

**L'HYPNOSE** comme élément catalyseur dans les psychothérapies

**Dr Jean-Dominique Vuillermet**



**Conférence :**

# **L'hypnose Médicale**

**Pour patients suivis en Chimiothérapie Oncologie**

**Clinique Bizet 25/10/2018**

## **Comment L'hypnose permet de se relaxer.**

Il existe plusieurs méthodes de relaxation profonde, adaptées aux différents types de personnalités. Et souvent ceux qui ont des difficultés à se relaxer, sont agréablement surpris, après des séances d'hypnothérapie, de découvrir comment ils peuvent facilement et rapidement se relaxer.

Pendant une séance d'hypnothérapie vous ne dormez pas. Cela s'apparente au sommeil, mais en réalité vous êtes dans une profonde relaxation, tout en restant éveillé. Cela peut ressembler un peu à « un rêve éveillé dirigé », comme lorsque vous fermez les yeux pour vous laisser imaginer vos pensées.

## **Comment se sent-on sous hypnose?**

On continue de percevoir et d'entendre tout ce qui se passe autour de soi, vous êtes alors parfaitement attentif et conscient de votre état de vigilance paradoxale. Vous contrôlez vos

réactions, vos émotions ; ainsi votre moi et votre volonté sont plus éveillés, tout en étant profondément relaxé.

Sans l'accord du sujet, l'hypnose ne peut se produire.

En hypnose, le sujet est volontaire et actif tout au long de la séance. Un sujet ne peut entrer en hypnose que s'il le souhaite, son accord est fondamental.

En hypnose, vous maîtrisez plus facilement, Vous êtes conscient et votre libre-arbitre est toujours actif. Vous pouvez à tout moment interrompre vous-même la séance.

Absolument rien ne peut se faire contre votre volonté.

Immédiatement après la séance d'hypnose, lors de la séance de débriefing vous souviendrez parfaitement de ce qui a été dit puisque vous étiez en hypnose et actif. C'est votre inconscient qui se souviendra de ce qui a été dit, vécu et ressenti et vous le restituera à votre gré, d'une manière préconsciente. Ce processus constitue l'efficacité de l'hypnose.



## Indication de l'hypnose

**L'hypnose est une technique parmi d'autres, efficace et rapide ; Aucun effet secondaire et pas d'accoutumance. L'hypnose peut traiter, aider, soulager, améliorer de nombreuses problématiques, émotions, souffrances, comme :**

- L'anxiété
- Les angoisses
- Le Stress
- Les attaques paniques
- Les troubles du sommeil,

- Les douleurs et douleurs chroniques, douleurs rebelles (hypnoalgésie),
- Application de l'hypnose en cancérologie uniquement pour la douleur, contrôle des effets secondaires de la chimiothérapie
- les brûlures, les nausées
- Les dépressions
- La confiance en soi, l'estime de soi, dans les domaines sociaux, amicaux, amoureux, professionnels
- phobies : peur de l'avion, peur des araignées, agoraphobie, peur de l'expression en public, peur de prendre l'ascenseur...
- Troubles du comportement alimentaire Anorexie, boulimie, perte d'appétit, perte de poids
- Le mal de vivre
- Les acouphènes
- L'arrêt du tabac
- L'énurésie, l'encoprésie
- Céphalées - migraines
- Trouble de la mémoire et de la concentration
- Troubles de l'élocution : bégaiement...
- Troubles sexuelles Ejaculation précoce, dyspareunie, vaginisme, impuissance, frigidité
- Traumatismes Syndromes post-traumatiques : viols, harcèlement sexuel, Harcèlement professionnel, prise d'otages, accident de voiture, d'avion
- Troubles psychosomatiques : dyspnées fonctionnelles
- Asthme

- Hypertension artérielle
- La projection dans l'avenir : réorientation professionnelle...
- Préparation aux examens et concours
- Athlète de haut niveau, étudiants
- Troubles obsessionnels
- Certains troubles du comportement comme : les Troubles Obsessionnels Compulsifs, d'autres troubles comportementaux comme se ronger les ongles, s'arracher les cheveux ou les sourcils
- Application de l'hypnose en cardiologie pour les angoisses et les attaques paniques.
- Application à la cardiologie Tachycardie paroxystique, attaque panique
- Utilisation de l'hypnose pour les femmes pendant la grossesse, préparation à L'accouchement, pendant l'accouchement
- Troubles allergiques
- Certaines dermatoses,
- Les verrues, psoriasis, eczémas, Zona
- Addictions syndromes de dépendance (alcoolisme, drogues, tabagisme)

### Qu'est-ce que l'hypnose et l'hypnothérapie ?

L'**Hypnothérapie** est une relaxation thérapeutique en état de conscience modifiée.

L'**hypnose**, c'est un état de vigilance paradoxale. Le sujet est toujours conscient, mais à un niveau de conscience inférieure à la conscience présente ce qui permet d'être concentré, attentif à soi même, de mieux percevoir, d'entrer à l'intérieur de soi.

L'hypnose est un élément catalyseur dans les psychothérapies et permet ainsi un lâcher prise.

Par exemple, lorsque vous êtes dans le train et que vous lisez un livre, vous êtes à la fois attentif au texte que vous lisez et conscient du paysage qui défile sous vos yeux.

Lorsque vous conduisez votre voiture et que vous conversez avec votre passager, vous êtes à la fois présent dans la conversation et conscient du chemin à prendre ou des actes de conduite à tenir. Ainsi vous êtes déjà en **hypnose**, c'est-à-dire en état de conscience modifiée.

**L'hypnose** est un processus naturel chez l'animal et l'humain.

**L'hypnothérapie** utilise l'imagination qui génère des émotions que l'inconscient enregistre, le sujet enregistre des émotions générées par des « visualisations » et des « suggestions positives » pour traiter les problèmes.

Ces suggestions positives sont définies avec **l'hypnothérapeute** avant l'induction de l'état hypnotique du sujet.

Ces suggestions positives portent exclusivement sur **des notions positives** à même **de faciliter et faire progresser le sujet** dans l'estime de soi et dans l'abandon de ses mauvaises habitudes ou de ses conditionnements négatifs.

Une définition de **l'hypnose** : une profonde **relaxation en état de vigilance paradoxale** qui facilite et potentialise les idées positives, celles-ci atteignent ainsi plus aisément l'inconscient du sujet.

**En hypnose** c'est l'inconscient du sujet qui prend en charge le conscient.

L'hypnothérapeute n'est qu'un passeur, un médiateur qui facilite le dialogue interne du sujet.

**La confiance** et l'esprit de collaboration du thérapeute et le transfert peuvent avoir une influence positive sur l'implication du sujet.

L'hypnose est toujours présente dans toutes les cures psychanalytiques, même s'il elle n'est pas exprimée de façon explicite.

L'hypnose contribue à l'émergence de la pensée. L'hypnose sans suggestion, une modalité qui catalyse les psychothérapies. L'hypnose permet de lever la barrière des défenses et de relâcher le flux associatif, fantasmatique au-dedans. Relâcher les défenses par l'induction, la

confusion. La « perceptude » dans la vie quotidienne, la vigilance renonce à ses intentions. Perdre son intention sur les défenses, avec l'induction, on trompe les défenses.

## Histoire de l'hypnose

Les sumériens en Mésopotamie, utilisèrent cette technique 6000 ans avant JC. En 1972 Un historien archéologue De Muses trouve une stèle représentant un médecin soignant par l'hypnose un patient 3000 ans avant JC, époque de Ramsès II. En Asie elle est utilisée pour les douleurs. Les grands prêtres à Jérusalem soignaient par hypnose 42 maladies dont les troubles de la vision trouble du fonctionnement de la rhodopsine (sensibilité et adaptation de l'œil à la lumière).

L'hypnose était pratiquée dans la Grèce antique et en Egypte pour prédire l'avenir, comme par les druides et les romains.

Dans le chamanisme le concept de « souffle vital » ou de rayonnement d'énergie prenait berceau dans toutes les médecines et toutes les alchimies.



**Paracelse** né Philipus Aurcolus Bombastus von Hohenheim en **1493-1541** en Suisse, médecin et alchimiste s'intéresse au magnétisme à ce qui allait devenir l'hypnose.



Mais c'est à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle que l'hypnose apparaît en tant que formulation scientifique avec un médecin souabe **Frantz Anton Mesmer**, médecin de la reine Marie Antoinette sous Louis XVI propose une théorie scientifique de la transe avec le magnétisme animal- Thèse de médecine en **1776**

- De inflexu planetarum in corpus humanum-, le thème est une réflexion concernant l'action des planètes sur le corps humain. Il s'agit d'un fluide animé par des aimants minéraux. Un fluide invisible rayonnait dans l'univers et certaines maladies étaient dues à un déséquilibre de ce fluide dans l'organisme. Pour Mesmer le corps humain, à l'image de l'univers, était imprégné d'un fluide magnétique invisible sur lequel il était possible d'agir. Avec son baquet,

une sorte de condensateur de fluide qui se présente comme une cuve ouverte ressemblant étrangement à la pile de volta (un exemplaire se trouve à Lyon au musée de la médecine), il magnétisait les personnes qui rentraient dans des crises convulsives.

