

Des états pathologiques aux états hypnotiques en passant par les troubles de la transe-ition

Docteur Eric Mairlot - Belgique

Mots clefs : états pathologiques, phénomènes hypnotic-like, auto-hypnose négative, troubles de la transition (transe-ition), auto-ancrage, double-ancrage, auto-hypnose, phobie, PTSD.

La première partie de cet exposé vise à mettre en évidence les similitudes que l'on peut trouver entre certains processus pathologiques et les processus hypnotiques. Cette présentation est le fruit de deux observations : premièrement, les médecins et autres thérapeutes connaissant peu l'hypnose posent inmanquablement la question de ses indications. Or, lorsqu'on parcourt la littérature scientifique, on est surpris par l'extrême diversité des pathologies traitées par l'hypnose clinique même si une partie de ces problèmes répondent probablement davantage à la suggestion qu'à l'hypnose proprement dite (incluant un état modifié de conscience). Ainsi, si l'on considère l'hypnose sous l'angle de l'hypnotisme, c'est-à-dire comme un outil utilisable au sein d'un modèle thérapeutique quel qu'il soit (analytique, systémique, cognitivo-comportementaliste ou autre), les indications de l'hypnose deviennent extrêmement larges : chaque psychothérapeute, quel que soit

son modèle, pouvant y intégrer l'hypnose. Secondement, on observe en hypnose clinique des améliorations et des **guérisons** plus rapides dans certains types de pathologies (et non pas dans certaines structures de personnalité hystériques par exemple, comme on le croyait autrefois suite aux travaux de Charcot). Des études ont démontré l'importance de l'habileté hypnotique du patient (hypnotisabilité) dans l'étiologie et dans le traitement de certaines pathologies psychosomatiques (c.f. les études publiées sur l'asthme : Collison (68), les migraines : Cedercreutz (76,78) ; les douleurs chroniques, lombaires et du trijumeau : Hilgard (84) ; les allergies : Ikemi (62) ; la nausée et les vomissements de la grossesse : Apfel, Frankel (86)). Parmi les problèmes d'ordre plus psychologique, Frankel et Orne (76) ont montré que les phobiques étaient également de meilleurs sujets hypnotiques que la moyenne. John et Perry l'ont démontré pour les boulimiques (83). Les Spiegel (78) défendent ainsi la thèse selon laquelle l'habileté hypnotique devient un indice du type de pathologie qu'un individu serait amené à développer ! Cette vue synergique avait déjà été évoquée par Faria en

1819. Ainsi, de même que l'on parle communément des « états hypnotiques », on pourrait parler « d'états pathologiques » comme les états phobiques, états de panique, pensées et comportements automatiques (T.O.C.), états post-traumatiques, boulimiques, voire psychosomatiques. On retrouve cette synergie, à des degrés divers, dans les troubles anxieux tels que ceux que nous avons évoqués. Décrivons brièvement dix exemples.

◆ 1 L'attaque de panique

En écoutant un patient décrire sa crise de panique, on observe la survenue extrêmement rapide d'une série de symptômes que l'on peut classer dans les phénomènes idéodynamiques (phénomènes idéo-moteurs, idéo-sensoriels, idéo-affectifs et idéo-cognitifs). Il arrive que nous fassions remarquer au patient : « Pour parvenir à générer ces phénomènes physiologiques, quelqu'un qui ne sait pas produire d'attaques de panique devra s'entraîner durant de nombreuses séances d'hypnose, tandis qu'un sujet paniqueur parvient très facilement à reproduire sa crise d'angoisse immédiatement en hypnose, si tel est le but de la séance naturellement ; car il sait sans le savoir comment faire. » Ainsi, en amenant petit à petit le patient à comprendre ses symptômes sous l'angle des interactions existant entre ses pensées (auto-suggestions) et ses émotions, ses sensations et ses comportements, et en lui faisant sentir combien ces interactions sont facilitées par un état modifié de conscience, son impression de perte de contrôle

pathologique se trouve recadrée. En effet, au lieu de subir son symptôme comme surgissant d'on ne sait où, le patient réalise qu'il produit son angoisse lui-même, au moyen d'autres mécanismes de contrôle non-volontaire analogues aux mécanismes hypnotiques. L'apprentissage du processus hypnotique avec le thérapeute sera une sorte de familiarisation avec la modification de l'état de conscience qui permettra au patient d'apprivoiser les phénomènes auto-hypnotiques positifs, pour ensuite gérer son auto-hypnose négative... et donc ses symptômes.

