



LES TROUBLES DE LA TRANSITION : DISSOCIATIONS DU QUOTIDIEN

Exposé du Docteur Mairlot du 8/10/04, au Sénat à Paris.
Colloque « Hypnose et dissociation psychique » du GEAMH
(Groupement pour l'étude et les applications médicales de l'hypnose)
Organisé par le Professeur Didier MICHAUX
Chapitre du livre reprenant les textes du congrès

Mes recherches sont en partie motivées d'abord par mon désir de rendre l'hypnothérapie plus facile à pratiquer par mes élèves et plus efficace et efficiente pour le patient, ensuite par la non-connaissance de la plupart de mes confrères psychiatres ou psychothérapeutes des processus de modification de conscience qui sont pourtant au coeur-même de nombreux processus pathologiques, et qui donc n'ont pas encore découvert les avantages majeurs que la psychothérapie peut tirer de la phénoménologie¹ de l'hypnose.

J'évoquerai surtout les troubles qui surviennent par crises symptomatiques en rappelant qu'un des synonymes du mot crise est le mot transe (crise vient de *crisis* en grec et signifie rupture). En effet, dans ces sortes de "trances pathologiques" (auto-hypnoses négatives (1)) les processus dissociatifs sont plus profonds que dans les autres pathologies, ce qui en limite l'accès thérapeutique classique à nos collègues et éveillera donc leur intérêt pour une hypnose thérapeutique apparaissant dès lors comme quasi incontournable pour le traitement de certaines de ces pathologies. (hypnose ou thérapie utilisant les états modifiés de conscience (E.M.C.) comme l'E.M.D.R.)

Certains hypnothérapeutes hyper-spécialisés dans le traitement d'une pathologie sont de plus en plus enclins à décrire les pathologies comme des **auto-hypnoses négatives**. Je cite entre autres Johan VANDERLINDEN (17) concernant les crises de BOULIMIE : "Nous avons l'impression que la plupart des patientes sont figées dans un état d'auto-hypnose négatif, répétant continuellement toutes sortes de suggestions et de messages négatifs. A travers ce processus de "fixation mono-idéatoire", l'image de soi négative et les symptômes alimentaires qui leur sont reliés (tout comme les autres comportements perturbés) sont maintenus comme une sorte de prophétie négative auto-réalisée".

¹ Définition au sens général (et non Husserlien) de phénoménologie : étude descriptive d'un ensemble de phénomènes tels qu'ils se manifestent dans le temps ou l'espace, par opposition soit aux lois abstraites et fixes de ces phénomènes, soit à des réalités transcendantes dont ils seraient la manifestation, soit encore à leur critique normative (Cfr. : "vocabulaire technique et critique de la Philosophie" édition P.U.F.)

Voici comment, dans cet exemple, nous pouvons l'utiliser la grille de lecture basée sur la phénoménologie hypnotique; en repérant donc les **phénomènes hypnotiques²** d'une transe BOULIMIQUE nous observons qu'"une patiente boulimique se décrit souvent dans un **"état second" (E.M.C.)**, où elle mange la nourriture comme une **automate (comportement automatique)**, tout en perdant la notion du temps (**distorsion temporelle**), se déconnectant **du** contexte extérieur, **de** la situation, et **de** l'émotion préalable (**dissociations**); elle se bourre de sucreries (**régression en âge**), et même si elle avale des spaghettis non-cuits, elle ne ressent ni douleur (**analgésie, anesthésie**), ni même parfois le goût de certains mélanges d'aliments (**distorsion sensorielle, hallucination négative**). Souvent elle oublie également ce qu'elle a mangé (**amnésie** des aliments ou de la crise elle-même)". On parlerait d'un processus hypnotique pour moins que ça !

En ce qui concerne les ETATS DEPRESSIFS, Michael D.YAPKO (de San Diego) dans son dernier livre sur le sujet, décrit carrément ceux-ci comme des "trances dépressives" (19) .