De ce baquet sortaient des tiges métalliques avec de l'eau et des limailles de fer, du verre pilé, destinées à transmettre le « fluide » universel. On peut rapprocher le fluide magnétique de la théorie chinoise du Qi et des philosophies indiennes du Prana diffusées à l'époque en Europe. Durant des séances collectives, il organisait avec ce fluide des passes magnétiques. Suite à une commission du roi Lavoisier, Franklin, Bailly et Guillotin conclurent à l'inexistence du fluide et évoquèrent le pouvoir de l'imagination, des attentes des sujets, de l'imitation et des émotions.



Le marquis **de Puységur Armand Marie Jacques De Chastenet (1751-1825)** s'intéressa aux travaux de Mesmer et développa le somnambulisme en magnétisant son valet Victor Race.

Il constate que ce paysan tombe dans un état différent du sommeil.

Il découvre la puissance de la relation qui fait de lui le premier psychothérapeute.

Ce comportement, il l'analyse comme une transe associée à l'hypnose. En 1784 il nomme ce phénomène sommeil magnétique ou somnambulisme provoqué.

Le modèle de la crise de Mesmer est abandonné avec une action fondée sur le dialogue verbal et le magnétiseur est en position d'écoute par rapport au malade. Le marquis de Puységur est à l'origine d'une métamorphose du modèle magnétique : il enlève la transe des convulsions au profit d'un modèle du type sommeil actif et met l'accent sur la relation et le discours des patients.

**En 1811 José CUSTODIO DE FARIA** professeur de philosophie ouvre un cours à Paris sur le somnambulisme. Pour désigner les personnes atteignant la lucidité il parle d'« éoptes », et de concentrateurs à la place des magnétiseurs. Il décrit le processus de dissociation, d'amnésie et d'analgésie. Il utilisa une nouvelle induction à placer sa main à une certaine distance du patient afin qu'il fixe du regard, puis à rapprocher cette main en touchant presque ses yeux tout en suggérant de se concentrer sur l'idée de sommeil qu'il nomme alors sommeil lucide.

Il pense que le sommeil magnétique ne dépend pas du sujet mais du magnétiseur. Il théorise ainsi les suggestions post-hypnotiques en 1787, sans encore parler d'hypnose.



**James BRAID 1795-1860** médecin écossais, généraliste et chirurgien à Manchester fut initié à l'hypnose par Lafontaine. Il nomme ce phénomène hypnotisme dérivé du grec hupnos et accorde une grande importance au rôle des facteurs psychologiques. Fixation prolongée des yeux sur un objet brillant situé légèrement au dessus de la ligne des yeux.

A cette époque de nombreux médecins utilisent l'hypnose comme méthode anesthésique ou analgésique : John Ellioston et l'écossais James Esdaile. Pour James BRAID l'hypnose est plus un savoir qu'un pouvoir. Il utilise l'hypnose comme thérapeutique de suggestion et pratique des interventions chirurgicales sous analgésie hypnotique. Braid n'a pas inventé ce terme, il est dû au Baron Hénin de Cuvilliers, et qui déjà en 1819 assimilait « l'hypnotisme » à un sommeil nerveux. En considérant l'hypnose comme un état neurologique particulier, il remet en cause la conception de l'hypnose proposée par Puységur et décrit trois niveaux distincts : l'état cataleptique, l'état léthargique et l'état de somnambulisme. Il est le précurseur des théories de Janet et Charcot.

Aux USA, l'hypnose prend une de ses sources par le marquis **de Lafayette** qui enseigne celle-ci à **Georges Washington**. En mai 1784, Gilbert du Motier de La Fayette écrit une lettre enthousiaste à propos des travaux de Mesmer à George Washington. Lafayette écrit : « Un docteur allemand nommé Mesmer, ayant fait la plus grande découverte sur le magnétisme animal, a formé des élèves, parmi lesquels votre humble serviteur est appelé l'un des plus enthousiastes ».



Dans les années **1880** **Martin Charcot** réhabilite les travaux de James Braid à la SALPETRIERE avec les hystériques, assisté de Pierre Janet qui fera sa thèse sur la désagrégation mentale l'automatisme mental c'est dire la dissociation psychique.

Pour Charcot l'hypnose correspondait à un état neuropathologique et que la transe comportait trois phases : la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme.

Il expérimente l'hypnose avec des patientes hystériques et démontre qu'il pouvait supprimer les symptômes de conversion par une suggestion post hypnotique ; Freud a 29 ans, il assiste aux présentations cliniques de Charcot et il est le traducteur officiel de Charcot.





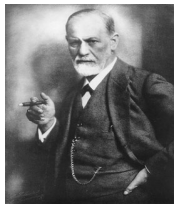
A l'école de Nancy, **Auguste Liébault** (1823-194) et **Hyppolyte Berheim** considèrent l'hypnose comme un produit normal de la suggestion critiquant ainsi les travaux de Charcot.



### Émile COUÉ (1857-1926)

Il s'intéresse au rôle de la suggestion verbale dans le domaine médical. Il s'intéresse à la place prépondérante de l'imagination dans le processus de guérison, appelée aujourd'hui l'effet placebo.

Il développe l'autosuggestion consciente, basée sur la présence de l'imagination sur la volonté, influencée par la suggestion.



### Sigmund FREUD (1856-1939)

Pour Freud, l'hypnose est un outil permettant de retrouver des souvenirs oubliés. La reviviscence de souvenirs traumatiques sous hypnose a un puissant effet cathartique. L'hypnose lui a permis de découvrir la notion de

l'inconscient emprunté à Charcot et Janet. Avec l'avènement de la psychanalyse, l'hypnose connut un déclin. L'hypnose contemporaine est très loin de celle qui se pratiquait du temps de Freud. Il découvre l'inconscient et développe la psychanalyse ; il ne cessera jamais la pratique de l'hypnose même s'il écrit en 1923 qu'il renonce à cette pratique ; en effet il loge et nourrit Frantz Polgar pendant six mois. C'est un hypnotiseur de foire. Il assistera aux consultations, ainsi qu'à l'école de médecine.

En réalité FREUD maîtrise mal cette technique et restait surtout soucieux de développer le concept de transfert et de contre transfert. Freud suivra aussi les enseignements de l'école de Nancy. « **Il faut allier l'or pur du transfert au cuivre de l'hypnose** ». Freud a écrit douze articles sur l'hypnose. Il reprend les travaux de Ferenczi sur l'hypnose.

L'analgésie hypnotique est utilisée en obstétrique. Dès 1831 **Husson** signalait que cela pouvait modérer les douleurs de l'accouchement.



En Russie **Pavlov** prix Nobel de la paix s'intéresse à l'hypnose et développe cette pratique avec Becterv et Platonov. ; MOL en Allemagne, Florel et Dubois en Suisse. Ivan Petrovic Pavlov, prix Nobel, étudie l'hypnose (1883), s'inspire des travaux d'A.A.Tokarski, cours d'hypnose et de psychologie physiologique à l'université de Moscou. L'hypnose occupe une grande place dans ses études sur le réflexe conditionné. Il élabore une théorie neurophysiologique de l'hypnose. L'hypnose est, pour lui, un état physiologique différent de l'état de sommeil et de veille. Ses applications se trouvent dans les cures de sommeil et la technique de l'accouchement sans douleur.

Il interprète l'hypnose comme un état intermédiaire entre le sommeil et la veille en phase d'inhibition du système nerveux accompagnée de l'inhibition partielle du cortex avec l'excitation de certains foyers du cerveau permettant l'établissement du rapport avec l'hypnotiseur.

La suggestion représente une excitation concentrée d'un foyer du cortex sur le fond de l'inhibition d'autres zones de celui-ci.

La théorie de Pavlov se trouve à la base de l'école d'hypnothérapie russe. Pour Pavlov c'est une « inhibition partielle n'occupant qu'un foyer déterminé, alors que la plupart des points restent en pleine activité ». Il va redonner à l'hypnotisme droit de cité dans la médecine scientifique et le faire sortir définitivement du domaine de l'imagination et du spectacle de la magie. À Kiev (Ukraine), les femmes étaient préparées à l'accouchement par des séances d'hypnose collective (Vigdorovitch, 1938 ; Syrkin, 1950).

