

LA REVUE DE
l'hypnose
ET DE
la santé

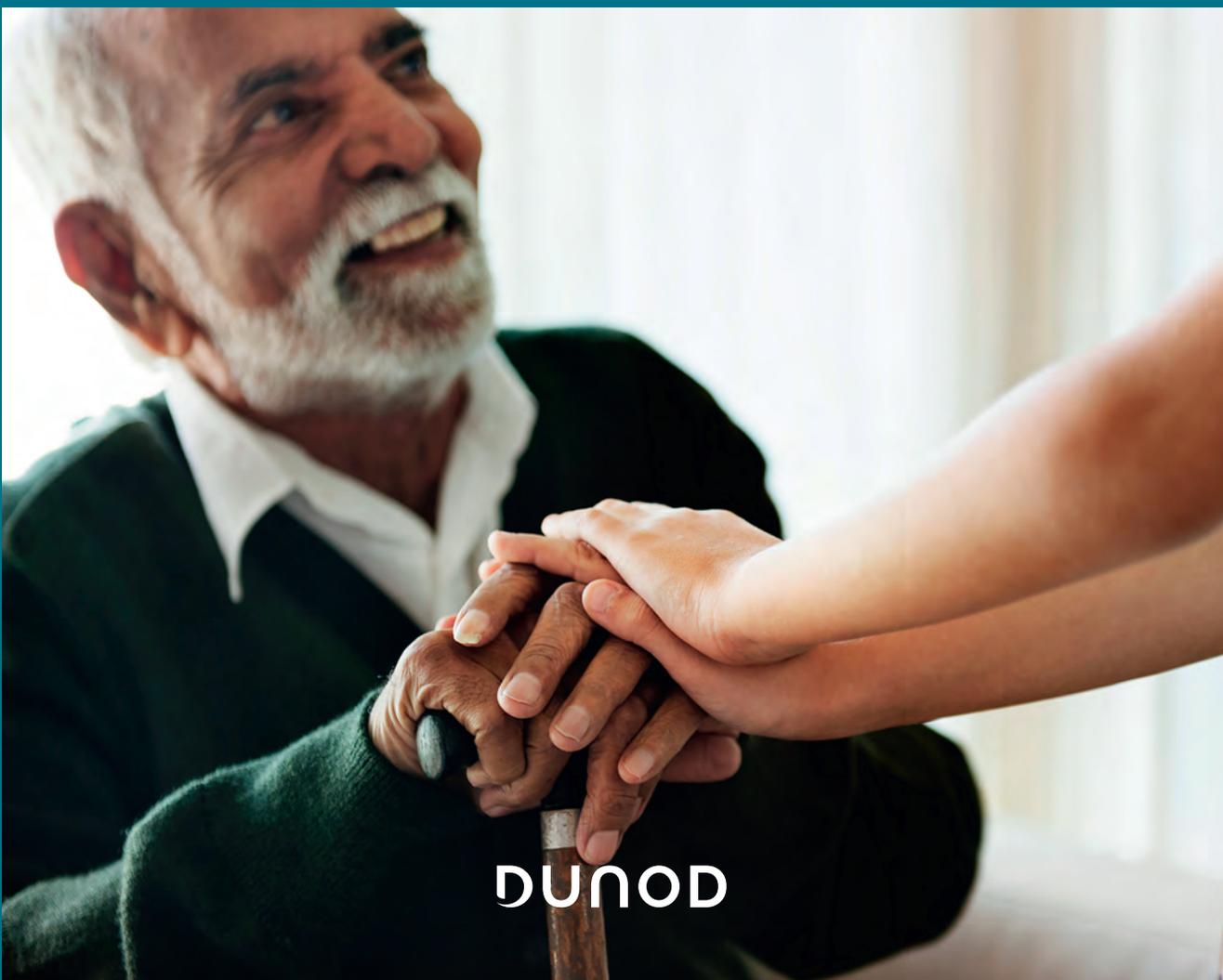
NUMÉRO
18

TRANSES

JANVIER 2022

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

janvier 2022

Dépôt légal

janvier 2022, 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 ROBIOU 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 : **Antoine BIOY**, **Emmanuelle CAUDRON**, **Marie-Chantal COLLINET**, **Erik DE SOIR**,
Isabelle FEDERSPIEL, **Pierre Henri GARNIER**, **Arnaud GOUCHET**, **Nicolas GOUIN**, **Bénédicte GOURDON**,
Kevin GROGUENIN, **Stephen GILLIGAN**, **Laurence LARIGAUDERIE**, **Jean-Claude LAVAUD**, **Sophie LEYMARIE**, **Cyril LE ROY**,
Silvia MORAR, **Gérard OSTERMANN**, **Bogdan PAVLOVICI**, **Emmanuel PASQUIER**, **Thomas PRUVOT**, **Thierry SERVILLAT**,
Dan SHORT, **Sophie THIROUX PONNOU**, **Armelle TOUYAROT**, **Onno VAN DER HART**, **Chantal WOOD**

Un grand merci aux photographes et illustrateurs : **Stefan ALEN**, **Reimund BERTRAMS**, **Marco CONSANI**,
CORBEYRAN KEV22, **Arnaud GOUCHET**, **Emiliano GRUSOVIN**, **Pete LINFORTH**, **Antonios NTOUMAS**, **Ian STAUFFER**,
Sophie THIROUX PONNOU, **RA_FUS**, **Wikimedia Images**

© **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.

ÉDITORIAL

Bonne année !

Au nom de tous mes collègues de la rédaction, je vous souhaite une belle et bonne année 2022 !

Une année qui nous permette de vivre, à nous habitants d'une planète commune, des signes d'espoir.

Espoir de voir reculer la pandémie de COVID-19 et d'aller vers l'éradication de ce virus, nous permettant ainsi de faire de belles rencontres telles que nous les souhaitons, libres et joyeuses.

Espoir de pouvoir soigner nos patients dans de bonnes conditions.

de pouvoir prendre en charge leurs besoins tout en pouvant prendre en charge les nôtres.

Espoir de voir la recherche progresser, de pouvoir de plus en plus nous appuyer sur ses résultats afin d'appliquer ceux-ci avec sérieux et humilité, et d'être capable d'inventer, d'imaginer avec nos patients des solutions qui leur conviennent afin qu'ils puissent améliorer leur santé et épanouir leurs vies.

Espoir de pouvoir continuer à espérer pour l'avenir de notre planète, des animaux qui y vivent et des forêts qui la peuplent,

pour que des enfants y jouent encore longtemps, et que nos adolescents puissent y trouver les espaces dont ils ont besoin pour grandir et mûrir.

Espoir de pouvoir bien choisir nos dirigeants et nos responsables pour que ceux-ci promeuvent la coopération et non la compétition.

Espoir que cette revue puisse continuer à vous rendre service et vous apporter ce dont vous avez besoin dans votre pratique et dans vos réflexions professionnelles.

Oui, bonne, joyeuse année 2022 à toutes et à tous !

Et une pensée spéciale pour les infirmières et les infirmiers !!

LA REVUE DE
l'hypnose
ET DE
la santé

Les auteurs de ce numéro



Antoine Bloy
est psychologue
et professeur des
universités (Paris 8).



Armelle Touyarot
est sage-femme
et hypnothérapeute
à Toulouse. Elle est
également traductrice.



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



Bogdan Pavlovici
est psychiatre
psychothérapeute
(approche systémique,
hypnose éricksonienne,
HTSMA).



Bénédicte Gourdon
est psychologue
sur l'unité d'accueil et
de soins des per sonnes
sourdes et en
néphrologie pédiatrique,
CHU de Bordeaux.