◆ 2 Le syndrome de stress post-traumatique (P.T.S.D.)

Il s'agit également d'une pathologie très parlante. Voici ce qu'en dit une spécialiste (membre du Stress Team de la Gendarmerie) traitant principalement ce type de troubles dès leur apparition : « Les patients sont déjà en transe, c'est comme s'ils étaient encore dans la situation, comme bloqués dans l'évènement vécu. Il est facile d'induire chez eux un état hypnotique, puisqu'ils sont déjà dans cette auto-hypnose négative. » On constate que ce terme d'auto-hypnose négative apparaît de plus en plus souvent dans le langage des hypnothérapeutes depuis l'ouvrage « New Hypnosis » de Daniel Araoz. Le schéma du Dr Ph. Bourgeois permet également de mieux saisir la genèse hypnotique du PTSD. Ce schéma reprend la théorie des éthologues : un animal face au danger a le choix entre attaquer ou fuir (« fight or flight »), avec comme troisième option l'immobilité. Quand l'être humain ne peut ni

fuir ni attaquer, il ne peut que rentrer dans cet « état cataleptique »... il se sent paralysé et se dissocie alors d'une réalité jugée trop pénible en entrant dans une auto-hypnose protectrice, souvent accompagnée d'un phénomène hypnotique : l'amnésie totale ou partielle. Celle-ci peut souvent être levée dans un état hypnotique induit par la suite. Par contre, si ce mécanisme de protection hypnotique échoue, cela entraînera plutôt une hypermnésie multisensorielle, qui peut se répéter toute une vie. Cette reviviscence du trauma est analogue à une forme d'auto-hypnose. Le renouveau de l'hypnose dans ce XXe siècle trouve d'ailleurs son origine dans la 2ème guerre mondiale : devant le nombre impressionnant de PTSD chez les soldats, les psychiatres américains ont utilisé l'hypnose afin de dissocier les émotions de la situation traumatisante, permettant à 70 % d'entre eux de réintégrer leurs rangs ! Or, si ces spécialistes firent alors appel à l'hypnose, c'est non seulement à cause de la lenteur des psychothérapies à dominante verbale de type psychanalytique, mais probablement parce qu'ils avaient l'intuition que ces patients souffraient dans un état modifié de conscience et donc, que le meilleur accès à ce terrain était l'hypnose, puisqu'elle opérait sur un terrain analogue.

◆ 3 Les états phobiques

Le patient semble hypnotisé par la situation phobogène : en fait, il s'hypnotise sur la situation ou l'objet de sa phobie, en rétrécissant son champ de conscience, notamment perceptif. Pensons par exemple à l'agoraphobe qui marche dans la rue : il marche

rapidement, en regardant par terre juste devant lui, comme s'il portait des œillères, ne percevant pas ce qui se trouve autour de lui ; c'est pourquoi il sursaute au moindre bruit, ou lorsqu'il croise un inconnu : il induit ainsi son état anxieux. Quant aux **phénomènes hypnotic-like** de l'anxiété phobique, il est intéressant de les examiner l'un après l'autre.

Exemples de phénomènes physiques :

- La catalepsie musculaire : le regard fixe, la sensation d'être pétrifié, l'incapacité de bouger.
- Les distorsions perceptives : souvent dans le sens de l'augmentation ; un exemple visuel : un phobique peut repérer une araignée sur un rideau à 15m de lui, etc.