En Allemagne **1884-1970 J. H. Schultz** psychanalyste élève de Freud et Oskar Vogt (celui-ci découvre l'autohypnose) développent le training autogène méthode de relaxation hypnotique. En 1932 Schultz articule l'hypnose et les concepts psychanalytiques. Méthode de relaxation diffusée en psychiatrie et en médecine.



Puis **M.H. Erikson 1901-1980** élève de **Hull** aux Etats Unis lance une recherche sur l'hypnose communicationnelle.

Hull se rapproche de la loi idéo-dynamique de Bernheim, selon laquelle, dans certaines conditions, l'idée peut se transformer en mouvement ou en acte.

L'hypnose est une activité mentale normale.

Milton Erikson (1901-1980) définit l'hypnothérapeute comme un catalyseur de l'inconscient. L'hypnose depuis les années 1970 se développe en psychiatrie, en oncologie, en chirurgie, en anesthésiologie, en psychothérapie, en immunologie.

Enfin, rappelons que **Pierre Janet (1859-1947)** médecin, psychologue et philosophe, titulaire de la chaire de psychologie au collège de France développera la théorie de la dissociation a donné à la transe hypnotique une base théorique (non reconnue par Freud) : la théorie de la « dissociation » est reconsidéré dans les années 1970 en Amérique par **Ernest Hilgard** et nommée théorie de la « néo-dissociation ». P. Janet écrivait déjà : « Quand la mode aura fait son tour, elle ramènera les traitements par suggestion hypnotique, comme elle ramènera les chapeaux de nos mères<sup>1</sup> ». Il est à l'origine d'une thèse : L'automatisme psychologique (1889), où il développe les phénomènes hypnotiques par la désagrégation<sup>2</sup> mentale ou dissociation.

Cette véritable réflexion sur la part inconsciente du fonctionnement humain n'est pas sans rappeler la notion d'inconscient de Freud. Les sensations sont rattachées à la conscience de soi. Dissocier, c'est isoler, perdre l'accès à un ensemble de sensations, à un ensemble de contenus mentaux.

L'hypnose est une manifestation psycho-physiologique naturelle de la conscience en état de veille, survenant spontanément à certains moments, probablement d'acquisition phylogénétique ancienne.

En effet, de nombreuses espèces parmi les mammifères présentent des phénomènes de conscience assez comparable. Il s'agit par exemple de la sidération d'une proie par le chien d'arrêt, d'une poule par un prédateur, ou encore du sanglier qui tombe – au sens propre – en catalepsie dans certaines circonstances.

Le mot hypnose est malheureusement devenu au fil du temps inducteur d'une fausse représentation du phénomène, liée à l'utilisation de la suggestion associée à l'hypnose dans certains spectacles. Il ne s'agit d'un état de somnolence qu'en apparence. C'est en fait un état d'hyperactivité corticale, authentifié en imagerie médicale grâce à l'utilisation d'une caméra à positrons.

---

<sup>1</sup>Janet P., *Les Médications psychologiques*, t.1. Paris : Alcan, 1919, p.137.

<sup>2</sup>Après P. Janet, on parle de « dissociation ».

Sur le plan psychologique, l'hypnose présente un ensemble de caractéristiques communes avec les états de transe : le sujet semble absent par rapport à son environnement, voire absent de son corps, quoique éminemment présent à lui-même, d'où l'hypothèse qu'il s'agit d'un état de conscience élargie ou amplifiée.

Alors que les états de transe légère sont communs et de survenue spontanée, les états les plus profonds ne surviennent qu'à l'occasion de moments particuliers : choc affectif ; sidération, recherche d'état de modification profonde, technique d'induction spécifique...

Il faut distinguer le dénominateur commun de toute transe, l'état psychophysiologique en soi, d'un rituel plus ou moins spectaculaire, correspondant à un objectif opératif précis, réduit d'ailleurs à sa plus simple expression dans le contexte de l'hypnothérapie.

De même il n'existe pas, au sens psychophysiologique, différentes formes d'hypnose. Qu'il s'agisse d'hypnose nouvelle ou ancienne, d'état sophronique, d'hypnose conversationnelle selon la technique d'induction de Milton Erickson (1901-1980) ou encore d'EMDR<sup>3</sup>, appellation récente d'une technique en vogue au XIX<sup>e</sup> siècle nommé *phosphénisme*<sup>4</sup>, le dénominateur commun de l'état de transe hypnotique est toujours identique : il repose sur un effet de dissociation.

Enfin, un second achèvement naît des travaux de Hilgard<sup>5</sup> et de l'école de Palo Alto avec Milton Erickson, qui inaugure, dans la thérapie brève, des techniques conversationnelles.

De façon sommaire, nous pouvons considérer qu'il existe différentes voies d'utilisation de l'hypnose : la transe hypnotique est l'outil mis en œuvre dans des contextes aussi différents que le traitement de la douleur (hypnoalgésie) ; les psychothérapies comportementales et cognitives ; les thérapies d'inspiration analytique (hypnoanalyse, relaxation analytique, l'imagination active jungienne) ; les thérapies brèves (thérapie éricksonienne, systémique).

L'originalité de l'utilisation de l'hypnose dans ces contextes très différents réside dans cette capacité très curieuse qui naît chez le patient en auto transe (transe encouragée par le

---

<sup>3</sup> Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*, New York: Guilford Press, 2001.

<sup>4</sup> Le phosphénisme agit sur la sphère cérébrale mais pour accroître les facultés intellectuelles.

<sup>5</sup> Hilgard E.R., *the Experience of Hypnosis. A shorter version of Hypnotic Susceptibility*. San Diego, New York, Londres: Harvest Books/Harcourt, Brace & World, 1965.

thérapeute mais relayée par le désir du patient) de mobiliser un ensemble de ressources non mobilisées et ou non mobilisables en temps ordinaire.

Dans le cadre des psychothérapies, l'hypnose autorise par exemple un revécu de scènes traumatiques ou de souvenirs variés, par opposition à l'habituelle narration. La mobilisation conjointe des affects et des souvenirs autorise, semble-t-il, sans abréaction, une véritable réorganisation psychique au décours de la séance.

La mobilisation psychique obtenue se poursuit en général les jours qui suivent et opère des remaniements psychiques sur un plus long terme. La conscience élargie que possède alors le sujet favorise l'accès à certaines ressources psychiques existantes, d'ordinaire bien que peu actif. Le non ou pas encore représenté, voire le non-représentable, se manifeste sous forme d'un langage du corps, de représentations cœnesthésiques ou par le biais de mise en mouvement du corps fantasmatique ou par la métaphorisation sous formes de rêves éveillés<sup>6</sup>. Le psychisme peut aussi déclencher un ensemble de réactions physico-chimiques de nature à modifier l'état corporel, de façon passagère comme dans l'hypno-analgésie ou plus durable dans le traitement d'affection comme l'asthme ; l'hypertension essentielle, le zona (douleurs post-zostériennes), l'eczéma.

Si les techniques d'imagerie récentes telles que le PET scan (Positron Emission Tomography, tomographie par émission de positrons [TEP]) permettent de visualiser la réalité d'un fonctionnement cérébral particulier à l'hypnose la nature profonde des modifications obtenues restent actuellement inconnue. L'hypnose nous place devant des phénomènes de guérisons certaines, et cela en Europe depuis Mesmer et Puységur.

Aux États-Unis **Lewis R. Wolberg** (1905-1988) pratique l'hypnoanalyse. Le docteur L.R. Wolberg est psychanalyste, fondateur, doyen et directeur médical jusqu'en 1970, puis ancien président du Postgraduate Center for Mental Health de troisième cycle (New York) de 1970 à 1986. Ce centre de santé mentale a été fondé en 1945 par le docteur Wolberg et sa femme, Arlene R. Wolberg pour aider des vétérans de la Seconde Guerre mondiale. R. L. Wolberg a exercé en consultation externe et dans des services de malades hospitalisés, la formation de résidents et des services médicaux communautaires. Il est né à Odessa, en Ukraine, et a terminé ses études à l'Université de Rochester (NY). Il a été formé au New York

---

<sup>6</sup> Desoille R., *Le Rêve éveillé en psychothérapie*. Paris : PUF, 1945. (Le rêve éveillé dirigé est une méthode thérapeutique élaborée par R. Desoille dans les années 1930.)

Psychoanalytic Institute et a été certifié par l'American Institute for Psychoanalysis en 1943. Il est le défenseur de l'hypnose dans la psychanalyse, il a écrit largement sur le sujet.