Chantal Wood
est praticien hospitalier,
médecin de la douleur.



Cyril Le Roy
est infirmier
au CHU d'Angers
et hypnothérapeute.



Dan Short
est psychologue
et hypnothérapeute
à Scottsdale (USA).
Il dirige l'Institut Milton
Erickson de Phoenix
en Arizona.



Emmanuelle Caudron
est cadre de
santé dans l'Unité
d'Évaluation de
Traitement de la
Douleur et de Soins
Palliatifs à l'hôpital
Sainte-Périne, AP-HP,
Université Paris-Saclay.



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



Erik de Soir
est docteur
en psychologie
et docteur en sciences
sociales et militaires,
psychothérapeute-
psychotraumatologue
et professeur associé
en psychotraumatologie.



Gérard Ostermann
est professeur
de thérapeutique,
médecin interne,
psychothérapeute
analyste.



Isabelle Federspiel
est médecin
anesthésiste-
réanimateur
et hypnothérapeute
à Angers.



Jean-Claude Lavaud
est anthropologue
et hypnothérapeute
à Saint-Pierre,
île de La Réunion.



Kevin Groguenin
est psychologue
clinicien dans
le département
de l'Yonne.



Laurence Larigauderie
est infirmière et
praticienne en hypnose,
EADSP45 (équipe
d'appui de soins
palliatifs du Loiret).



Marie-Chantal Collinet
est psychologue
spécialisée
en neuropsychologie
au Centre Hospitalier
de Verdun (55).



Nicolas Gouin
est médecin-psychiatre
à Rezé.



Onno van der Hart
est docteur
en psychologie,
psychothérapeute
(jusqu'en 2017) et
professeur émérite en
psychopathologie de la
traumatisation chronique.



Silvia Morar
est neurochirurgienne.
Elle enseigne l'hypnose
et l'hypnoalgésie
à l'université Paris-Sud.



Sophie Leymarie
est psychologue
au CHU de Limoges.



Sophie Thiroux Ponnou
est docteur en psychologie
clinique. Elle exerce
à Concarneau.



Stephen Gilligan
est psychologue
et psychothérapeute.
Il est américain.



Thierry Servillat
est médecin-psychiatre,
à Rezé, dans la
banlieue nantaise.



Pierre Henri Garnier
est psychologue et
docteur en InfoCom.

Sommaire

Éditorial	1
Les auteurs de ce numéro	2
ATELIERS PRATIQUES	
Autosuggestion et suggestion par omission	5
De quelle couleur êtes-vous, maintenant ?	8
Sortir de l'impasse	11
L'autohypnose à la rescousse de la rééducation des sens chimiques !	16
Suivi hypnotique en Langue des Signes Française (LSF)	22
Script hypnotique d'un grand bol d'air	30
CLINIQUES	
L'hypnose au service de la relation en soins palliatifs	37
Le frisbee écrit ou comment soigner à distance	44
Infarctus du myocarde inaugural : comment l'hypnose relance l'existence	53
ÉCHOS DE LA SCIENCE	
Des nouvelles de la science et de l'hypnose	62
DOSSIER • LA DISSOCIATION	
Kétamine mon amour, je te déteste	72
La dissociation est-elle nécessairement pathologique ?	74
L'utilisation de l'hypnose dans les troubles traumatiques et dissociatifs	82
OUVERTURES	
La mindfulness : outil d'exception au service de l'hypnoticien	95
Chanter les louanges : mes rencontres avec Ernest Hilgard	102
De William James à Milton Erickson. Prendre soin de la conscience humaine	107
Malice et légèreté : Politiquement incorrect	111
ABÉCÉDAIRE	
D/bécédaire Dissociation	117

L'hypnose au service de la relation en soins palliatifs

Profiter de l'instant présent, voir le côté positif des choses.

Laurence Larigauderie

Infirmière depuis vingt-huit ans, je travaille depuis sept ans au sein d'une équipe mobile territoriale de soins palliatifs qui intervient sur tout un département, aussi bien à domicile qu'en institution (hôpitaux, cliniques, établissements médico-sociaux...). Les membres de cette équipe pluridisciplinaire n'ont pas vocation à pratiquer directement d'actes de soin. Ils ne se substituent donc pas à l'équipe soignante, mais ils l'épaulent par leur expertise, ainsi que dans la mise en place des thérapeutiques et des soins personnalisés. Une de leurs missions est d'écouter, d'accompagner et de soutenir patients, proches aidants, et professionnels de santé.

Au fil des années, différentes formations complémentaires sont venues enrichir mes compétences professionnelles et m'ont permis de développer ma pratique et mon savoir-être autour de l'accompagnement : relation d'aide, hypnose, systémie, formation de formateurs, éducation thérapeutique du patient (ETP), diplôme interuniversitaire (DIU) de soins palliatifs et d'accompagnement puis diplôme universitaire (DU) d'éthique soignante et hospitalière. Dans mon quotidien, chaque rencontre est singulière, et l'hypnose sous ses différentes formes est souvent utilisée. D'abord il y a le premier contact avec le patient (ou son proche), par téléphone. Quelques mots pour proposer notre

intervention, expliquer nos missions d'accompagnement, de soutien, d'appui thérapeutique, de coordination pour la mise en place d'aide. L'utilisation de la communication thérapeutique facilite ce premier contact en installant la relation de soin vers une future alliance thérapeutique.

Puis vient la rencontre, en binôme pluridisciplinaire, en général pour une évaluation globale de la situation. Il s'agit alors de faire connaissance, de recueillir des informations sur l'histoire de la maladie, l'histoire familiale du patient, les problématiques actuelles et de permettre au patient d'exprimer ses volontés concernant sa prise en charge présente et future, même si ce futur est incertain, car

pour un soutien par la psychologue ou pour une séance d'hypnose formelle au patient par une des deux infirmières de notre équipe. Lorsque cela arrive, l'objectif est d'améliorer un symptôme (douleur, anxiété, troubles du sommeil...), souvent en complément d'un traitement médical adapté. Plutôt que d'utiliser le terme d'hypnose, on emploie désormais parfois les termes de techniques d'activation de la conscience (TAC), où un souvenir d'apprentissage va permettre au patient de mobiliser ses propres ressources (Becchio et Pourchet, 2020). Très souvent il s'agira d'apporter un soulagement puis de donner les clés au patient pour qu'il puisse devenir rapidement

autonome en utilisant l'autohypnose (ou autoactivation de la conscience), chaque fois que cela lui semblera opportun. On verra d'ailleurs parfois le patient s'approprier cet outil et l'utiliser de lui-même afin

de résoudre d'autres problématiques (Larigauderie, 2017).

Par la suite, nous proposerons de rester en lien par téléphone pour un soutien psychologique et un accompagnement régulier¹, au rythme déterminé par le patient. Durant ces échanges téléphoniques, la communication thérapeutique aura de nouveau toute sa place.