Le professeur Daniel ARAOZ de New York, depuis 85 (1) décrit l'auto-suggestionnement négatif et l'auto-hypnose négative utilisés dans différents troubles et notamment dans les PROBLEMES SEXUELS. On observe effectivement que l'on peut retrouver des processus de transe légère à modérée dans la plupart des fonctionnements humains, qu'ils soient normaux ou pathologiques. Ceux-ci sont souvent accessibles par des psychothérapies verbales et émotionnelles ne nécessitant pas nécessairement d'état modifié de conscience thérapeutique. Par contre, on observe des états auto-hypnotiques négatifs profonds comme ce premier exemple de la boulimie ; et ces crises, elles, nécessitent des thérapies utilisant la modification de l'état de conscience comme l'hypnose, si l'on veut être efficace et/ou faire de la thérapie brève. On peut penser que les meilleurs psychothérapeutes des thérapies classiques (non-hypnotiques) sont des hypnothérapeutes qui s'ignorent.

Deuxième exemple de crise : les ETATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE : nous avons tous été impressionné par l'intensité des crises de reviviscence de nos patients traumatisés, cette "intensité" est analogue à la "profondeur" d'un état hypnotique.

Depuis la deuxième guerre mondiale, les spécialistes de cette pathologie connaissent la lenteur et le peu d'efficacité des thérapies classiques par rapport à la rapidité et l'efficacité de l'hypnothérapie... (16).

En effet, lorsque l'on comprend que ces patients traumatisés souffrent **dans** un état altéré de la conscience, il semble donc évident qu'il faille les traiter sur un terrain analogue, comme l'état hypnotique.

² Cfr annexe I

Outre les crises boulimiques et les états de stress post-traumatique, on trouve aussi d'autres trances profondes comme les **angoisses, phobiques et autres, les attaques de panique, certains états dissociatifs, les TOC**, certains **états psychosomatiques** (crises d'asthme, crises migraineuses, etc...) et certaines **manies** (trichotillomanie...) (14,15).

Ces diverses crises sont effectivement "vite et bien" traitées par l'hypnothérapie lorsqu'elles ne sont pas compliquées par des troubles de personnalité trop importants, cette efficacité est attestée par de nombreuses publications (3, 5, 7, 9, 10, 18).

Nos confrères curieux des **indications** de l'hypnose, seront ainsi satisfaits de connaître cette liste et ils considéreront les hypnothérapeutes comme des collègues dotés de techniques indispensables complémentaires aux leurs. Si nous pouvons de plus leur décrire la **phénoménologie du processus hypnotique** et leur décrire ensuite les symptômes de ces crises comme des phénomènes hypnotiques **moteurs** du processus pathologique, alors ils découvrent avec un sentiment d'évidence que l'hypnothérapie contient tous les **outils hypnotiques** nécessaires si l'on connaît l'art de la suggestion pour les manier. J'ai surnommé ces phénomènes pathologiques d'allure hypnotique d'une façon médicalisée : **phénomènes "hypnotic-like"**.

Dans le livre "Hypnose médicale" (15) et l'article du "De Sensus" (14), je décris ainsi ces diverses pathologies comme des auto-hypnoses négatives ayant pour symptômes des phénomènes "hypnotic-like" qui seront pour nous autant de "**ficelles hypnotiques**" que le patient nous présente. En les travaillant par des suggestions, à 180 degrés par exemple c'est à dire à contre-sens, on l'aide à dénouer la pelote de noeuds constituant son problème; et parfois un seul de ces phénomènes hypnotic-like transformé positivement suffit à dissoudre la crise (l'interruption d'un pattern interrompt la "gestalt" de la crise). Quelques techniques sont évoquées à la fin de cet article.

Parmi ces phénomènes hypnotic-like on trouve toujours des phénomènes dissociatifs. C'est dans l'état d'esprit de cette introduction, qui est à la fois diagnostique et thérapeutique, que je développe le concept des **TROUBLES DE LA TRANSITION DU QUOTIDIEN (T.D.T)**. Ce concept donne aux hypnothérapeutes des nouvelles pistes thérapeutiques assez simples. Je ne parle pas des transitions entre les différentes étapes de la vie que Jay HALEY décrit dans le travail d'ERICKSON, mais à l'opposé de ces transitions **macroscopiques** de la vie, j'évoque les transitions **microscopiques** quotidiennes.

Dans ce concept, je rajoute aux considérations précédentes, une fonction dissociative à certaines crises ; c'est-à-dire une **utilité** à ces sortes d'hypnoses spontanées et ceci, indépendamment de leurs conséquences négatives : l'utilité donc de permettre, faute de mieux, la **transition** entre 2 contextes ou 2 événements différents de la journée. Je rejoins ici ce que Didier MICHAUX souhaitait pour cette partie du colloque.