Il est l'auteur de nombreux livres, y compris son ouvrage *The Technique of Psychotherapy* (« La technique de la psychothérapie »). C'est un psychiatre à l'Université de New York et de l'hôpital Bellevue. De 1967 à 1986, il est professeur de psychiatrie à la NYU School of Medicine. Lewis Wolberg et John G. Watkins développent l'hypnoanalyse. C'est une combinaison de l'hypnose et de la psychanalyse. Les bases conceptuelles sont issues des écoles freudienne et jungienne, et de celle de Ferenczi (courant empathiste). Toute la métapsychologie se retrouve dans l'hypnoanalyse – hypothèse de l'inconscient et des éléments refoulés ; la notion de régression et les concepts qui y sont liés comme celui de transfert ou encore de données intersubjectives entre thérapeute et patient.

Selon R.L. Wolberg : « Un des buts principaux de l'hypnoanalyse est de ramener à la surface des impulsions inconscientes qui influencent le comportement et amènent compulsivement l'individu à des actions de nature inadaptée ». L'hypnose facilite la relation au thérapeute, elle permet une diminution des émotions, et l'accès à ce qui peut devenir conscient à l'état de veille. L'intérêt de l'hypnose dans une approche psychanalytique accélère la mise en place d'un processus d'affiliation qui permet au patient de nouer une relation thérapeutique. Elle diminue l'intensité du refoulement et la charge émotionnelle liée aux éléments mnésiques. Enfin elle diminue le poids des processus secondaires de pensée construits tout au long du développement afin de permettre au sujet de mieux gérer son rapport à la réalité.

L'hypnose va permettre une logique de transe où le patient vit ses productions psychiques sur un mode très analogue à celui d'un rêve. Une séance peut également être analysée comme on le ferait en situation analytique. Certains éléments liés à la régression et aux phénomènes de transfert sont amplifiés par l'état hypnotique.

L'hypnose favorise un relationnel symboliquement très intime (relations enfants parents). S.Ferenczi et S.Freud ont évoqué l'hypnose paternelle et maternelle. Ce courant s'est développé en hypnoanalyse autour de ces données relationnelles.

La relation hypnoanalyste-patient est l'objet d'une attention particulière et analysée selon un concept d'empathie<sup>7</sup> (Kohut) perçue comme un vécu subjectif particulièrement riche d'informations sur les données en présence. Une autre pratique est celle de l'*ego psychology*. Cette pratique est surtout américaine.

Cela illustre que l'hypnoanalyse peut être un outil d'investigation, et aussi un procédé thérapeutique et une façon de penser et d'enrichir les concepts analytiques.

**Eugène Azam** à bordeaux en 1859 est le premier a pratiqué les opérations chirurgicales sous hypnose ; **Paul Broca** les pratique à Neker.

**Jules Cloquet** (1790-1867) utilise l'hypnose seule, au cours d'une mastectomie unilatérale, à la Salpêtrière.

**James Esdaile** (1808-1859), britannique exerçant en Inde, reprend l'expérience française de l'hypnose lors de nombreuses interventions urologiques, avec une baisse du taux de mortalité étonnante ; Il fait état de plus de **trois cents interventions chirurgicales majeures sous hypnose** (amputation de membres, extirpation de varicocèles et tumeurs du scrotum, ablation d'une volumineuse tumeur maxillaire etc..).

En 1846, l'apparition du chloroforme est jugé plus sûr, et met fin à la vague de l'anesthésie hypnotique et l'hypnose décline, retournant pour un temps dans l'oubli.

En 1860, le chirurgien **Alfred Velpeau** présente les travaux de Braid à l'Académie des sciences.

---

<sup>7</sup>Kohut H., *Analyse et guérison*. Paris : PUF, 1991. Coll. Le fil rouge.

## Opération avec analgésie ou anesthésie hypnotique sans adjuvant chimique

Type d'intervention	références
Chirurgie abdominale	Tinterow (1960)
Appendicectomie	Kroger et Delee (1957)
Césarienne	Taughner (1958)
	Tinrerow (1960)
	Bonilla et Quigley (1961)
	Bowers (1961)
Gastrotomie	
Chirurgie du sein	
Ablation du sein	
Excision d'une tumeur du sein	Mason (1955)
Excision du tissu mammaire	Kroger (1963)
Brûlures	
Grefte de peau, débridement	Crasilneck (1956)
	Mc Cranie (1956)
	Jenkin (1956)
	Tinterow (1960)
	Finer et Nylén (1961)
Chirurgie cardiaque	Marmer (1960)
	Tinterow (1960)
Chirurgie de la cataracte	Ruiz et Fernandez (1960)
Fractures et dislocations	Goldie (1956)
Appareil génito-urinaire	
Implantation cervicale de radium	Crasilneck Et Jenkins (1958)
Curetage pour endométrie	Taughner (1958)
Hystérectomie vaginale	Tinterow (1960)
Circoncision pour phimosis	Chong (1964)
Résection de la prostate	Schwarcz (1965)
Résection transurétrale	Bowen (1973)



Oophoectomie	Bartlet (1971)
Hémorroïdectomie	Tinterow (1960)
Réparation de nerf	Crasilneck Et Jenkins (1958)
Thyroïdectomie	Kroger (1959) Chong (1964) Patton (1969)
Chirurgie veineuse	
Ligature (et dénudation)	Tinterow (1960)
Ablation d'un clou de nez chez un enfant	Bernstein (1965)
Réparation d'un menton déchiré chez un enfant	Bernstein (1965)
Ablation d'une masse graisseuse d'un bras	Scott (1973)

## Début de l'hypnose contemporaine

Il nous faut repenser l'histoire de l'hypnose à partir de ce qu'on connaît aujourd'hui. En **1955** la commission de terminologie de la British Medical Association propose une définition :

« Un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent des changements dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées non familières dans son esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vaso-motrices peuvent être, dans l'état hypnotique, produits et supprimés ».

Jean Godin en donne une autre définition : « Un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure, qui suppose un certain lâcher prise fait

apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps ou de travail psychologique à un niveau inconscient<sup>8</sup> ».

La définition de l'hypnose, de l'induction, proposée par Gérard Salem dans son ouvrage « Soigner par l'hypnose<sup>9</sup> » est la suivante : « l'induction passe par l'intermédiaire de suggestions ou l'introduction d'une idée qui va provoquer un état, une émotion, un mouvement selon le principe idéomoteur l'idée provoque l'acte ». L'induction facilite l'accès à un mode de fonctionnement hypnotique et favorise un état de dissociation : conscient / inconscient ; corps / esprit. L'induction est une sorte de rituel qui permet au sujet un retrait et une réorientation de son attention de l'extérieur vers l'intérieur. Dans cette première phase de la transe, il est demandé au sujet de fixer son attention sur une perception précise qui peut être au choix ou successivement, la voix du thérapeute. L'hypnose : c'est une isolation sensorielle qui permet au sujet de se concentrer sur lui-même, son corps et ses sensations et de se couper du monde environnant.

**Palaci (1991)** à propos du transfert, nous dit : « Il est important de noter que le problème du transfert dans l'hypnoanalyse est d'autant plus complexe que les phénomènes transférentiels pendant l'induction, durant l'état hypnotique et dans le courant d'évolution de la cure, ne sont pas identiques<sup>10</sup> ». L.Chertok est le créateur du laboratoire d'hypnose. Il est un des pionniers de la psychosomatique, des méthodes d'accouchement sans douleur, de l'hypnose contemporaine. Il savait bien que l'hypnose avait, du point de vue de la recherche, la valeur d'un instrument incomparable ; à ce propos il écrivait : « Nous ne comprenons rien du lien affectif et nous devons admettre que cette méconnaissance pèse terriblement sur la compréhension que nous avons de nous-mêmes ».

La question essentielle que pose l'hypnose c'est : où et comment se situent les interactions à double sens nouées entre le corps et l'esprit ?

Comme ont été connus les mécanismes du code génétique, un jour la science permettra de comprendre et d'objectiver les mécanismes de la mémoire et du sommeil, le chemin passera par les sciences et les capacités de la biochimie. Le matériel psychanalytique sera alors revu

---

<sup>8</sup> Godin J., *La Nouvelle Hypnose ; Vocabulaire, principes et méthodes*. Paris : Albin Michel, 1992, p. 80-81.

<sup>9</sup> Salem G., *Soigner par l'hypnose*. Paris : Masson, 4<sup>e</sup> éd., 2012.

<sup>10</sup> Palaci J., « Psychanalyse, transfert et hypnose », in Daniel Bougnoux (dir.), *La Suggestion : hypnose, influence, transe*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 1991, p. 109-120.

sous une lumière totalement nouvelle. Selon L.Chertok, rien ne peut être interprété si l'on nie que le lien affectif constitue l'énigme la plus grande concernant le processus de pensée. Il soutient que c'est en refusant, à partir d'une expérience précise, l'existence du lien affectif entre l'analysé et l'analyste que Freud a fondé toute son interprétation et a mis en avant la notion de transfert.