Vignette clinique

Ainsi nous rencontrons Mme Denis pour la première fois à la demande de l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier où elle avait été prise en charge pendant

L'hypnose conversationnelle permet d'aider le patient à verbaliser ses besoins et à trouver ses propres ressources

souvent compromis par la maladie. L'hypnose conversationnelle permet alors, en complément de l'écoute active, d'aider le patient à verbaliser ses besoins et à trouver ses propres ressources. La relation de soin sera alors facilitée par notre capacité à accorder notre confiance au patient. Parfois, lors de notre évaluation initiale au domicile du patient, nous relevons un besoin d'écoute et de soutien. Lorsque le patient ne peut pas se déplacer, et qu'il n'y a pas d'équipe de première ligne engagée (comme un SSIAD ou une HAD), il arrive que nous proposons un accompagnement au domicile,

1. Décret d'actes et d'exercice infirmier n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique. Article R. 4311-5 (41° Aide et soutien psychologique).

quelques jours, suite à une anémie avec insuffisance rénale sur rejet d'une transplantation bipulmonaire. Elle rentre chez elle avec une oxygénothérapie, mais est encore dyspnéique, anxieuse et douloureuse. Elle souhaite rédiger ses directives anticipées. Après avoir contacté son médecin traitant pour obtenir son accord de principe, nous décidons au sein d'un *staff* réunissant tous les membres de notre équipe d'aller rencontrer cette patiente à son domicile pour une évaluation globale pluridisciplinaire en binôme médecin-infirmière, au cours de laquelle nous allons utiliser la communication thérapeutique pour faciliter le lien et favoriser l'alliance et la confiance. À l'issue de cette première rencontre, après l'avoir aidée à rédiger ses

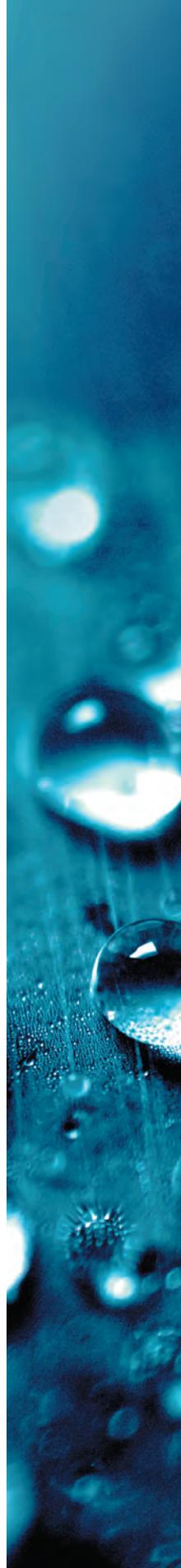
directives anticipées, nous allons faire des propositions d'adaptation de l'antalgie au médecin traitant. Puisque cette patiente ne peut pas se déplacer dans un cabinet de ville, et qu'aucun réseau existant ne peut lui proposer des séances au domicile, nous allons proposer à Mme Denis de revenir la voir pour une séance d'hypnose plus formelle avec pour objectif final de lui permettre, par l'apprentissage de l'autohypnose, d'apprendre à moduler ses douleurs en attendant que les interdoses d'antalgiques prescrits agissent. Le second objectif sera aussi de faire baisser le seuil anxieux à la fois grâce à l'hypnose, mais aussi par l'écoute active et la verbalisation du vécu de

la maladie et des craintes qui y sont rattachées.

Lors de cette deuxième rencontre, Mme Denis est très facilement en lien. Les adaptations thérapeutiques de l'antalgie sont efficaces, la patiente ressent moins de douleurs. Elle se sent néanmoins encore gênée pour respirer, ce qui majore l'anxiété, qui entraîne de nouveau plus de dyspnée, dans un cercle vicieux difficile à inverser pour elle. Nous lui expliquons en quelques mots ce qu'est l'hypnose, elle n'a pas de questions, et souhaite juste expérimenter cet outil pour se sentir encore

Garder ensuite le lien grâce à des appels téléphoniques pour un soutien psychologique

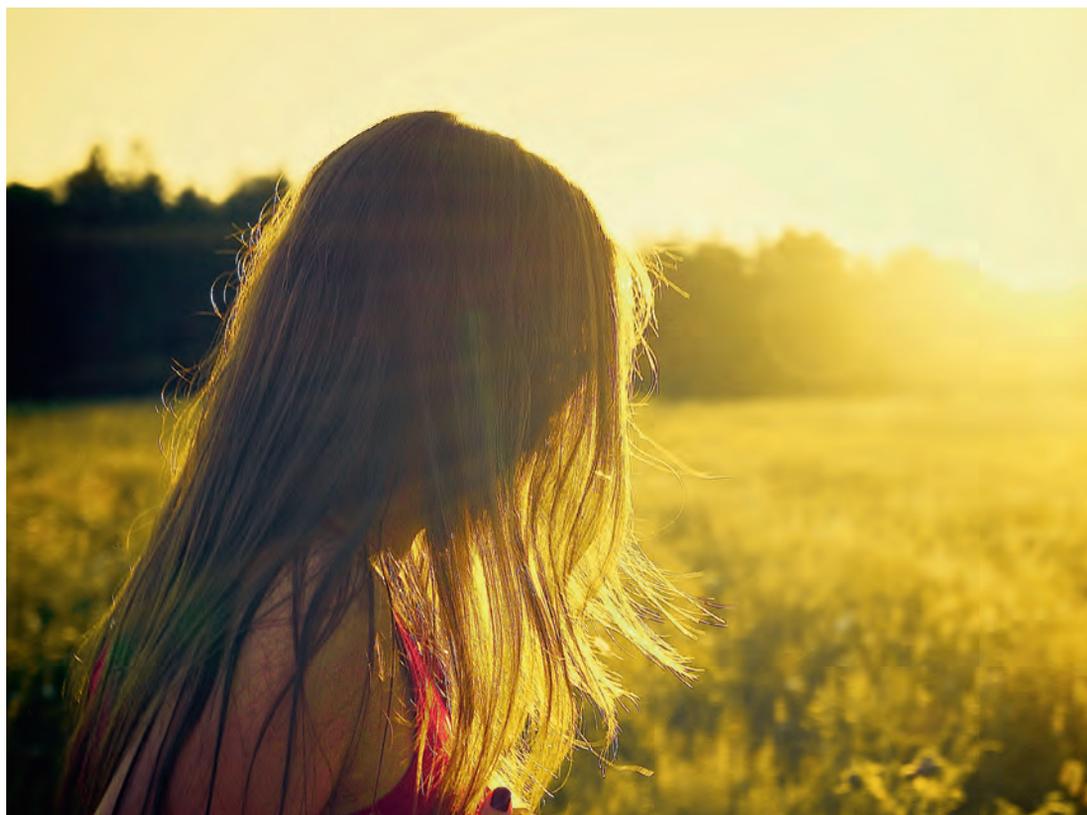
mieux. L'objectif posé par la patiente pour cette première séance d'hypnose est de « profiter de l'instant présent, favoriser l'étincelle de l'envie, voir le côté positif des choses ». Elle nous parle de ses ressources, et en particulier des paysages du sud de la France où elle a grandi et qui lui manquent. Nous lui proposons de retrouver toutes les sensations liées à ces souvenirs pour permettre l'induction d'un état d'hypnose, en lui précisant qu'elle pourra à tout moment se sentir libre d'intervenir si besoin, et qu'elle a aussi la possibilité de laisser de côté une suggestion qui ne lui serait pas utile ou qui ne lui conviendrait pas. Très rapidement, à l'évocation des paysages ensoleillés,



Mme Denis ferme les yeux spontanément, elle ébauche un léger sourire et on observe un apaisement de sa respiration. Nous lui proposons d'explorer cet endroit avec tous ses sens. Suivent quelques échanges brefs « que ressentez-vous ? » « Je me sens bien... une belle énergie, de la lumière qui m'entoure ». Nous lui suggérons alors « d'inspirer cette belle énergie pour apaiser, cicatriser, régénérer tout ce qui en a besoin à l'intérieur du corps... peut-être même, visualiser la couleur de cette belle énergie, qui circule comme la sève d'un arbre ou comme le flux et le reflux des vagues, ou encore comme le courant d'un ruisseau ». Nous laissons également du silence

et proposons de « laisser la partie inconsciente profiter de ce moment et faire les adaptations nécessaires afin de permettre l'atteinte des objectifs posés ».