Je donne tout de suite quelques exemples : nombreux sont les individus qui en rentrant chez eux après une journée de travail ressentent le besoin impérieux de boire quelques verres d'**alcool** pour "décompresser"; un excès peut être à l'origine d'une véritable **dépendance** à l'alcool, qui appartenait anciennement au diagnostic de l'alcoolose: "l'alcoolisme névrotique à domicile". L'alcool vient modifier chimiquement l'état de conscience.

Il existe des fumeurs qui commencent à **fumer** à ce moment-là de la journée. Que ce soit de la **nicotine** ou du **cannabis** d'ailleurs.

C'est comme si en rentrant chez eux, ces individus avaient besoin de modifier leur état de conscience, et ne peuvent le faire autrement qu'avec un toxique qui le modifie artificiellement.

D'autres le feront par une crise **boulimique** dès qu'ils "rentrent" à leur domicile ; ils se ruent alors sur le frigo et "rentrent" dans leur "état second".

Ce n'est pas toujours entre 2 lieux différents que la transition est difficile, cela peut être entre 2 événements émotionnels différents. Prenons l'exemple de cette patiente boulimique occupée à son domicile, et sa mère arrive à l'improviste, un conflit surgit et produit alors un état émotionnel particulier, la mère s'en va et notre patiente utilise une crise boulimique pour se dissocier de l'émotion.

Pour un **fumeur** ou un **trichotillomaniaque** par exemple, un simple coup de téléphone peut représenter une transition à faciliter par leur rituel. De plus l'acte de fumer "autorise" le fumeur à faire une pause, à déconnecter de son contexte, à mettre à distance une émotion et permet simplement de transiter d'une activité à une autre. Autrement dit, dans la pause-cigarette, ce n'est pas la cigarette qui est utile, mais la pause.

D'autre part, d'un point de vue physiologique, la nicotine ou le cannabis modifient également l'état de conscience; mais de plus pour la nicotine qui est une drogue dure (O.M.S.), cette fonction chez le nicotinodépendant passe probablement après le "besoin" d'interrompre les symptômes stressants du sevrage puisque celui-ci produit de l'adrénaline dont le taux va être immédiatement réduit par la nicotine inhalée.

D'autres effectuent des rituels compulsifs. On retrouve d'ailleurs les **TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs)** principalement aux différents moments de transition entre 2 contextes différents : quand ils **quittent** un endroit pour aller ailleurs ou lorsqu'ils **arrivent** dans un nouveau lieu.

Une de mes patientes, en rentrant de son boulot se balançait répétitivement dans son fauteuil jusqu'à ce que le dossier fasse un trou dans son mur, après ce quart d'heure "peu académique" où elle traversait toute la pièce, elle était prête à s'occuper de sa vie privée.

C'était un **rituel** d'allure compulsive mais son trouble ne rentrait pas dans le diagnostic des TOC.

D'autres pratiquent à cette période de la journée des **achats compulsifs** excessifs ou se lancent dans le **jeu pathologique**.

J'ai également traité un jeune cadre dynamique souffrant d'un **eczéma atopique** depuis sa naissance ; après une journée de travail acharné, il arrivait chez lui et se mettait tout de suite en sous-vêtements dans son fauteuil au salon, et, que son épouse et ses enfants soient là ou pas, il passait 20 minutes à gratter ses croûtes d'eczéma "dans sa bulle", ne pensant à rien d'autre. Puis lorsqu'il avait terminé, il se rhabillait et devenait enfin disponible pour sa famille.

En psychosomatique, d'autres états symptomatiques partagent des analogies avec l'état hypnotique au moment de ces transitions : certains **états migraineux** ou **d'allure grippale** où le patient se décrit "dans le gaz"; des états angineux avec une toux irritative ou hyper-sécrétoire, ou encore des états de fatigue à l'origine de certains syndrômes de **fatigue chronique**.

Dans les transitions difficiles entre l'état d'éveil vers celui de sommeil, nous observons les **insomnies d'endormissement** (avec souvent des prises de drogues diverses pour modifier l'état de conscience) et, dans l'autre sens, des **troubles du réveil** (états somnolents, ralentissements psychomoteurs, émotions pénibles, dans les états dépressifs par exemple...).

