 271–83. doi : 10.5664/jcsm.6952
- Herrero Babiloni A, De Koninck BP, Beetz G, De Beaumont L, Martel MO, Lavigne GJ. Sleep and pain: recent insights, mechanisms, and future directions in the investigation of this relationship. *Journal of Neural Transmission* 2020; 127: 647-60. doi: 10.1007/s00702-019-02067-z
- Jensen MP, Mendoza ME, Ehde DM, Patterson DR, Molton IR, Dillworth TM, Gertz KJ, Chan J, Hakimian S, Battalion SL, Cool MA. Effects of hypnosis, cognitive therapy, hypnotic cognitive therapy, and pain education in adults with chronic pain: a randomized clinical trial. *Pain* 2020; 161 :2284–98. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001943
- Moldofsky H, Scarisbrick P. Induction of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective deep sleep stage deprivation. *Psychosomatic Medicine* 1976; 38 (1): 35–44.
- Ravyts SG, Dzierzewski JM, Raldiris T, Perez E. Sleep and Pain Interference in Individuals with Chronic Pain in Mid to Late-Life: The Influence of Negative and Positive Affect. *Journal of Sleep Research* 2019; 28 (4): e12807. doi:10.1111/jsr.12807
- Vanhaudenhuyse A, Gillet A, Malaise N, Salamun I, Barsics C, Grosdent S, Maquet D, Nyssen AS, Faymonville ME. Efficacy and cost-effectiveness: A study of different treatment approaches in a tertiary pain center. *European Journal of Pain* 2015; 19: 1437-46. doi: 10.1002/ejp.674

LA REVUE DE *l'hypnose* ET DE *la santé*

**À découvrir
dans le**

**NUMÉRO
18**

**PARUTION :
JANVIER 2022**



SOMMAIRE

ATELIERS PRATIQUES • Autohypnose à la rescousse de la rééducation des sens chimiques ! • Le suivi hypno thérapeutique en Langue des Signes Française (LSF) • Script hypnotique d'un grand bol d'air

CLINIQUES • L'hypnose au service de la relation en soins palliatifs • Le frisbee écrit ou comment soigner à distance • Apports de l'hypnose après un infarctus du myocarde inaugural

ÉCHOS DE LA SCIENCE

DOSSIER LA DISSOCIATION • La dissociation : une fonction humaine vaste et complexe • La dissociation est-elle nécessairement pathologique ? • L'utilisation de l'hypnose dans les troubles traumatiques et dissociatifs

OUVERTURES • Prendre soin de soi pour optimiser sa pratique en hypnose • Chanter les louanges : mes rencontres avec Ernest Hilgard • De William James à Milton Erickson ; prendre soin de la conscience humaine

VOTRE CONTRIBUTION À LA REVUE DE L'HYPNOSE ET DE LA SANTÉ

Vous êtes soignants, thérapeutes, praticiens de l'hypnose ou d'une autre thérapie complémentaire, ou encore professionnel des sciences, quel qu'en soit le domaine, *La Revue de l'hypnose et de la santé* est ouverte et accueille tous les points de vue.

Vous êtes les bienvenus ! *La Revue de l'hypnose et de la santé* vous encourage à publier vos écrits.

Si les états modifiés de conscience en santé et dans la recherche scientifique constituent le fondement de la revue, ses multiples déclinaisons, qu'elles soient artistiques, ethnologiques ou encore sportives ont une place de choix dans *La Revue de l'hypnose et de la santé*.

Au fond, avec *La Revue de l'hypnose et de la santé*, l'imagination créatrice est au pouvoir !

Nous accueillerons vos propositions d'article avec plaisir.

Alors, n'hésitez plus et envoyez votre projet (une page peut suffire) à Thierry Servillat : tservillat@gmail.com

Sommaire

ÉDITORIAL

Thierry Servillat

ATELIERS PRATIQUES

« SI TU PEUX MARCHER, TU PEUX DANSER.
SI TU PEUX PARLER, TU PEUX CHANTER »

Céline Dahan et Marie Ange Normand

INVITER LA PÂTE À MODELER DANS
L'EXERCICE HYPNOTIQUE

Nicolas Perret

LA MÉTAMORPHOSE DE LA LIBELLULE

Frédérique Ménard, Florence Brelet

AUTOHYPNOSE ET EXPERTISE DE SOI

Sophie Thiroux-Ponnou

À TRAVERS LES ÉCRANS...

Patrice Marvanne

LA RESPIRATION COMME PROCESSUS
DE RÉASSOCIATION

Marie-Anne Jolly

CLINIQUES

HYPNOSE ET HUILES ESSENTIELLES

Marie-Pierre Delaunay-Bennet

HYPNOSE PROFONDE CHEZ LE DENTISTE

Pascale Reynette

TRAITEMENT DE LA SURALIMENTATION :
UNE APPROCHE HYPNOTIQUE BASÉE SUR
L'AMOUR ET LA COMPASSION

Alejandra Diaz

ÉCHOS DE LA SCIENCE

Les récompenses à long terme. Corrélats
neuraux en transe profonde • L'utilisation
de l'hypnothérapie comme traitement
de l'AVC fonctionnel : une série de cas
provenant d'un seul centre au Royaume-Uni
• Études sur la sensibilité de l'effet placebo
• Autohypnose et claustrophobie pour une
IRM

DOSSIER • LE SOMMEIL

DORMIR : TOUT UN PROGRAMME

Thierry Servillat

L'HYPNOSE DANS LES PARASOMNIES
DE SOMMEIL LENT

Agnès Brion, Élisabeth Groos, Vanessa
Slimani, Isabelle Arnulf

SOMMEIL ET DOULEUR CHRONIQUE :
APPORTS DE L'HYPNOSE

Arnaud Gouchet, Chantal Wood

OUVERTURES

MUSICOTHÉRAPIE, QUEL LIEN AVEC
L'HYPNOSE ?

Thérèse Dewitte

DAVID AKSTEIN, UN INNOVATEUR
DANS L'HYPNOSE BRÉSILIENNE

Maurício Neubern

CAS PRATIQUES EN HYPNOSE POUR
L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE
DU PATIENT

Interview de Jean-Pierre Courtial

ÉPIDÉMIE ET HALLUCINATION

Emmanuel Pasquier

ABÉCÉDAIRE

R/BÉCÉDAIRE : RÉSISTANCES

Gérard Ostermann

978-2-10-063355-5
NUART 1226791



DUNOD
une page d'avance