En France **Léon Chertok**, psychiatre de formation analytique (1911-1991) et Jacques Palaci (1945-1995)<sup>11</sup> développeront cette pratique de l'hypnose, alliant l'approche hypnosuggestive et une approche psychanalytique. L.Chertok<sup>12</sup> montre l'importance de la liaison transfert-hypnose et de l'idéal du moi : « L'idéal du moi est l'instance psychique qui représente l'intériorisation par le sujet des figures parentales. Le transfert sur l'hypnotiseur des fonctions dévolues à l'idéal du moi explique les phénomènes hypnotiques. L'hypnotiseur occupe la place des figures parentales, particulièrement celle du père, d'où son ascendance et son autorité sur le sujet. L'idéal du moi est l'instance psychique chargée de considérer la réalité d'une perception. Cette fonction explique la possibilité des hallucinations hypnotique.» Puis Chertok montre le lien avec l'hypnose et la sexualité : « Le lien unissant l'hypnotiseur à l'hypnotisé est de la même nature que le lien amoureux.» L'hypnose est, selon Freud, « un état amoureux sans tendances sexuelles directes ». Chertok développe la pensée de Freud sur la répression de la sexualité : « La répression de la sexualité dans l'hypnose est identique à celle observée dans les groupes sociaux. Ainsi Freud peut-il dire : « L'hypnose représente une foule à deux. » (Freud, 1921). Cette répression est possible grâce à la toute-puissance de l'hypnotiseur qui renvoie l'individu aux stades précoces de l'humanité où les humains vivaient sous l'autorité absolue d'un chef. L'hypnose est possible car elle est la résurgence d'un état ancien entré dans l'héritage phylogénétique des individus ».

Enfin L.Chertok met en lumière le rôle de la régression dans l'hypnose : « Les mécanismes de l'hypnose sont possibles grâce à une modification du fonctionnement psychique du sujet. Le transfert hypnotique ramène l'hypnotisé à un stade précoce de son développement. Ces différentes théories seront reprises par les successeurs de Freud, qui malgré les interdictions de la psychanalyse orthodoxe, continueront l'étude et la pratique de l'hypnose ».

---

<sup>11</sup>Selon J.Palaci, il y a des types de transfert différents. Le transfert classique se développe hors des séquences d'hypnose ; c'est « un transfert libidinal-œdipien-objectal » qui permet, contrairement aux autres transferts, un travail d'interprétation classique.

<sup>12</sup>Chertok L., « Freud et les théories de l'hypnose : Histoire et interrogations », *Revue de médecine psychosomatique*, 1976, 18 : 147-161.

Le professeur **Didier Michaux**<sup>13</sup> poursuit les travaux de Chertok à l'association L'Élan retrouvé. Il dirige un institut de formation à l'hypnose : l'Institut français d'hypnose (IFH) - de l'hypnoanalyse aux thérapies éricksoniennes, l'hypnoalgésie.

**Henri F. Ellenberg**, dans son ouvrage *Histoire de la découverte de l'inconscient* (1970)<sup>14</sup> rappelle que, dans la « première psychiatrie dynamique », l'hypnotisme fournit un premier modèle de l'esprit humain, celui d'un double moi : un moi conscient, mais limité, le seul dont l'individu ait conscience, est un moi subconscient, bien plus vaste, ignoré par le conscient mais doué de pouvoir de perception et de création mystérieuse. »

Les docteurs **Jean Godin** et **Jacques Antoine Malarevicz**, psychiatres de formation, ont proposé des formations de pratiques thérapeutiques variées. Le professeur Marie-Elisabeth Faymonville, dans le cadre de l'hypnosédation, réalise à l'hôpital de Liège un enseignement et une utilisation de l'hypnose pour des interventions chirurgicales.

Dans le domaine du soin médical, le docteur **Jean-Marc Benhaïem** a mis en place un DU d'hypnose à la faculté de médecine de Pitié-Salpêtrière. À ce jour en France douze Universités proposent un enseignement de l'hypnose.

**Isabelle Célestin-Lhopiteau** est psychologue-psychothérapeute à l'unité douleur et soins palliatifs du CHU de Bicêtre, responsable du DU Pratiques psychocorporelles ainsi que du DU Hypnose et anesthésie à la faculté de médecine Paris XI, enseignante au DU Hypnose clinique, Paris XI, Bicêtre-Orsay ; elle intervient comme enseignante dans de nombreux cycles de formation en France, en Russie, en Lettonie, en Suisse et en Inde.

**Antoine Bioy**, docteur en psychologie clinique et pathologique est le responsable scientifique de l'IFH ; responsable du cycle d'hypnothérapie et hypnothérapeute attaché au CHU Bicêtre (Le Kremlin-Bicêtre) et enseignant chercheur à l'Université de Bourgogne. Il est le responsable scientifique de l'IFH et responsable du cycle d'hypnothérapie à l'IFH. Maître de conférences habilité à diriger des recherches au Laboratoire de psychopathologie et

---

<sup>13</sup> J'ai rencontré le professeur D. Michaux lors de ma formation en hypnose à l'IFH. Celui-ci m'a encouragé dans mes travaux.

<sup>14</sup> Ellenberger H. F., *A la découverte de l'inconscient*. Paris : Simep, 1974.

de psychologie médicale (LPPM) de l'Université de Bourgogne, 2006, Dijon. Il a des responsabilités pédagogiques et scientifiques attenantes, activité de publication scientifique continue (normes AERES), direction de recherches d'équipe et doctorales. Depuis l'année 2000, il est psychologue clinicien et hypnothérapeute dans l'unité de prise en charge des douleurs et des soins palliatifs de l'adulte et de l'enfant du CHU Bicêtre. De 1999 à 2002, il a été psychologue clinicien et hypnothérapeute dans l'équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (ECIMUD) du CHU Bicêtre. En 2000-2004, A. Bioy est chargé de cours à l'université Paris Descartes. Il avait été, en 1999, psychologue clinicien : au service Adoptions de l'Aide sociale à l'enfance du département des Yvelines ; à la Nouvelle Association des sclérosés en plaques (NAFSEP) Creil et Beauvais. Responsable des DU à Dijon : Hypnothérapie, sexologie clinique. Co-responsable des DU suivants : Hypnose et anesthésie (Paris Sud), Psychothérapies (Dijon). Membre du comité scientifique du DU Sophrologie et techniques de relaxation (Saint-Etienne) et du DIU Douleurs et soins palliatifs pédiatriques (Lyon, Clermont-Ferrand, Nancy, Paris). Rédacteur en chef adjoint de *Perspectives Psy* (revue scientifique internationale fondée en 1963), membre du comité de rédaction de la revue *Douleurs*, *reviewer* pour plusieurs revues scientifiques (Masson, Elsevier, EDP Sciences, Nota Bene, etc.). Et rédacteur scientifique pour la revue professionnelle *Hypnose et thérapies brèves*. A. Bioy est membre de l'American Psychological Association (*foreign member*), de l'International Association for the Study of Pain (*regular member*), de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (membre titulaire). Un enseignement sur l'hypnose est proposé en 2009 par A. Bioy<sup>15</sup> à l'université de Bourgogne et il met en place un centre antidouleur au Kremlin-Bicêtre.

A. Bioy et Pascal-Henri Keller intègrent cette influence qui guérit. Même si le rapport hypnotique patient-thérapeute reste encore à étudier, il n'en demeure pas moins des effets cliniques de l'hypnose comme expérience qu'en a le patient.

**Isabelle Ignace**<sup>16</sup> utilise l'hypnothérapie et l'hypnoanalgésie auprès d'enfants et d'adolescents en consultation douleur ainsi qu'au service des urgences. Elle anime également

---

<sup>15</sup>Bioy A. et Keller P. H., *Hypnose clinique et principe d'analogie, fondements d'une pratique psychothérapeutique*. Paris : De Boeck, 2009. Bioy A. (dir.) et D. Michaux (dir.), *Traité d'hypnothérapie : Fondements, méthodes, applications*. Paris : Dunod, 2007. Coll. Psychothérapies,

<sup>16</sup>Wood C. et Ignace I. (2007). « L'hypnose aux urgences pédiatriques », *Archives de pédiatrie*

14 (6) : 729-731. Ignace I. et Moreaux T. (2008). « Hypnose et urgences », à l'occasion de la

15<sup>e</sup> Journée « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? », Actes du colloque de l'Unesco, 4 décembre 2008, p.79. Bioy A.,

des groupes de femmes enceintes en hypnorelaxation. Elle est psychologue clinicienne à l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur (UETD) de l'hôpital Robert Debré, responsable du pôle pédagogique à l'IFH, co-responsable des formations en milieu hospitalier. Elle est également formatrice à l'IFH en hypnothérapie et hypnoalgésie auprès de médecins, psychologues et personnels soignants.