On peut également mieux comprendre de nombreux problèmes de **couple** ou de **relation parent-enfant**, qui se génèrent au moment où le travailleur passe de son monde professionnel à l'intimité du foyer.

En anthropologie on a décrit l'importance pour le chasseur préhistorique rentrant de la chasse de "s'asseoir en silence sur son rocher". Il passait du temps immobile, à fixer l'horizon à la recherche d'une "cible". Cette "attente tranquille" lui permettait de "pré-méditer" sa chasse, en se concentrant sur le but à atteindre en recherche d'une solution, en se "dissociant" de sa peur d'être blessé ou d'échouer; ainsi lorsqu'il rentrait chez lui, il était libéré de ses angoisses.

Ce besoin bien humain semble au moins aussi important actuellement. Donc, lorsque l'homme ou la femme moderne rentre à son domicile sans s'être accordé un moment de débrayage professionnel (débrayage de la conscience), sans s'être préparé pour embrayer sa vie privée

et, en l'occurrence, sa vie relationnelle avec son conjoint ou ses enfants ..., la prise de contact peut alors déraiper vers des troubles de la communication, par la fuite ou l'agressivité, l'irritabilité et le rejet verbal ou physique (violences ou indifférences conjugales, abus d'alcool, etc...).



On peut voir ainsi dans ce schéma le fonctionnement de certains **troubles relationnels intra-familiaux** : difficultés scolaires, difficultés relationnelles dans la transition où la mère, après sa journée, transite précipitamment par la crèche pour y récupérer son bébé...

SYNTHESE

Donc, synthétisons de cette manière : **ces troubles de la transe-ition** surgissent souvent chez le patient comme une sorte de nécessité, de besoin, voire de compulsion qui produit une forme de transe hypnotique au moment de certaines transitions quotidiennes. Ainsi, pour beaucoup de patients, ces crises ou abus de toxiques sont des moyens de modifier leur état de conscience pour accomplir la « **transe-ition** » **entre deux** événements différents (deux contextes, deux situations émotionnelles...). Cette sorte d'auto-hypnose (qui produit des conséquences négatives) a pour fonction de faciliter le changement*³ de contexte sur au moins **3 niveaux** de fonctionnement de l'individu :

- le style **d'attention**
- le statut **émotionnel**
- le niveau de **tonus** de leur état lié au contexte qu'ils quittent

cela leur permet de se dissocier de la réalité précédente à ces 3 niveaux, puis de se ré-associer avec la réalité suivante.

On peut poser au moins 3 HYPOTHESES ETIOLOGIQUES :

1. Soit ils n'ont pas accès à une modification naturelle de leur état de conscience, qui se fait spontanément chez l'individu asymptomatique (par différents moyens comme la transe commune quotidienne de Milton ERICKSON (auto-hypnose positive spontanée), ou les activités permettant de dépotentialiser l'activité « cerveau gauche » ou de modifier l'état de conscience) et dès lors, ils provoquent une auto-hypnose à conséquences négatives, faute de mieux.
2. Soit leurs capacités naturelles de modification de conscience sont dépassées par le trop grand contraste entre les deux contextes, à un niveau émotionnel dont arrive pas à se dissocier le plus souvent, et/ou à un niveau attentionnel ou tonique.

Trois situations communes:

- o Soit le contexte qu'ils quittent est chroniquement trop éprouvant pour leurs capacités d'adaptation (comme une situation professionnelle plus frustrante que valorisante ou encore trop insécurisante)
 - o Soit le contexte qu'ils abordent représente une situation-problème qu'ils souhaiteraient fuir (solitude, conflits familiaux...)
 - o Soit ce contexte est un état émotionnel pénible produit par un événement imprévu (cfr. l'exemple de notre patiente boulimique chez qui la mère fait irruption)
3. Soit encore, au cours de leur journée, ils ont accumulé les stress de façon continue car ils n'ont pas eu suffisamment de moments de « décompression » (c'est-à-dire de

³ Tout comme à un niveau plus macroscopique, les crises des étapes de la vie visent à produire un changement d'un fonctionnement à un autre (ex : de l'enfance à l'adolescence, etc.)

dissociation émotionnelle ou attentionnelle ou tonique, du contexte stressant). Ainsi à la fin de la phase active de la journée par exemple, ils n'arrivent plus à créer un état de lâcher-prise autrement que par la « déconnection » procurée par leur crise symptomatique ou par une modification de leur état de conscience par un agent chimique ou simplement par un excès alimentaire ou par d'autres crises déjà évoquées.