En revenant dans la réalité de l'ici et du maintenant, Mme Denis explique spontanément s'être vue chez sa sœur, au milieu de la nature. Elle a senti la couleur jaune en elle, puis a ressenti ses forces se rassembler. Elle nous dit « avoir oublié son corps de souffrance ». Elle se lève alors et ressent une grande légèreté, l'oubli de son corps, et ses organes redevenus silencieux. En prescription de tâches, nous lui proposons de s'entraîner à retourner dans ce lieu qui l'apaise, dès qu'elle en ressentira le



besoin pour retrouver la sensation de corps léger.

Nous la reverrons un mois après, elle s'est bien saisie de la proposition de s'extraire de sa réalité pour aller trouver l'apaisement dans son imaginaire, souvent dans des paysages du sud de la France. Néanmoins, elle est encore gênée par des épisodes de dyspnée avec une respiration décrite comme « courte et oppressante ». C'est le cas à notre arrivée. Après un court échange, nous allons proposer une réification de cette dyspnée. Elle la compare « à un étouffement glacé et argenté qui broie tout de l'intérieur ». Elle va d'abord réussir à le réchauffer, puis à le desserrer et l'étouffement va progressivement devenir transparent puis disparaître. Ainsi, en quelques minutes, de façon très naturelle, ses poumons lui semblent redevenus libres et silencieux, la respiration est fluide. Là aussi, nous lui expliquons qu'elle pourra, seule, modifier ces sensations si elles sont de retour, en en modifiant les caractéristiques (taille, matière, chaleur, couleur, poids) comme nous venons de le faire ensemble. Elle est étonnée de découvrir que des outils aussi simples à utiliser pour elle peuvent améliorer son quotidien et donc sa qualité de vie.

La séance suivante, trois mois plus tard, permettra d'aller travailler en hypnose profonde pour soulager des démangeaisons et des inconforts cutanés liés à une poussée de psoriasis dont le traitement mis en place n'est pas encore efficace.

L'induction (type induction d'Elman) sera un peu plus longue que les précédentes séances, pour arriver à une transe profonde, détachée du prurit. Nous utiliserons quelques suggestions de mieux-être, d'apaisement, de confort cutané avec cicatrisation, apaisement, assouplissement de la peau qui se fait oublier, et l'utilisation d'une métaphore apportée par la patiente pendant l'anamnèse, d'un champ bénéficiant de la culture sur brûlis pour être ensuite plus fertile. Dès la fin de la séance, Mme Denis dit ressentir un réel apaisement cutané.

Lors de la dernière séance faite à ce jour, l'objectif posé par la patiente est de favoriser un changement profond sur sa façon de voir la vie. En effet, elle nous explique qu'elle était une personne très optimiste et qu'elle

**Quel étonnement de découvrir
que des outils aussi simples peuvent
améliorer le quotidien
et la qualité de vie !**

voyait toujours la vie du bon côté, mais que la maladie l'a éloignée de cette philosophie de vie, qu'elle souhaiterait pouvoir retrouver. L'objectif est de favoriser le changement, ou plutôt de retrouver cette faculté « à voir le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide ». Lui est alors proposé de retrouver un souvenir d'apprentissage victorieux où elle manipule un objet. Elle a beaucoup

peint dans sa vie, et retrouve le souvenir d'une séance riche où elle a eu l'impression que quelque chose se débloquent en elle, avec une meilleure maîtrise de la technique. Nous lui permettons de revivre ce moment, juste guidée par nos paroles. Cette séance sera dynamique, avec la main droite qui peint dans le vide, dans une chorégraphie ample et fluide. Nous saurons quelques semaines plus tard, lors d'un point fait par téléphone, que Mme Denis se sent mieux malgré des hospitalisations régulières liées à sa pathologie. Parallèlement à nos rencontres, elle continuera d'utiliser l'autohypnose

présent, autour de ce que nous dit et nous montre le patient tant sur le plan verbal que non verbal, et de tout ce que nous percevons de son environnement. Et, dans le même temps, nous restons également attentifs à nos réactions et à nos ressentis (la fonction de résonance de l'approche systémique).

C'est ensuite au moment de la supervision, dont nous bénéficions au sein de notre équipe pluridisciplinaire, que nous pouvons questionner et penser les enjeux de la relation de soin, sur ce qui se joue devant nous et en nous. On est alors au cœur de l'éthique du soin, soin dont l'éty-

mologie grecque (*epimeleia*) signifie « avoir le souci de soi, de l'autre » (Lombard, 2007).

Finalement, les propositions de rencontre pour une ou plusieurs séances d'hypnose formelle sont assez rares puisque les équipes mobiles de soins palliatifs ne pratiquent pas

d'actes de soin. L'hypnose est néanmoins considérée dans notre pratique comme un outil relationnel au sein de l'accompagnement du patient ou de ses proches, que nous proposons quand le patient ne peut pas

“ L'étymologie grecque du mot « soin » (*epimeleia*) signifie « avoir le souci de soi, de l'autre ». ”

lorsqu'elle en ressent le besoin. Il nous semble important de préciser que pendant un entretien, nous sommes nous-mêmes dans un état modifié de conscience, notre attention est focalisée sur l'instant

<https://urlz.fr/gDaS>



avoir accès à des professionnels libéraux (manque de mobilité, et/ou de moyens financiers).

À retenir

Au cœur de notre pratique d'infirmière, nous offrons au patient ce qui est précieux : du temps, une présence attentive, une attention à l'autre. Ce temps de rencontre, où la relation devient temps de soin, pourra

permettre au patient de se sentir mieux écouté, accompagné, informé, dans le respect de ses besoins, de ses souhaits, et de ses choix.

L'hypnose sera tout au long de cet accompagnement un outil facilitant la relation de soin, outil particulièrement éthique, car respectueux du patient et s'appuyant sur son autonomie, sur son agentivité et sur ses compétences.

Bibliographie

Becchio J, Pourchet S. Les TAC en soins palliatifs. *Revue Hypnose et thérapies brèves* Metawalk n° 59, novembre/décembre 2020.

Larigauderie L. Hypnose et soins palliatifs... ou comment redonner la main aux patients. *Médecine Palliative: Soins de Support – Accompagnement – Éthique* Volume 16, Issue 4, Septembre 2017.

Lombard J. « Aspects de la *technè*: l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », *Le Portique* [En ligne], 3-2006 | Soins et éducation (I), mis en ligne le 8 janvier 2007, consulté le 18 novembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/leportique/876>

L'utilisation de l'hypnose dans les troubles traumatiques et dissociatifs

L'hypnose est ici montrée comme un catalyseur, un moyen pour faciliter le traitement des Troubles Dissociatifs de l'Identité (TDI).

Erik de Soir, Onno van der Hart

L'hypnose n'est pas seulement un phénomène induit par un thérapeute ou un hypnotiseur de scène, mais aussi, de manière bien maline, par des auteurs d'abus sexuels et autres violences. De plus, une grande partie de l'expérience des victimes de traumatismes, en particulier celles souffrant d'un trouble dissociatif complexe tel que le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI), peut être comprise comme un état autohypnotique qui est à peine ou pas du tout reconnu par eux-mêmes et leurs soignants. La dissociation de la personnalité liée au

traumatisme peut varier en degré de complexité. Cependant, reconnaître ce phénomène et travailler avec lui, même lorsque l'induction de transe formelle n'est pas impliquée, sont essentiels pour un traitement approprié, car l'hypnose se compose des éléments dissociation, absorption et suggestibilité.