**Brigitte Lutz**, psychiatre en libéral, est responsable médicale de l'IFH. Praticienne attachée au centre d'étude et de traitement de la douleur à l'hôpital Saint-Antoine ; co-responsable du 3ème cycle d'hypnothérapie, elle est spécialisée dans l'approche corporelle de l'hypnose et l'hypnoanalyse.

**Chantal Wood**, pédiatre, anesthésiste-réanimateur. Elle est responsable de l'UETD au CHU Robert Debré. Impliquée dans la prise en charge de la douleur des enfants depuis de nombreuses années, voulant étendre en France les moyens non médicamenteux dans cette prise en charge, elle enseignante dans plusieurs universités françaises sur le thème de la douleur de l'enfant et des soins palliatifs. Elle est impliquée dans des sociétés savantes françaises, européennes et Internationales sur la prise en charge de la douleur de l'enfant. Elle est experte auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et exerce l'hypnose depuis dix ans dans le cadre de sa pratique et enseigne sur ce thème notamment à l'IFH.

L'hypnose est très répandue, principalement dans la prise en charge de la douleur (Bicêtre, Pitié-Salpêtrière, Robert Debré, Armand Trousseau, Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt ; à l'hôpital de Rennes) mais aussi en pédopsychiatrie et en psychiatrie à la Pitié-Salpêtrière (docteur **Catherine Bouchara**, **Jean-Dominique Vuillermet** docteur en psychopathologie et psychanalyse, psychologue clinicien, psychothérapeute, psychanalyste hypnothérapeute).

L'hypnose est également pratiquée dans le traitement de la douleur à l'hôpital Beaujon (Clichy), à Bichat et à Saint-Antoine. L'hypnose est aussi présente à l'hôpital Rothschild, à la

polyclinique Corentin-Celton (Issy-les-Moulineaux) et à l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP). À l'hôpital St Joseph l'hypnose est pratiquée pour la chirurgie de la prostate, et de la carotide.

L'A-HP a signé un accord avec la Chine pour une approche nouvelle de l'hypnose (Octobre 2012). Damien Mascret journaliste 03/10/2012 Paris : la médecine chinoise a sa place dans les hôpitaux. « L'AP HP vient de signer un accord avec le ministère de la Santé chinois : acupuncture, hypnose, ostéopathie, massage complètent la prise en charge au sein des établissements. Les médecines complémentaires ont désormais leur place dans le saint des saints de la médecine française, l'Assistance publique Hôpitaux de Paris (AP HP). Leur développement fait même partie du plan stratégique 2010-2014. Depuis l'an dernier la vénérable institution a créé un centre intégré de médecine chinoise à La Pitié-Salpêtrière. L'AP-HP a signé un partenariat avec le ministère chinois de la Santé, pour développer des échanges bilatéraux en matière de médecine chinoise... »<sup>17</sup>.

À Bruxelles, **Thierry Melchior**, psychologue, dispense une formation autour de l'hypnothérapie. **E. Merlot** psychiatre assure une formation d'hypnothérapie éricksonienne. En Suisse, **Eric Bonvin** intervient à l'Institut romand d'hypnose suisse, formation internationalement reconnue ; le psychiatre **Gérard Salem** dirige également cet institut.

**Stefano Colombo** est psychologue diplômé de l'université de Genève (Piaget, Inhelder) et médecin psychiatre avec une activité clinique en cabinet libéral. Ancien premier chef de clinique et consultant en Psychiatrie de liaison auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), il est enseignant et superviseur en hypnose médicale à la SMSH, Société Médicale Suisse d'Hypnose dont il est membre du comité national, et à la Société d'hypnose clinique suisse (SHYCS). Il est l'un des rares hypnothérapeutes prenant en compte les théories de l'attachement et la notion de résilience. Formateur, il partage son expérience clinique en hypnose avec créativité et humour.

---

<sup>17</sup><http://www.lefigaro.fr/sante/2012/10/03/01004-20121003ARTFIG00656-paris-la-medecine-chinoise-a-sa-place-dans-les-hopitaux.php>

**Philip Zindel** est président de la Société médicale suisse d'hypnose (SMSD). Il a participé avec le professeur Gaetano Benedetti à des recherches sur l'hypnose et des patients psychotiques. De prime abord, P.Zindel associe avec le terme d'hypnose un certain nombre d'images évoquant ses phénomènes tels que les régressions en âge, les phénomènes idéomoteurs, la distorsion du temps, avec leurs potentiels thérapeutiques. Il ajoute les associations concernant les sujets tels que l'induction, la suggestion, l'hypnotisabilité. « Finalement, la question de la nature de l'hypnose sollicite des discussions sans fin. Peu de chercheurs se sont penchés sur une sorte de « scène parallèle » de l'hypnose thérapeutique qui se trouve dans la question de la nature de la relation hypnotique et des perspectives thérapeutiques qui se présentent si on l'intègre consciemment dans le travail thérapeutique ». Ce sujet s'impose à son attention lors de ses travaux de recherche avec G.Benedetti dans le domaine du travail hypnothérapeutique avec les patients psychotiques et les cas limites. Il s'avère que l'utilisation des phénomènes hypnotiques en tant que tels ne pouvait jouer qu'un rôle subordonné dans ce genre de pathologie, et que l'hypnose ne pouvait être introduite de manière utile que si on la considérait par son aspect relationnel. C'est même le travail soigneux sur et avec la relation hypnotique qui devint son véritable centre d'attention du travail thérapeutique.

La pratique clinique ainsi que la suite du travail de recherche étendirent cette observation à nombre d'autres cas où intervenait l'hypnose, dans le sens où, même avec des patients souffrant de troubles moins profonds, pour être effectif, ce n'est pas le travail avec les divers phénomènes hypnotiques qui joue le rôle central, mais la relation hypnotique. Son exposé se propose d'étudier, après un aperçu général, l'importance et les caractéristiques fondamentales de la relation en psychothérapie à laquelle appartiennent naturellement aussi la relation hypnotique.

Cela le mènera ensuite à des réflexions sur les conséquences thérapeutiques concrètes, c'est-à-dire sur l'importance de la relation en psychothérapie.

P.Zindel précise que, s'il est question ici de psychothérapie, il lui paraît important de rappeler que ce terme, utilisé au sens propre, signifie « thérapie de l'être humain par des moyens psychologiques » et non, comme il est souvent compris aujourd'hui sans grande réflexion, « Traitement du psychisme malade d'un être humain ». S'il en était ainsi, la pharmacothérapie deviendrait le traitement des médicaments malades, et l'électrothérapie se trouverait dans le ressort de l'électricien... Dans cette acception, la psychothérapie est légitimement un domaine naturel de non psychothérapeutes tels que les médecins généralistes, dentistes, anesthésistes



qui traitent les angoisses et peurs de leurs patients. Cette vue des choses ne signifie en aucune manière, cela soit dit, que pour autant toutes ces spécialités soient habilitées à traiter des maladies affectives ou mentales explicites.

**G. Benedetti** est un élève de Bally et de Bleuler, fondateur en 1950 de l'International Symposium for Psychotherapia of Schizophrenia (ISPS), qui réunit tous les trois ans des psychothérapeutes de tous les pays, sur les champs théorico-clinique et thérapeutique des psychoses. L'approche bénédettienne décrit la capacité du thérapeute à s'identifier au patient, qu'il qualifie de « descente », pour lier un transfert pathologique avec le sujet psychotique. Il a effectué ses recherches dans le cadre du centre psychothérapeutique de Milan. Dans son travail il interprète aux patients son contre-transfert qui naît de l'« appersonnation » thérapeutique, par le thérapeute, de la souffrance du malade. Il utilise la « fonction phorique », il ne suffit pas seulement d'« aller-au-delà-de-soi », il faut aussi « prendre-sur-soi ». Il poursuit sa position de la façon suivante : « Ce que j'interprète avant tout à mes patients, ce n'est pas leur psychopathologie mais ma réaction à celle-ci ; donc : mon contre-transfert. Je m'interprète moi-même afin que le patient en vienne à s'interpréter lui-même. »

En effet, selon lui, « armés des seules constructions intellectuelles, il est bien improbable que nous puissions faire sauter le mur en béton de l'autisme. Nous devons aussi projeter notre propre personne ! ». Cette notion de partage affectif profond débouche tout naturellement sur l'étude de ce phénomène de l'intuition ».