Résumons une transition classique : un sujet investi dans une activité professionnelle nécessitant une grande concentration pourra avoir des difficultés à débrayer en rentrant chez lui. Il passera souvent de la sur-stimulation relationnelle et/ou d'un stress de rentabilité du milieu professionnel à une solitude, un calme sans attente à son domicile, ou au contraire à un stress familial très différent.

Passons aux **UTILITES THERAPEUTIQUES**

Premièrement :

Une PREVENTION des troubles de la transition pourrait être facile à instaurer dès l'âge scolaire : il s'agirait d'apprendre à **ponctuer** le rythme toujours plus rapide de notre vie occidentale, par des petites pauses comme l'auto-hypnose ou le simple respect du rythme "Ultradien" (17). Une étude statistique de ces troubles (T.D.T.) DEVRAIT montrer leur accroissement proportionnellement à l'accélération du rythme de vie et des exigences multiples de la modernité comme on l'a déjà démontré dans les troubles dépressifs. Ex : GSM : intrusion consciente dans les bulles créées.

Deuxièmement :

L'utilisation du RECADRAGE : les patients qui subissent leurs crises en souffrant de leur perte de contrôle avec un sentiment d'impuissance, sont amenés à **redéfinir**, avec l'aide du thérapeute, leur état de crise comme une recherche active et utile du cerveau⁴ afin de modifier son état de conscience pour effectuer une transition. Et c'est cette tentative auto-hypnotique maladroite qui produit des symptômes, en attendant de trouver mieux. Donc, d'une part, le patient réalise que ce qu'il croit subir passivement, c'est lui-même qui le produit activement (reprise d'un sentiment de contrôle); d'autre part, il comprend comment il génère et aggrave ses symptômes (auto-suggestions et processus auto-hypnotiques "négatifs"). Ainsi le patient va de lui-même déduire que l'une des stratégies thérapeutiques principales est l'auto-hypnose. Il va donc pouvoir apprendre comment modifier et gérer ses troubles avec un thérapeute qui va l'aider à se familiariser avec les processus hypnotiques (positifs puis négatifs).

⁴ une sensation de fatigue, par exemple, est le meilleur signal que le cerveau produit pour montrer son besoin de changer d'état de conscience

Donc troisièmement :

- I. L'apprentissage de L'AUTO-HYPNOSE positive pour réussir ses transitions (substitution), l'autohypnose vole la fonction transitionnelle de la crise.

Ou mieux encore:

- II. La transformation de l'auto-hypnose négative en auto-hypnose positive, ou l'interruption (ou la sortie) de l'auto-hypnose négative.

I. Dans la première de ces deux stratégies, l'utilisation de l'auto-hypnose va permettre aux sujets de respecter cette fonction de "sas de décompression" pour **débrayer** (dissociation) avant d'**embrayer** (association) dans le nouveau contexte. Et cela en changeant un, deux et/ou trois des paramètres de son état c'est-à-dire en changeant d'état émotionnel, de style attentionnel et/ou de niveau de tonus.

Exemple: On peut grâce à cette fonction de l'auto-hypnose, quitter un registre typique des dépendances que ce soit à l'alcool, à d'autres toxiques ou médicaments comme les tranquillisants, mais aussi des dépendances à la nourriture. Dans ces registres le patient recherche à l'**extérieur** des "choses à faire rentrer en lui" pour améliorer un état **intérieur**. L'auto-hypnose elle, apporte une réelle solution à cet état intérieur puisqu'elle est elle-même productrice de ressources intérieures, (donc une solution venant non pas de l'extérieur mais de l'intérieur).

Du point de vue stratégique, l'auto-hypnose ne doit pas dans un premier temps être prescrite pour remplacer la crise mais doit être faite avant la crise dans un contexte différent de la crise. (effet auto-hypnotique du contexte). Donc l'auto-hypnose ne doit pas être liée à un interdit de plaisir ou entrer en compétition avec le trouble.