Exemples de phénomènes psychiques :

- Hypermnésie de situations phobiques pénibles dans le passé.
- Amnésie de situations antérieures surmontées.
- Distorsion temporelle.
- Accès (brutal) à l'émotionnel.
- Baisse des inhibitions de la pensée rationnelle, perte du sens critique (« je vais mourir... »).
- Hallucinations positives ou négatives : le corps se vide de son sang, ou est parcouru par un courant électrique.
- Les suggestions post-hypnotiques à la fin d'un état phobique : le sujet se dira par exemple « si je reprends l'ascenseur, mon

cœur va lâcher ». Il construit ici sa phobie par l'évitement.

- Dissociation de tous les stimuli ou des repères perceptifs de la pensée critique, de la probabilité de non-danger ou même du danger réel de la situation phobogène.

◆ 4 Les troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C)

Cette pathologie permet également de saisir le lien entre la production des symptômes et l'état modifié de conscience. En effet, les idées obsessionnelles intrusives ne surgissent-elles pas comme des suggestions directes ou indirectes entraînant irrésistiblement des actes automatiques et répétitifs ? Et ces rituels, de par leur répétition, n'entraînent-ils pas un approfondissement de l'état d'auto-hypnose négative du patient, lui permettant par exemple de mettre à distance des émotions comme l'angoisse ?

◆ 5 Ajoutons l'exemple frappant des troubles boulimiques.

Une patiente boulimique se décrit souvent dans un état " second ", où elle fonce sur la nourriture comme une automate ; elle avale en perdant la notion du temps, en perdant de vue le contexte extérieur, la situation et l'émotion préalable (dissociation) ; elle se bourre de bonbons (régression en âge), et même si elle avale des spaghettis non-cuits, elle ne ressent ni douleur, ni même parfois le goût (analgésie, anesthésie). Souvent elle oublie également ce qu'elle a mangé (amnésie des aliments ou de la crise elle-même).

◆ 6 Les bouffées délirantes

A ce sujet, j'ai pu observer qu'un patient pouvait s'en déclencher lui-même par de longues fixations visuelles, sans du tout savoir qu'il s'agissait d'une technique d'induction hypnotique. Il vivait alors des hallucinations analogues aux hallucinations hypnotiques, et allait jusqu'à la déréalisation pendant plusieurs jours (cf. dissociation).

◆ 7 En psychosomatique,

de nombreux « états » peuvent être décrits. Les plus frappants sont *les états allergiques*, prenons l'exemple de l'état asthmatique. La première fois que j'ai pu reproduire ces phénomènes idéo-moteurs (bronchoconstriction et vasodilatation dans les muqueuses) en séance d'hypnose, c'était avec un garçon de 12 ans, asthmatique, allergique à 19 allergènes. Avec son accord, je l'ai aidé à visualiser un chat ; cela lui a suffi pour déclencher une crise. Grâce à cela, il a acquis un extraordinaire sentiment de contrôle : il savait maintenant comment provoquer ce qu'il subissait jusque-là, et donc il savait également comment arrêter les crises pouvant survenir dans le futur. D'ailleurs, après un an d'auto-hypnose, les crises avaient disparu...

◆ 8 Evoquons également les troubles sexuels :

(on pourrait parler « d'états sexiques » pour que tous ces états pathologiques continuent de rimer avec états hypnotiques !). Alors que, pour la 3^{ème} fois, j'interrogeais un

patient, souffrant d'une perte d'érection juste avant la pénétration, sur ce qu'il se disait en lui-même avant le coït, celui-ci persistait à me répondre qu'il ne se disait rien de particulier, et que « *l'érection partait toute seule* ». Il rapporta à sa compagne mon insistance, et elle lui répondit : « *Mais bien sûr que tu dis souvent : ça ne va pas tenir* ». Voilà une auto-suggestion particulièrement « puissante », car pour arriver à l'amnésie d'une phrase prononcée fréquemment à voix haute, il faut l'aide d'un « bon » état modifié de conscience !