Chez des patients ayant souffert des traumatismes de l'enfance, une dissociation complexe de la personnalité peut mener au TDI, dans lequel des parties réactivées de l'enfant menacé par l'auteur sont encore complètement préoccupées et absorbées par

la menace originelle qui agit comme une suggestion post-hypnotique (maligne) avec une réactivité accrue aux signaux sociaux. Ces types de suggestions hypnotiques, ainsi que les suggestions autohypnotiques peuvent dominer à un point tel qu'elles peuvent empêcher les suggestions thérapeutiques de fonctionner.

En d'autres termes, si les patients souffrant de troubles liés à un traumatisme, y compris les troubles dissociatifs, obtiennent un score faible à un test d'hypnotisabilité, cela ne dit rien sur leur hypnotisabilité, qui est généralement élevée.

Dans cet article, le caractère dissociatif et autohypnotique des troubles traumatiques est d'abord discuté. Ensuite, l'utilisation de l'hypnose dans le traitement de clients atteints de troubles dissociatifs est discutée : un traitement par phases tel que prévu dans les lignes directrices pour le traitement du TDI de la société internationale pour l'étude du trauma et de la dissociation. L'hypnose n'est pas considérée comme un traitement à part entière, mais comme un catalyseur, un moyen pour faciliter le traitement. Faire appel à l'imagination du client y joue un rôle majeur.

Traumatisme et dissociation de la personnalité

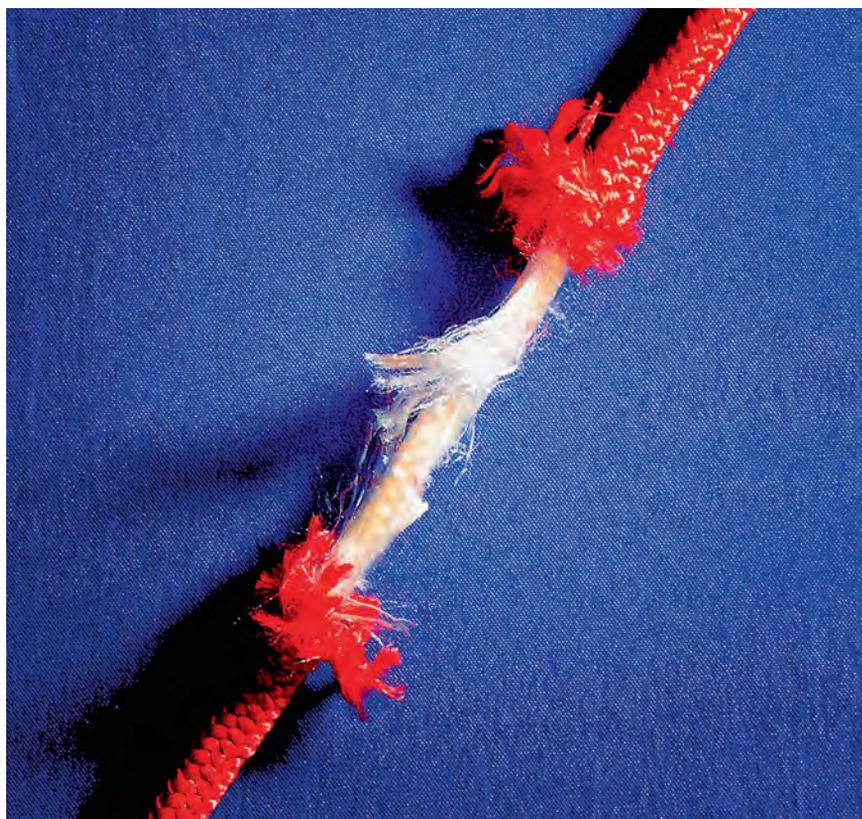
La dissociation est l'essence du traumatisme : la décomposition de la personnalité en parties dissociatives

Chez des patients ayant souffert des traumatismes de l'enfance, une dissociation complexe de la personnalité peut mener au TDI

distinctes au cours d'une expérience est extrêmement bouleversante. Par exemple, les patients traumatisés décrivent leur vécu comme « j'ai explosé », « j'ai perdu la tête » ou « ça m'a brisé ». Les auteurs de cet article avancent l'expression « point de rupture » comme une métaphore plus appropriée (pour de telles expériences) que « traumatisme », qui signifie blessure. Après tout, le « point de rupture » indique plus directement l'origine et la persistance d'une division ou d'une dissociation de la personnalité. Il fait également référence au point de vue selon lequel tous les troubles liés aux traumatismes, y compris le trouble de stress post-traumatique et certaines formes de dépression, sont de nature dissociative.

La dissociation est l'essence du traumatisme

Le psychologue militaire anglais Charles Myers a décrit en 1940 de tels points de rupture et leurs conséquences chez des soldats gravement traumatisés pendant la Première Guerre mondiale. Peu de temps après un tel point de rupture, ils étaient dans un niveau de conscience altéré dans



lequel leur attention était entièrement focalisée (absorption) sur leurs expériences traumatisantes en temps de guerre. Dans une paraphrase de la description originale de Myers, leur personnalité « normale » avait été remplacée par une « partie émotionnelle de la personnalité » (PEP) – dissociée du monde actuel et focalisée sur le trauma – alternant avec une « partie apparemment normale de la personnalité » : PANP) – dissociée du trauma et focalisée sur le monde actuel. La PEP est en permanence « en temps de traumatisme », c'est-à-dire dans un état de transe dans lequel l'expérience du point de rupture domine toujours la conscience. La PANP est active dans la vie quotidienne, mais fonctionne « à

la surface de la conscience ». Cette partie maintient les souvenirs traumatiques à distance, aussi bons ou mauvais soient-ils. L'individu en tant que PANP ne peut pas ou ne veut pas intégrer la mémoire traumatique et la PEP est donc aussi incapable de le faire. En bref, subir des points de rupture implique l'émergence et la persistance d'une dissociation de la personnalité, constituée de deux ou plusieurs parties dissociatives. Bien que le maintien de cette dissociation de la personnalité ait certainement une valeur de survie, le prix de la non-réalisation de la souffrance traumatique est qu'elle peut être réactivée encore et encore et ainsi perpétuée.

Symptômes de dissociation

La dissociation de la personnalité se manifeste par des symptômes dissociatifs, qui se différencient en symptômes négatifs (perte fonctionnelle, comme l'amnésie ou la paralysie) et en symptômes positifs (intrusions, comme les flash-back et l'audition de voix) ainsi que les symptômes somatoformes (comme l'anesthésie, les tics, ou la douleur) et des symptômes psychoformes (tels que l'amnésie et l'audition de voix). Ces symptômes peuvent aller et venir au fur et à mesure que les PANP et les PEP (réactivées) alternent. Cela peut grandement dérouter et déstabiliser non seulement la personne concernée, mais aussi les psychothérapeutes non spécialisés – avec le risque d'erreur de diagnostic et de traitement. Une comorbidité comme la dépression, les troubles alimentaires, les troubles de la personnalité peut encore compliquer le tableau clinique : les risques d'erreur de diagnostic et de traitement abondent.