Résumé d'un processus de base de l'auto-hypnose pour réussir ses transitions du professionnel vers le privé :

1. **Pré-induction** :

augmentez votre conscience du moment où vous fermez la porte de votre bureau ... de votre voiture ... sentez le contact de votre main sur la poignée... ou lorsque vous coupez le moteur de la voiture, ou que vous éteignez votre PC..

2. **Induction** :

Placez vos 2 mains devant vous: mains ouvertes et tendues l'une face à l'autre. Prenez conscience que vous **QUITEZ** la situation précédente en vous concentrant sur un souvenir positif même tout petit.. Un souvenir positif peut en cacher un autre positif.. comme un train. Fermez les paupières comme on **ferme** une porte **sur l'extérieur**, le temps de vous donner un peu de temps ... pour vous-même.

Imaginez que chaque main contient un aimant attirant l'autre, sentez le volume de l'espace à l'intérieur des mains qui se ferment sur l'extérieur, puis lorsque les mains se

rencontrent, elles créent un **espace intérieur**, coupé du monde. Ces mains créent des "parenthèses" dans le temps. (Pose-dépose-pose)

A chaque expiration vous évacuez le stress de la situation précédente et ce qu'il reste de son tonus et de ses sensations émotionnelles.

A chaque inspiration vous faites rentrer en vous du calme, du confort, de la sérénité... L'émotion qui vous convient pour vous ressourcer, vous **réparer**.

3. **Utilisation de cet espace-temps pour :**

a) « **D'ABORD SE REPARER** »

- o Imaginez **RENTREZ** librement dans un endroit (3 alternatives)
 - "**protégé** des autres, où vous êtes enfin avec vous-même"
 - "**sécurisant**, que vous pouvez librement construire avec votre propre imagination", en toute insouciance.
 - "représentant un **SAS de décompression**"
- o Laisser l'inconscient s'activer à vous **réparer** de tous les stress de cette journée, tout comme la respiration permet à votre corps d'accomplir toutes les réparations de chacune de vos cellules.

b) « **SE PREPARER** »

SORTEZ de ce **SAS DE DECOMPRESSION** et imaginez-vous **RENTREZ** dans la situation suivante en sentant par exemple la poignée de la porte et l'**ouverture** de cette porte, en observant:

- l'augmentation de votre attention (visualisez déjà ce que vous allez faire, vivre, ...). "Concentrez-vous pleinement sur ce que vous faites, sur ce que vous ressentez"
- "votre tonus s'adapte spontanément"
- et vous pouvez sentir votre état émotionnel s'adapter parfaitement à cette nouvelle situation : "laissez-vous ressentir les sensations de l'émotion que vous procure ce que vous vivez déjà ..."

4. **réveil** : retour à l'état de conscience d'éveil, en fermant le « sas » derrière vous, puis "ouvrez les mains, ouvrez les yeux, ouvrez vos sens... Ouvrez réellement la porte du contexte suivant".

II. Dans la 2ème de ces stratégies, il s'agit en hétéro-hypnose de découvrir avec le patient comment transformer sa crise auto-hypnotique négative en auto-hypnose positive.

Voici les étapes que je propose :

- 1) on lui fait décrire la crise in extenso en insistant sur chaque phénomène d'allure hypnotique. Ainsi grâce à notre grille de lecture des phénomènes hypnotiques, nous repérons les phénomènes hypnotic-like (PHL) que nous allons modifier.

- 2) L'hypnothérapeute choisi le PHL qui lui paraît le plus déterminant ou le plus facile à travailler.
- 3) L'induction peut se faire en suggérant la séquence de la crise qui a été décrite par le patient en utilisant ses auto-suggestions et ses PHL.
- 4) Puis le thérapeute évoque le PHL choisi pour le faire survenir à l'avant-plan.
- 5) On utilise des suggestions visant à le modifier le PHL soit pour qu'il s'interrompe soit pour l'inverser à 180 degrés.
- 6) Après le réveil, on évalue la progression du travail pour prévoir la séance suivante.

En **annexe 1** voici le résumé de quelques techniques d'ancrage que j'utilise ensuite comme :

- L'expérience de la pause (le plus simple pour respecter le cycle ultradien)
 - l'auto-ancrage simple,
 - l'auto-ancrage exceptionnel,
 - le double ancrage (version simplifiée ici) et les stratégies de tâches transitionnelles.
- On peut en puiser des exemples chez les sujets sains comme vous et moi...