Benedetti nous donne sa définition de l'intuition : « L'intuition est un savoir de l'autre qui provient de la perception d'un isomorphisme psychique entre certains éléments du patient et certains éléments du thérapeute. » Benedetti se rapproche des conceptions de l'école kleinienne sur l'identification projective. Pour cet auteur l'hypnose, pour être effective, ce n'est pas le travail avec les divers phénomènes hypnotiques qui joue le rôle central, mais la relation hypnotique. L'avancée des neurosciences, du cognitivisme, de la linguistique, de la systémique, permet un nouveau regard sur l'hypnose, l'EMC ouvre à la suggestion et est la nouvelle base de véritables reprogrammations psychologiques. Hypnose et suggestion sont donc intimement liées.

Avec **Erickson**, l'hypnose communicationnelle non directive, axée sur le changement a permis les recherches de l'école de Palo Alto sur les thérapies brèves. L'hypnose stimule la créativité du psychothérapeute et celle du patient. L'hypnose est maintenant une discipline scientifique. Cela permet une perspective avec les différentes figures de l'analogie avec différents courants : la physiologie, la biologie, la psychopathologie... Elle est étudiée dans toutes les universités du monde et les chercheurs en font un champ d'expérimentation, par exemple le chirurgien et psychothérapeute **Thierry Jansen**<sup>18</sup>, « la solution intérieure ».

L'inconscient est surtout un vaste réservoir de ressources potentielles que le patient n'a pas encore suffisamment exploité. L'inconscient est surtout un vaste réservoir de ressources potentielles que le patient n'a pas encore suffisamment exploité. L'hypnose est un élément catalyseur dans les psychothérapies et en psychanalyse et elle favorise les associations libres.

**Gaston Brosseau**<sup>19</sup> est psychologue clinicien, ex chef du Service de psychologie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (Montréal, 1981-1998), cofondateur de l'Institut Milton Erickson de Montréal (1991). Il est formateur depuis 1990 à l'Institut français d'hypnose et psychologue en libéral depuis 1998, directeur du CPGB Inc., formateur aux instituts Milton Erickson de Paris, de Normandie (Rouen et Caen), de Bretagne (Rennes), et à l'Association française d'étude de l'hypnose médicale (AFEHM/Paris) puis à l'Association toulousaine de nouvelle hypnose (ATNH), à l'Institut romand d'hypnose de Suisse (IRHYS), à l'Association parisienne de recherche et de travail avec les familles (APRTF) et à la Société québécoise d'hypnose (SQH). Depuis 1987 il est chargé d'enseignement de sensibilisation à l'hypnose à la Faculté de médecine de l'université de Montréal depuis 2004 et de l'université de Sherbrooke (Québec, 2011).

## L'hypnose dans la recherche

**P.Rainville** (université Mc Gill à Montréal) utilise l'hypnose pour étudier la composante émotionnelle de la douleur. Si l'on suggère aux sujets en hypnose que leur inconfort

<sup>18</sup> Janssen T., *Vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit*. Paris : Fayard, 2006.

<sup>19</sup> Brosseau G., *L'Hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens*. Paris : Inter Éditions, 2012. Coll. Développement personnel et accompagnement,

augmente, cela agit sur une augmentation significative de l'activité du cortex cingulaire antérieur: l'hypnose agit donc à la fois au niveau du système nerveux périphérique (nerfs) et du système nerveux central (cerveau) pour diminuer la perception de la douleur. L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) devrait permettre d'en savoir plus.

Des chercheurs au Canada et en Belgique travaillent sur la douleur et l'hypnosédation : « Une première étude utilisant l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle [...] avec un équipement à 1,5 tesla indique que les ganglions de la base sont également activés pour moduler la douleur sous hypnose. Elle conforte l'idée que le traitement en réseau pourrait servir à moduler l'information nociceptive». Ils étudient les interactions entre hypnose et sédatifs. Ils continuent d'utiliser par ailleurs la TEP pour étudier les neurotransmetteurs impliqués dans la modulation de la douleur sous hypnose.

M.-E.Faymonville (en 2000) ouvre la boîte de Pandore : « Les nouvelles techniques d'exploration cérébrale devraient renforcer le recours à l'hypnose non seulement comme méthode thérapeutique mais aussi en tant qu'outil de recherche pour préciser les mécanismes de la nociception et explorer les états modifiés de conscience. Les sujets sous hypnose sont-ils dans un état neurologique particulier ou seulement en proie à la force de suggestion de leur thérapeute ? ».

C'est cette question qui fait débat depuis F. Mesmer. M.E Faymonville ajoute: « Les résultats obtenus en utilisant l'imagerie cérébrale tendent à accréditer la première thèse et à objectiver l'hypnose. Si l'on ne comprend toujours pas comment elle agit, on observe bel et bien des différences dans l'activité cérébrale indiquant un état modifié de conscience lorsque le sujet est hypnotisé.

C'est probablement cet état modifié qui permet d'utiliser cette technique pour éviter les anesthésies médicamenteuses et soulager les douleurs chroniques<sup>20</sup> ».

---

<sup>20</sup> Faymonville M.-E., Maquet P. et Laureys S. « L'hypnose est une expérience subjective par excellence », Kosslyn S.M. *et al. Am. J. Psychiatry*, 157, 1279, 2000.

Le professeur M.E. Faymonville, médecin anesthésiste, dans le cadre de l'hypnosédation, réalise, à l'hôpital de Liège un enseignement, une utilisation de l'hypnose pour des interventions chirurgicale.

### Anesthésie

Actuellement, l'utilisation de l'hypnose, en chirurgie, reste limitée, même si l'expérience au CHU de Liège se dénombre à 4 000 patients en douze ans. Plusieurs éléments expliquent cette réticence. Tout d'abord, l'hypnose suscite la méfiance : sa représentation sociale reste piégée par des modèles de fascination découlant d'un rapport de forces interindividuelles, celui du sorcier. Par ailleurs, l'absence de critères indépendants attestant de la réalité d'un état hypnotique et le manque de compréhension des mécanismes d'action de l'hypnose sur la douleur ont freiné sa médicalisation. La banalisation de l'anesthésie générale est en effet un coma pharmacologique dont l'impact sur le cerveau n'est pas totalement connu.

### Antidouleur

De nombreux centres de traitement de la douleur travaillent avec des hypnothérapeutes. Il en existe au moins un dans chaque grande ville française. Le traitement est considéré comme un complément à l'approche pharmacologique classique. Il ne s'agit pas développer une guérison miraculeuse mais de réduire l'inconfort et les doses de médicaments avalées par les patients. L'unité de traitement de la douleur de l'hôpital Ambroise-Paré de Paris recourt à l'hypnose.

**Pierre Rainville et Marie Elisabeth de Fraymonville** ont largement contribué à l'avancée de l'hypnose dans le monde médical.

Selon **Rainville** (en 1999), « l'induction d'un état hypnotique produit des changements d'activation au niveau cérébral, qui sont congruents avec les modalités croisées<sup>23</sup> ». Il note une diminution du rCBF dans le tegmentum du tronc cérébral pendant l'hypnose, congruent avec la diminution de la vigilance et de l'éveil pendant l'hypnose.

Celle-ci est également associée à une augmentation du flux sanguin dans la zone occipitale, ce qui reflète une diminution des processus inhibiteurs qui touchent normalement l'activité corticale pendant une attention modérée ou élevée.

**Rainville et Maquet**<sup>21</sup> suggèrent que, dans l'hypnose, une diminution de l'activité inhibitrice peut contribuer à l'augmentation du rCBF au niveau occipital. Des études récentes en imagerie cérébrale en ce qui concerne le stimulus douloureux montrent comment ce stimulus est modifié par les émotions et les cognitions.

La TEP permet d'étudier les variations du débit sanguin cérébral. Pour la douleur, les aires concernées sont l'insula, aire somatosensorielle SII, le gyrus cingulaire, le thalamus et les régions hippocampo-amygdaliennes.

Si on fait varier le niveau d'attention à la douleur, on voit l'activité de ces zones augmenter mais aussi une activation du réseau attentionnel, en particulier les lobes pariétal et frontal.

L'hypnoanalgésie implique l'inhibition centrifuge de la transmission nociceptive. Certains mécanismes modulateurs fondamentaux du système nerveux sont étudiés :

Selon Rainville, « l'hypnose, en mettant en suspens ce sentiment du soi-agent, augmenterait à la fois le potentiel expérientiel et d'autorégulation somatique. L'induction d'un état hypnotique produit des changements d'activation au niveau cérébral, qui sont congruents avec les modalités croisées ».

Les suggestions hypnotiques pourraient réduire la douleur en activant le système inhibiteur endogène de la douleur descendant à la moelle épinière et empêchant l'information nociceptive d'atteindre le cerveau.