Traumatisme, dissociation et (auto) hypnose

L'expérience (intérieure) du patient traumatisé est souvent en grande partie un état autohypnotique, dans lequel non seulement les PEP sont totalement ou partiellement en temps de traumatisme (dans lequel les suggestions post-hypnotiques malignes des auteurs peuvent être dominantes), mais il y a aussi une réalité intérieure semblable à la transe, une forme d'autohypnose. Ce monde de transe

a souvent un réalisme plus fort que l'orientation vers la réalité générale. Cet éloignement de la réalité qui nous entoure peut être vécu par chacun d'entre nous, volontairement (comme lors de la lecture d'un livre) ou involontairement, et n'est pas nécessairement problématique. Chez les clients traumatisés, cette distinction entre imaginaire et réalité externe peut être brouillée ou non vécue : ni dans leur monde intérieur ni dans les perceptions des PEP du monde extérieur. Ainsi, cette caractéristique peut cependant être utilisée à leur avantage en thérapie.

Traitement et utilisation de l'hypnose avec des patients dissociatifs

L'utilisation de l'hypnose peut être explicite, précédée d'une induction formelle, et en tant que telle, pour les clients positifs, favoriser l'apprentissage actif et expérientiel. Souvent, cependant, travailler avec l'hypnose, c'est-à-dire avec l'état d'autohypnose du patient traumatisé, se fait de manière implicite.

Dans les cas de dissociation primaire de la personnalité, comme le SSPT [Syndrome de Stress Post Traumatique] simple, le traitement recommandé consiste à restaurer la « partie émotionnelle » [de la] personnalité (PEP)... et à effectuer son union avec la partie « apparemment normale » de la personnalité (PANP) qui ignorait jusqu'ici les expériences impliquées. La technique du téléviseur imaginaire, conçue par Spiegel, est souvent utilisée : le patient met sur une moitié



de l'écran des images sécurisées et sur l'autre moitié des images de l'événement traumatique. Le patient peut également imaginer que le traumatisme est sur une bande-vidéo, qu'il ou elle peut à distance arrêter, rembobiner, ralentir ou accélérer, ou passer de la couleur au noir et blanc. La norme de soins psychothérapeutiques pour les troubles dissociatifs plus complexes du DSM-5, en particulier le trouble dissociatif de l'identité (TDI), ainsi que d'autres troubles complexes liés aux traumatismes tels que le TSPT complexe, est le traitement en phases décrit ci-dessous. Les phases de traitement respectives, chacune avec ses propres tâches et défis spécifiques, sont les suivantes : (1) promouvoir la sécurité, la stabilisation, la réduction des symptômes et l'acquisition de compétences ; (2) le traitement des souvenirs traumatiques (exposition) ; (3) la (ré) intégration de la personnalité et la réhabilitation.

Techniques hypnotiques en phase 1 du traitement

La plupart des clients présentant des troubles dissociatifs complexes, et donc leurs parties dissociatives distinctes, ont une capacité d'absorption dans les images mentales (absorption, imagination) très développée : une des caractéristiques de la transe hypnotique. En traitement, cette capacité peut être largement utilisée pour atteindre des objectifs thérapeutiques. La phase 1 du traitement vise principalement à renforcer le fonctionnement des PANP dans la vie quotidienne, à surmonter

leur phobie des diverses expériences intérieures qui ont un caractère de transe et dont les autres parties dissociatives sont les représentants, et à obtenir plus de contrôle sur les reviviscences, flash-back et autres symptômes dissociatifs.

Les techniques suivantes visent à renforcer temporairement, à augmenter les barrières dissociatives entre les parties dissociatives et à créer plus de distance mentale par rapport aux expériences traumatisantes.

Endroits sûrs intérieurs

Une technique hypnotique bien connue aide le patient en tant que PANP à créer des lieux intérieurs sûrs avec différentes PEP. Lorsqu'une situation menaçante particulière, telle que l'anniversaire du patient, au cours duquel l'abus sexuel « cadeau » a eu lieu, est connue, les parties affectées peuvent se retirer à l'avance dans de tels endroits. Certaines parties peuvent partager le même endroit sûr, d'autres parties ont besoin d'un endroit complètement séparé. Le thérapeute peut citer des exemples d'inspiration, comme une cabane cachée dans un arbre, une grotte sous terre, ou une île inhabitée, mais il est essentiel que le lieu imaginaire en question soit bien vécu comme sûr par la partie en question. Par exemple, une PEP très anxieuse d'un patient extrêmement traumatisé a choisi un bunker avec des murs de plusieurs mètres d'épaisseur. En plus de ces endroits sûrs, le thérapeute peut faire des suggestions supplémentaires, telles qu'un « mur intérieur insonorisé » (également à utiliser au

cas où certaines parties auraient quelque chose à discuter qui est trop menaçant pour d'autres parties).

Stockage des souvenirs traumatiques

Dans la phase de traitement 1, le thérapeute peut aider le patient à visualiser des objets dans lesquels des expériences traumatiques peuvent être stockées pendant une période de temps plus ou moins longue. Exemples : coffres-forts, boîtes en acier, bunkers, fichiers informatiques, DVD (anciennement cassettes vidéo). Parfois, une mesure de sécurité supplémentaire est appliquée, à savoir verrouiller un tel coffre-fort avec deux clés, une pour le patient et une pour le thérapeute, qui doivent ensuite se mettre d'accord sur le moment où le coffre-fort sera ouvert pour le traitement de phase 2.

Une méthode de stockage spéciale est la « métaphore vidéo ». En cela, le patient est instruit en hypnose de regarder un écran de télévision (imaginaire) et d'imaginer que les images ou les films peuvent être « pris de la tête » et montés dans une vidéo avec un appareil spécial. Le son et l'image peuvent être modifiés ou complètement supprimés. Le thérapeute donne alors au patient des suggestions pour arrêter la vidéo et utiliser une autre fonction spéciale de l'appareil pour stocker les images avec la télécommande. Il est essentiel ici que le fait de pouvoir faire fonctionner l'appareil soi-même augmente le sentiment de contrôle. L'écran vidéo

imaginaire offre également la possibilité de projeter d'autres images positives et sûres, pour ainsi dire en passant sur d'autres canaux.

Dans la phase de stabilisation, cette technique peut être utilisée d'une part pour augmenter la distance au traumatisme (aussi longtemps que les souvenirs traumatiques ne sont pas intégrés) et, d'autre part, pour augmenter la capacité d'intégration dans le présent. Dans la phase 2 du traitement, cette technique est utilisée par certains thérapeutes pour examiner petit à petit le traumatisme.

Une méthode de stockage spéciale est la « métaphore vidéo »

Suggérer un sommeil profond ou une mise en retrait temporaire

Parfois, avec le consentement du patient, le thérapeute peut suggérer qu'une ou plusieurs parties de la personnalité entreront temporairement dans un « sommeil sûr, profond et sans rêves » et s'absentent pendant un certain temps. De telles suggestions peuvent être appropriées, par exemple, lorsqu'on sait qu'un ou plusieurs PEP réagissent violemment aux prétendus « anniversaires » de certains événements traumatisants (déclencheurs liés au temps). Le thérapeute suggère que ces PEP resteront dans un sommeil profond jusqu'après le ou les jours spécifiques et ne se réveilleront pas avant d'entendre la voix du thérapeute.

De cette façon, ces parties sont protégées contre les réexpériences traumatiques et la PANP peut continuer à mieux fonctionner, comme si elle était « stockée », afin qu'elles ne revivent plus les expériences traumatiques et que la PANP puisse continuer à mieux fonctionner. Non seulement la volonté des parties concernées de le faire est essentielle, mais aussi l'assurance qu'elles seront également réveillées à nouveau. Une bonne relation de travail avec le thérapeute est une condition préalable à cela. Parfois ces parties préfèrent aller dormir dans leur lieu sûr, parfois dans un endroit différent.