En effet, il y a peu, je discutais avec votre célèbre écrivain Eric-Emmanuel Schmitt, qui habite près de chez moi à Bruxelles et qui me décrivait comment se produisait sa transe-ition lorsqu'il décidait de commencer à écrire: "Après réflexion sur son sujet, il s'assied devant son bureau et se sent saisi par une forte somnolence, il sent sa tête tomber sur sa feuille, plonge dans une sorte de sommeil profond de 20 minutes et lorsqu'il se réveille, il se retrouve entièrement **dans** l'histoire qui s'écrit alors de façon fluide sans qu'il n'aie plus besoin de réfléchir".

Annexe 1 :

Expérience de la pause

Induction auto-hypnotique (livre posé dans la main droite et fil qui tire la main gauche)
(ballon de baudruche, fil imaginaire...)

Puis laissez votre corps se **poser** pour « une **pause** qui **repose** la conscience » et qui *laisse* l'inconscient travailler à activer ses capacités d'auto-guérison (rêverie par exemple).

Transition pour boulimique :
auto-ancrage simple

Laissez-vous trouver un endroit de SECURITE où vous êtes enfin seuls, il peut être réel ou imaginaire.

Par exemple : s'imaginer ailleurs, dans un endroit **protégé** de l'enfance, **un petit coin sûr** où revient automatiquement un sentiment de sécurité qui peut remplir tout le corps et où l'on profite d'un moment solitaire avec soi-même, où l'on n'est pas dérangé par la présence des autres

Auto-ancrage
« exceptionnel »

- 1) Fixation d'un point → fermeture spontanée des yeux
- 2) Remémoration d'une situation exceptionnelle = sans le problème ou imagination d'une telle situation en supposant qu'elle a été oubliée

Mode : Visuel voir et se voir
 Auditif
 Kinesthésique
 Olfactif et GUSTATIF

+ Amplification au MAXIMUM → 1^{er} ancrage : main/épaule (Citrenbaum)

Puis Faire le lien avec ancrage personnel en remontant à la source de cette RES-SOURCE et en écoutant ce qui vient de l'intérieur → son

- image
- impression

Projection dans le futur
Réveil

DOUBLE ANCRAGE SIMPLIFIE (Sens inverse de l'auto-ancrage exceptionnel)

- a) Endroit de sécurité (possibilité de refuge pendant la séance)
- b) Le quitter dès que vous êtes prêts à vous souvenir de votre dernière crise, état pathologique, vous allez dans votre état pathologique (VAKOG : mots du patient décrivant l'état, les troubles, ...) cet état second (reconstitution du problème et de son état « in vitro »)
Utiliser le langage du patient.
- c) Laissez votre Inconscient trouver
Cet Inconscient va trouver

comment sortir de cet état
ou (2^{ème} possibilité) changer d'état ou transe-former cet état

Quand vous avez suffisamment changé d'état (signaling) ou que vous serez suffisamment sorti de cet état pénible, remonter à la source de ce changement, à la source de cette ressource.

Sentez cette capacité inconsciente qui vous a fait sortir de cet état ou transformer cet état et rapprochez-vous ainsi de cette ressource inconsciente.

Et écoutez ... voix intérieure
Voyez ... un petit quelque chose, une image, un mot, une impression.. Y a t-il une forme à la source de cette ressource ?

= AUTO-ANCRAGE : un petit quelque chose de ce nouvel état K si pas de V ou A
un mot ...
Est-ce qu'il représente le plus cette ressource ou la source de cette ressource ?

d) facultatif :

ANCRAGE dans un autre modalité

Ex : Citrenbaum(4) : main « coup de main »

Prêtez main forte ... passez la main à l'inconscient

Contact avec la réalité ... (aide extérieure : soutien d'un ami)

e) Retour : SECU si pas le temps (d)

expérimenter ancrages dans états pathologiques futurs + paradoxe → et ... : dire ancrage ne pas utiliser avant (f)

Annexe 2 :

APERCU DES PHENOMENES HYPNOTIQUES

PHYSIOLOGIQUES

- Catalepsie musculaire (+43% de force)
- Mouvements automatiques, « paralysie »
- Vasoconstriction
- Organes internes « retour a un fonctionnement de base »
- Inhibition des réactions allergiques
- Distorsions des perceptions sensorielles

avec suggestion :