L'activation du cortex préfrontal et du gyrus cingulaire antérieure à des suggestions non spécifiques pourrait refléter les processus cognitifs responsables de l'effet modulateur des suggestions hypnotiques dans le contrôle de la douleur. Les résultats de Rainville mettent en évidence les effets physiologiques réels des processus hypnotiques et la modulation de la douleur par l'hypnose.

**Rainville et Price** : « Les changements neuronaux associés à une relaxation mentale pendant l'hypnose sont congruents avec une réduction de l'inhibition des représentations mentales et neurologiques mises en concurrence. Ces changements sont à rattacher à la diminution du contrôle et de la censure comme décrits précédemment dans la phénoménologie de l'état de transe.

---

<sup>21</sup> Rainville P. et Maquet P, 1999 ; Maquet et coll. 1999.

Suggestion peut par ailleurs faciliter l'intégration des sensations et affect suggérés, comme cela se produit en hypoalgésie ».

Lors de l'hypnose il existe une réduction de l'inhibition des représentations mentales et neurologiques mises en concurrence. On qualifie de « semi-traditionnelles » les inductions prenant appui sur des textes d'induction standard présentant la situation hypnotique comme une capacité du sujet et prenant appui sur la répétition de suggestions verbales de détente et de concentration.

Trois procédés renforcent la suggestion : la répétition, la monotonie, l'emphase. L'hypnose utilise la prise en compte, par le thérapeute, d'états de conscience tout à fait naturels qui vont des états de concentration, d'attention maximale, à des moments de rêverie, en passant par la relaxation. Ces états permettent de passer du vécu dans l'ici et le maintenant vers une intériorisation où l'espace et le temps ne comptent plus.

La transe hypnotique comporte trois phases : une phase d'induction de l'état de transe, une phase de travail pendant la transe, une phase de réveil de fin de travail. La transe est un niveau de conscience élevé, vers l'intérieur de soi-même, accompagné d'une atténuation de la vigilance externe : c'est un état détendu de concentration.

Certains phénomènes physiologiques sont souvent présents : altération de la vascularité faciale (pâleur), immobilité du corps en général, réceptivité aux conduites suggérées, absence d'initiative ; le temps de réaction est de 15 à 30 secondes entre la suggestion et la réponse.

### Les quatre étapes de l'hypnothérapie :

- L'anamnèse entretien préparatoire, degré d'empathie. Explication de l'hypnose au patient, le désir de changement et la motivation.
- L'induction de l'EMC (transe ou hypnose) souvent agréable dans un lieu sûr, les dernières vacances par exemple...

- Le travail thérapeutique, les suggestions sont des moyens de proposer des solutions créatives au problème du patient...

- La sortie de l'EMC et le débriefing. Le thérapeute peut proposer des suggestions post hypnotiques si cela est opportun. Le thérapeute réassocie le patient et l'accompagne à son éveil.

Ces étapes permettent un bilan d'évaluation et surtout de démystifier l'hypnose. Ces moments facilite la confiance et de répondre aux attentes et question du patients.

Les contre indications : personnalité psychotique et bouffée délirante.

**Aucun effet secondaire.**

## Les indices physiques et psychologiques de la transe

Léthargie, détente

Catalepsie (inhibition des mouvements volontaires)

Mouvements automatiques

Relaxation de la musculature volontaire (visage, cou, nuque, dos, abdomen, bassin, ceintures pelviennes et scapulaires)

Petites saccades musculaires, clignements ou fibrillations palpébrales

Larmolement, rhinorrhée

Activation passagère de la musculature lisse : salivation, péristaltisme, toux, dilatation bronchique, vasodilatation périphérique.

Inhibition du réflexe de déglutition

Ralentissement du débit verbal dysarthrie légère

Changement du rythme cardiaque et respiratoire

Diminution TA

Sensation de lourdeur ou de légèreté

Sensation de chaleur ou de fraîcheur

Modification du schéma corporel

Perception accentuée (hyperesthésie) partielle ou générale du corps

Hypoesthésie ou anesthésie partielle ou générale

Lévitiation spontanée d'un ou plusieurs membres

Inhibition ou excitation sensorielle spontanée



## Les indices psychologiques

Relâchement des associations

Pensée plus analogique que digitale

Interprétation littérale

Logique particulière (logique de la transe) et distorsion du temps

Capacité de s'imaginer dans le passé ou le futur

Comportement « as if » (le sujet est amené à faire comme s'il était en état d'hypnose et d'en prendre l'apparence conformément aux suggestions)

Production d'images abstraites ou concrètes

Evocation de scènes vécues ou fantasmes, rêves éveillés

Expression facilitée des émotions, abréactions affectives

Facilitation des souvenirs

Hallucinations psychiques

Amnésie, hypermnésie, parasomnies

Nous utilisons également le fractionnement, suggestion d'une diminution de l'anxiété :

« petit à petit le bruit diminue à chaque inspiration ; votre corps se relâche, se relaxe et votre inconfort diminue ».

Les hallucinations sensorielles sont des suggestions qui permettent de produire des sensations dans le corps, des sensations de froid et de chaud dans le corps, de légèreté et de chaleur, suggérant à l'inconscient du patient que son esprit a le pouvoir d'agir sur le corps.

L'habituation avec des suggestions sur la disparition de la perception de la douleur, présence répétée ou continue d'un stimulus. On aide ainsi à relativiser la signification émotionnelle négative.

La projection dans le futur active l'anticipation, le patient s'imagine dans un mois dans une situation de silence harmonieux. En toute sécurité.

La relaxation en hypnose permet au patient de visualiser ses vacances et de ressentir ses sensations corporelles, ainsi l'inconscient du patient va garder ces sensations agréables. Cela s'apparente au training autogène de Schutz et à celle de Jacobson.

L'amnésie aide le patient en hypnose à oublier les perceptions douloureuses qui le dérangent. La réinterprétation permet de rattacher les soins à une expérience agréable.

La distorsion subjective du temps raccourcit les moments d'inconfort et en même temps augmente un bien être .

Le travail sur les représentations mentales; le patient se représente une image mentale de la douleur de l'anxiété en objet lui permettant ainsi de contrôler sa situation. Exemple on modifie le volume du son d'une radio en diminuant le bouton du son. On retire du feu une bouilloire qui siffle.

L'analgésie auditive permet de supprimer les perceptions dérangeantes :

Une locomotive à vapeur qui arrive au loin. Les bruits vous semblent atténués et lointains, un filtre à huile qui filtre les impuretés. On anesthésie une main, en utilisant un gant magique imaginaire puis on transfère l'anesthésie à la partie douloureuse.

Le déplacement Les bruits de la maison deviennent rassurants. Vous laissez votre inconscient choisir le plus utile.

La dissociation corps symptôme, Le sifflement d'une machine à vapeur qui s'éloigne.

L'utilisation de métaphores, contes, les comparaisons figures de l'analogie proposant des solutions inconscientes à la problématique du patient.

En utilisant des suggestions directes, indirectes, camouflées, des truismes, des suggestions composées. L'inconscient du patient est libre de les accepter ou de les refuser.

La sortie de la transe se fait progressivement avec parfois des suggestions post-hypnotiques dans un état de détente et de confort. Le thérapeute réassocie le patient en lui demandant de revenir ici et maintenant, en retrouvant toutes la tonicité de son corps, la luminosité de la pièce.

Avec un ancrage : calme, confiance et courage ; et/ou un étirement des bras, des mains.

Le travail de débriefing permet au patient d'évoquer son ressenti, de verbaliser les éléments perçus ; ces informations faciliteront l'adaptation des séances ultérieures.

Ces échanges renforcent la confiance, l'empathie, l'alliance thérapeutique, le patient évoquant sa personnalité, ses émotions, sa psychologie.



**Jean-Dominique Vuillermet**

**Docteur en psychopathologie et  
psychanalyse  
Université Denis-Diderot Paris7**



**Psychologue Clinicien, Psychanalyste, Hypnothérapeute**

**Enseignant supervision à l'IFH Institut Français d'hypnose**

[jeandominiquevuillermet@neuf.fr](mailto:jeandominiquevuillermet@neuf.fr)

3, rue Léon Dierx 75015 Paris



06 81 52 34 65

**BLOG**

[www.hypnose-jdv.com](http://www.hypnose-jdv.com)

**Jean-Dominique Vuillermet**

Docteur en psychopathologie et psychanalyse  
Université Denis-Diderot Paris7

Psychologue Clinicien, Psychanalyste, Hypnothérapeute  
Enseignant supervision à l'IFH Institut Français d'hypnose

**[Hypnose-jdv.com](http://Hypnose-jdv.com)**

3, rue Léon Dierx75015 Paris



**06 81 52 34 65**



**MERCI pour votre  
ATTENTION.**

**Des cartes de visites sont à  
votre disposition**