Protection imaginative contre les déclencheurs du monde extérieur

Un tel exercice d'imagination peut favoriser une gestion plus adéquate des situations de vie réactivant le souvenir traumatique. Le thérapeute suggère au patient d'imaginer un magasin dans lequel il y a toutes sortes de combinaisons ou d'autres vêtements qui peuvent le protéger des situations mentionnées ; peut-être même différentes combinaisons de protection pour différentes parties. Le patient, c'est-à-dire la partie affectée, peut alors utiliser cette combinaison pour évoquer et maintenir un sentiment de sécurité, de confiance et/ou de relaxation dans diverses situations stressantes.

Les techniques suivantes visent à réduire les barrières dissociatives et à réduire la distance entre les parties dissociatives.

Techniques hypnotiques en phase 2 du traitement

La phase 2 du traitement se concentre sur l'intégration des souvenirs traumatiques : surmonter la phobie des souvenirs traumatiques. Certes, pour les patients ayant des problèmes dissociatifs plus complexes, il est utile de distinguer deux niveaux d'intégration des souvenirs traumatiques : la synthèse et la réalisation. La synthèse implique une exposition progressive et structurée des PEP(s) et des PANP(s) à un souvenir traumatique, centrée sur le partage et l'acceptation de cette expérience. En conséquence, la mémoire traumatique en tant que réexpérience se transforme en une mémoire narrative autobiographique qui synthétise les épisodes traumatiques du patient. Ce processus fait que le patient se rend de plus en plus compte qu'il a vécu les événements traumatisants, qu'ils sont désormais complètement passés, mais qu'ils ont (eu) certaines conséquences. Dans la synthèse guidée des souvenirs traumatiques, un travail contrôlé avec l'imagination est très utile, en particulier pour trouver un équilibre efficace entre l'expérience du présent et le « temps traumatique » intérieur non résolu.

La salle de réunion interne

La collaboration interne entre les parties peut être favorisée en proposant au patient de créer un lieu de rencontre imaginaire, où les parties se réunissent et négocient leurs

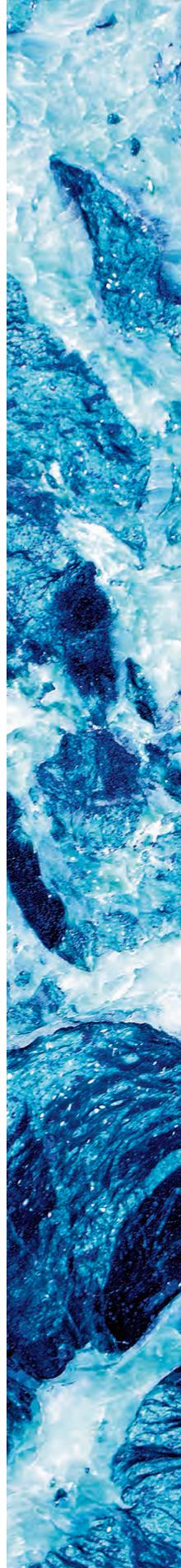
objectifs respectifs et les moyens par lesquels ils peuvent être atteints. Un simple début permet de s'accorder sur l'agenda des activités de la journée du lendemain. Les caractéristiques d'un tel lieu peuvent varier selon la personne et les parties dissociatives impliquées, mais une approche couramment utilisée est la technique de la table dissociative de Fraser. Ceci vise la représentation d'une réunion ou d'une salle de réunion dans laquelle se trouve une table avec des chaises sur lesquelles des parties peuvent s'asseoir, tandis que certains enfants peuvent se cacher sous la table et ainsi pouvoir écouter. Une partie, généralement une PANP, est désignée pour présider les réunions. L'avantage d'une application fréquente de cette approche n'est parfois pas seulement dans l'amélioration des communications internes. Il y a des patients, guidés par le thérapeute dans cette « rencontre » intérieure, qui au fil du temps, rapportent qu'ils ont également commencé à mieux fonctionner en groupe avec d'autres personnes.

Fusion temporaire de deux (jeunes) parties dissociatives

Un pas de plus est l'« union temporaire » de deux parties dissociatives d'une partie dissociative enfant qui est coincée dans une période et d'une PANP adulte, mieux capable de distinguer le présent du passé. Le thérapeute explique d'abord à l'enfant la partie et lui dit qu'une certaine situation peut ressembler au passé, mais

est en réalité différente. Ensuite, il est suggéré à cette PEP qu'elle peut voir à travers les lunettes d'un sage plus grand ou qu'elle peut « emprunter ses yeux » pendant un certain temps. La PANP peut tenir le rôle de l'enfant dans l'imagination ou le prendre sur ses genoux, ce que cet adulte PANP peut également trouver effrayant au début, craignant d'être submergé par les sentiments de l'enfance.

Lorsque la synthèse effective de la mémoire traumatique convenue a lieu, le thérapeute explique à nouveau la procédure et demande intérioritément si toutes les parties qui doivent y participer sont dans l'espace intérieur désigné. Le thérapeute vérifie également que toutes les parties qui ne devraient pas être là sont dans leur propre endroit sûr. Il peut également y avoir des parties qui veulent toujours regarder et écouter à distance, par exemple *via* un miroir sans tain imaginaire. Toutes les mesures visent la synthèse guidée de la mémoire traumatique pour éviter les re-traumatisations et les réactions dissociatives incontrôlées. Le « partage » est pris au pied de la lettre, par exemple dans la façon dont les parties impliquées le font. Par exemple, la PEP dont le souvenir traumatique est discuté peut s'asseoir sur une chaise imaginaire, tandis que les pièces d'appui qui l'entourent sont connectées et avec support. Ce partage peut alors se dérouler en rondes, entre lesquelles des moments de détente, de rapprochement et d'éventuelles concertations peuvent avoir lieu. Une suggestion hypnotique pourrait être



que pendant une ronde de partage réel, une minute de temps d'horloge est perçue comme une seconde de temps subjectif et vice versa pour les temps intermédiaires.

Lorsque la synthèse d'un souvenir traumatique en fin de séance est incomplète, le thérapeute propose des suggestions hypnotiques pour ranger ce qui reste jusqu'à la séance suivante – par exemple dans un coffre-fort. Dans tous les cas, les suggestions pour les parties concernées sont pour le repos, la récupération

et le confort qu'elles peuvent se donner. Des représentations appropriées peuvent être ajoutées, comme une promenade calme dans un environnement calme avec de nombreuses fleurs où le soleil brille très agréablement, assis ou allongé sur l'herbe à regarder passer quelques nuages paisiblement. Après cela, le thérapeute propose que les parties, reposées et bien confortables, retournent à la séance pour rentrer chez elles saines et sauvées. C'est en effet une tâche essentielle vers la fin d'une séance



dans laquelle l'hypnose a été utilisée, intentionnellement ou non, pour aider le client à être suffisamment présent dans ce qu'on appelle l'état de veille, l'état dans lequel il fonctionne clairement comme une PANP. Après tout, il peut être dangereux que le patient rentre chez lui alors qu'il n'est pas suffisamment orienté vers la réalité extérieure.

Techniques hypnotiques en phase 3

Une partie essentielle de la troisième étape du traitement, l'intégration de la personnalité et la réhabilitation, implique la fusion des parties dissociatives. Cela peut être un processus d'intégration de plusieurs années qui, s'il est fait correctement, aboutit à l'unification de la personnalité. Certaines parties fusionnent spontanément du fait de la synthèse de leur mémoire traumatique. Par exemple, d'autres parties ont besoin de plus de temps pour partager leur historique respectif et les fonctions associées et autres caractéristiques. Lorsque le moment est venu de fusionner, les rituels de fusion peuvent être très utiles à l'imagination. Les exemples incluent : des parties dansant et s'embrassant ensemble, des ruisseaux d'eau ne faisant plus qu'un. Si le thérapeute en parle, c'est pour inciter le patient à faire appel à sa propre imagination.