- Modifications métaboliques (glycémie)
- Modifications diverses de la peau
- Variations immunitaires

PSYCOLOGIQUES

- Hypermnésie
- Amnésie
- Régression en âge
- Progression en âge
- Distorsion de la perception du temps
- Accès à l'émotionnel
- Diminution des inhibitions de la pensée, des émotions et des comportements
- Détachement par rapport au corps, avec modification des perceptions de la position du corps dans l'espace et dans le temps.

avec suggestion :

- Rêves hypnotiques
- Hallucinations positives ou négatives
- Suggestion post-hypnotique
- Dissociation : essence même du phénomène hypnotique

Références:

- 1) Araoz D. (1985, 1995). *The New Hypnosis*, Brunner/Mazel, New edition Aronson
- 2) Bourgeois P. (1991). *Le rôle des états modifiés de conscience et des émotions induites dans l'évocation des informations liées à un état*, Phoenix Editions n°11-12, 75-79
- 3) Cedercreutz C., Lahteenmaki R. & Tulikoura J. (1976). *Hypnotic treatment of headache and vertigo in skull-injured patients*, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 195-201.
- 4) Citrenbaum M.E., King M.E., Cohen W.I. (1985). *Modern Clinical Hypnosis for Habit Control*, London, Norton & Company Ltd.
- 5) Collison D.R. (1968). *Hypnotherapy in the management of asthma*, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 11, 6-11
- 6) Edgette John H. et Edgette Janet Sasson. *Manuel des phénomènes hypnotiques en psychothérapie*, Ed. Satas 2001, *The Handbook of Hypnotic Phenomena in Psychotherapy*, Brunner/Mazel, Inc., New York
- 7) Frankel F.H. & Orne M.T. (1976). *Hypnotizability and phobic behavior*, *Archives of General Psychiatry*, 33, 1259-1261
- 8) Hilgard E.R. (1965). *Hypnotic Susceptibility*, New York, Harcourt, Brace & World
- 9) Ikemi Y. & Nakagawa S. (1962). *A psychosomatic study of contagious dermatitis*. *Kyushu Journal of Medical Science*, 13, 335-350
- 10) John R., Hollander B. & Perry C. (1983). *Hypnotizability and phobic behavior : Further supporting data*. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 222-228
- 11) Kaffman, M. (1991). Monoideistic disorders and the process of suggestion Anorexia nervosa as a paradigm. In J.F.Schumaker (Ed.), *Human suggestibility. Advances in theory, research, and application* (pp.289-308). New York : Routledge.
- 12) Kaffman, M., & Sadeh, T. (1989). Anorexia nervosa in the kibbutz : Factors influencing the development of a monoideistic fixation. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 33-54.
- 13) Mairlot E. (1992). *Pour une métaphore efficace, une méthode régressive progressive*. Phoenix N°15, p.43-47
- 14) Mairlot E. (2000). *Des états pathologiques aux états hypnotiques en passant par les troubles de la transe-ition*. De Sensus Tome 1, Editions de l'Arbousier, 145-154
- 15) Mairlot E., (2003), (Roustang F., Vanderlinden J., BenHaïem J-M, etc.) "*Etats hypnotiques*" et "*Etats pathologiques*": analogies et stratégies, Med-Line Editions, p157 à 174
- 16) Mairlot E. RTBf 4/3/04, traitement d'un ESPT en 2 heures en tout et pour tout, dans le cadre strict de l'émission télévisée "Chacun son histoire" (MmeP.P.) (guérison contrôlée, 7 mois de follow-up à ce jour)
- 17) *Psychobiologie de la Guérison*, Rossi E.L., Hommes & Perspectives / Desclée de Brouwer, Epi, Paris, 1994
- 18) Spiegel H. & Spiegel D. (1978). *Transe and treatment : Clinical uses of hypnosis*. New York, Basic Books.

- 19) Vanderlinden, J. et Vandereycken, W. (2000). Traumatismes et troubles du comportement alimentaire, guide diagnostique et thérapeutique, p121, Ed.Satas (titre original : Trauma, Dissociation, and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders, Ed Brunner/Mazel, Inc., 1997)
- 20) Yapko M. (1992). Hypnosis and the Treatment of Depressions, Brunner/Mazel
- 21) Yapko, M. (2001). Treating Depression with Hypnosis, Brunner