La phase de traitement 3 comprend également l'énorme travail de deuil, notamment pour le fait que le patient a terriblement souffert de la part de ses parents, mais aussi toutes les

pertes et les difficultés que cela a entraîné. Parfois, il convient d'effectuer un rituel d'adieu imaginaire, dans lequel le patient en transe s'imagine dire au(x) parent(s) tout ce qui le dérange encore et ce qui doit lui être rendu. Parfois, l'adieu peut également prendre la forme d'une lettre d'adieu (généralement à ne pas envoyer) dont le patient décide quoi faire, au fil du temps.

Quoi qu'il en soit, la phase 3 consiste à surmonter un certain nombre de phobies qui entravent la vie normale et le développement personnel. Dans un état hypnotique, les patients peuvent imaginer, par exemple sur un écran de télévision ou une scène imaginaire, comment ils aimeraient se comporter de diverses manières, y compris dans les relations intimes et face à des personnes exigeantes. Après s'être vus ainsi engagés à l'écran, ils peuvent imaginer entrer dans la télévision ou sur scène et s'unir à leur idéal.

Conclusion

Les techniques hypnotiques sont des procédures bien connues qui devraient faire partie du répertoire standard de tous les thérapeutes qui travaillent avec des patients atteints de troubles dissociatifs complexes ainsi que d'autres troubles complexes liés à un traumatisme qui peuvent également être de nature dissociative. Ces techniques sont présentées dans cet article comme des interventions uniques, mais dans la pratique clinique réelle, elles sont souvent utilisées en combinaison. Afin de travailler efficacement avec ces techniques, le

thérapeute doit comprendre la structure dissociative de la personnalité du client. La manière la plus appropriée d'appliquer ces techniques est de les individualiser en fonction des besoins et des caractéristiques du client, qui est aidé à créer son imagerie unique. Tous les exemples que le thérapeute présente au client sont des sources d'inspiration.

Des techniques souvent utilisées en combinaison

Il est à noter qu'il n'existe pas de données empiriques pour l'utilisation de l'imagerie dans les trois

phases de traitement. Ceci devrait être contextualisé, cependant, en comprenant qu'il existe peu d'études de traitement concernant les troubles dissociatifs complexes, même si une recherche importante est en cours. De plus, la durée du traitement et la complexité des variables impliquées rendront très difficile l'étude de l'apport individuel des travaux d'imagerie guidée. Malgré ce manque de données empiriques, il est difficile d'imaginer comment une thérapie avec des clients atteints de troubles dissociatifs complexes pourrait se dérouler sans utiliser au moins certaines des techniques décrites ici.

Bibliographie

- Cardeña E, Maldonado J, Van der Hart O, Spiegel D. Hypnosis [Treatment guidelines]. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. Friedman & J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD*, 2nd rev. ed. (pp. 592-596). Guilford; 2009b)
- Fraser G. A. Fraser's "Dissociative Table Technique" revisited, revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(4), 2003; 5-28.
- Kluft R. P. Hypnosis in the treatment of dissociative identity disorder and allied states: An overview and case study. *South African Journal of Psychology*, 42(2), 2012; 146-155.
- Spiegel H, Spiegel D. *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*, 2^e druk. American Psychiatric Press; 2004.
- Van der Hart O. The use of imagery in phase 1 treatment of clients with complex dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 2012; 8458 –<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.8458>
- Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. *Le soi hanté. Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. De Boeck Supérieur; 2017.
- Van der Hart O, Steele K, Nijenhuis ERS, De Soir E. Le traitement des souvenirs traumatiques selon le modèle de la dissociation structurelle de la personnalité. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 9 (2), 2009; 81-92.

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

**À découvrir
dans le**

**NUMÉRO
19**

**PARUTION :
AVRIL 2022**



SOMMAIRE

ATELIERS PRATIQUES • Hypnose et maladie de Parkinson • Script hypnotique - un deux-feuilles hypnotique • La réification, un outil pour diminuer la douleur et améliorer la mobilité articulaire en kinésithérapie

CLINIQUES • Protocole d'une Intervention hypnotique pour douleur, détresse et démangeaisons chez les enfants souffrant de brûlures aiguës • Troubles du comportement alimentaire

ÉCHOS DE LA SCIENCE

DOSSIER MÉDITATION ET HYPNOSE • Hypnose et Pleine conscience • Hypnose et méditation

OUVERTURES • Accueillir l'intranquille, l'indicible • Hypnose et gynécologie obstétrique

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

AUTOSUGGESTION ET SUGGESTION PAR OMISSION

Jean-Claude Lavaud

DE QUELLE COULEUR ÊTES-VOUS, MAINTENANT ?

Isabelle Federspiel

SORTIR DE L'IMPASSE

Arnaud Gouchet

L'AUTOHYPNOSE À LA RESCOURSSE DE LA RÉÉDUCATION DES SENS CHIMIQUES !

Sophie Thiroux Ponnou

SUIVI HYPNOTHÉRAPEUTIQUE EN LANGUE DES SIGNES FRANÇAISE (LSF)

Bénédicte Gourdon

SCRIPT HYPNOTIQUE D'UN GRAND BOL D'AIR

Kevin Groguenin

CLINIQUES

L'HYPNOSE AU SERVICE DE LA RELATION EN SOINS PALLIATIFS

Laurence Larigauderie

LE FRISBEE ÉCRIT OU COMMENT SOIGNER À DISTANCE

Bogdan Pavlović

INFARCTUS DU MYOCARDE INAUGURAL : COMMENT L'HYPNOSE RELANCE L'EXISTENCE

Sophie Leymarie

ÉCHOS DE LA SCIENCE

Induction hypnotique aux suggestions d'hypnoanalgésie • L'hypnose médicale, une alternative valide à la sédation médicamenteuse et à l'anesthésie générale

• Le GPS cérébral et la mémoire • L'hypnose associée à la technologie de réalité virtuelle immersive 3D dans la gestion de la douleur : une revue de la littérature • L'hypnose, un avantage sur la douleur, l'anxiété, les compétences adaptatives, le sommeil et la dépression.

DOSSIER • LA DISSOCIATION

KÉTAMINE MON AMOUR, JE TE DÉTESTE

Isabelle Federspiel

LA DISSOCIATION EST-ELLE NÉCESSAIREMENT PATHOLOGIQUE ?

Antoine Bioy et Marie Collinet

L'UTILISATION DE L'HYPNOSE DANS LES TROUBLES TRAUMATIQUES ET DISSOCIATIFS

Erik de Soir, Onno van der Hart

OUVERTURES

LA MINDFULNESS : OUTIL D'EXCEPTION AU SERVICE DE L'HYPNOPRATICIEN

Emmanuelle Caudron

CHANTER LES LOUANGES : MES RENCONTRES AVEC ERNEST HILGARD

Stephen Gilligan

DE WILLIAM JAMES À MILTON ERICKSON. PRENDRE SOIN DE LA CONSCIENCE HUMAINE

Interview d'Armelle Touyarot

MALICE ET LÉGÈRETÉ : POLITIQUEMENT INCORRECT

Emmanuel Pasquier

ABÉCÉDAIRE

D/BÉCÉDAIRE : DISSOCIATION

Gérard Ostermann

978-2-10-063365-4
NUART 8571566



DUNOD
une page d'avance