◆ 9 Les états dépressifs

Je vous renvoie à l'exposé de D. Megglé qui décrit la théorie de M. Yapko sur la « transe dépressive » comme étant une forme d'auto-hypnose négative.

De plus, je propose de regrouper un certain nombre de problèmes sous un vocable fonctionnel :

◆ 10 Les troubles de la transe-ition

J'évoque ici les situations de transition entre deux contextes ou événements différents, et qui posent problème.

Exemple typique : les patients qui, en passant de leur contexte professionnel à leur contexte privé, ressentent un besoin quasi irrésistible de produire un symptôme voire une crise. (Un des synonymes du mot transe est le mot crise. cf: Larousse). Cet état pathologique, une **transe négative** qui aurait en fait *pour fonction* de modifier leur état de conscience pour accomplir **la transition**, ce

changement de contexte. En effet cette transe modifie leur style d'attention et leur statut émotionnel.

On peut poser deux hypothèses explicatives : soit ils n'ont pas accès à une modification naturelle de leur état de conscience, qui se fait spontanément chez l'individu asymptomatique, et dès lors ils provoquent une auto-hypnose à conséquences négatives, faute de mieux, soit leurs capacités naturelles de modification de conscience sont dépassées par le trop grand contraste entre les deux contextes, à un niveau émotionnel le plus souvent, et/ou à un niveau attentionnel.

Un sujet investi dans une activité professionnelle nécessitant une grande concentration pourra avoir des difficultés à débrayer en rentrant chez lui. Il passera également souvent de la sur-stimulation relationnelle du milieu professionnel à une solitude à son domicile, ainsi que d'un stress de rentabilité à une sorte de calme sans attentes, ou à un stress familial très différent.

Quelques exemples :

certain patients souffrant d'un eczéma atopique passent 20 minutes à gratter leurs croûtes dès qu'ils rentrent chez eux après une journée de travail. Cela peut être pour quelqu'un d'autre une crise boulimique, ou l'engloutissement de 8 verres d'alcool ou d'un autre toxique.

Une de mes patientes se balançait répétitivement dans son fauteuil jusqu'à ce que le dossier fasse un trou dans son mur ! Certains utilisent des rituels que l'on peut classer

dans les TOC. D'ailleurs, on observe aussi des TOC dans la transition inverse, c'est-à-dire entre le lever matinal et le départ vers l'activité professionnelle. La dépendance tabagique peut également être vue sous l'angle des troubles de la transition : la cigarette « autorise » le fumeur à faire une pause, à déconnecter, à mettre à distance une émotion, et permet donc aussi de transiter d'une activité à une autre.

Il y a encore de nombreux exemples de ce genre de troubles partageant des analogies avec l'état hypnotique : les manies comme la trichotillomanie, etc... .

Pour tous ces troubles de la transition, l'apprentissage de l'auto-hypnose va permettre aux sujets de respecter cette fonction de « sas » pour débrayer, c'est-à-dire pour changer d'état émotionnel et/ou attentionnel.

D'autres stratégies sont utiles, comme l'établissement d'ancrage, d'auto-ancrage ou de double ancrage, ou la prescription de tâches transitionnelles.

◆ La technique du double ancrage

L'idée m'en est venue en découvrant l'étonnante efficacité de l'auto-ancrage surgi chez Philippe lors d'une séance d'hypnose. Une efficacité étonnante car pour qu'un ancrage positif inhibe un ancrage négatif efficace pendant 44 ans et résistant aux thérapies du changement (thérapie comportementale, thérapie brève, AT)... !

Par la suite, j'ai essayé de susciter des auto-

ancrages avec plusieurs patients « chroniques », mais cela était trop rarement reproductible. Nous ne rencontrons hélas pas que de bons patients riches en ressources et en créativité ! D'où l'idée de commencer par un ancrage suggéré « de l'extérieur » (rôle du thérapeute), et de l'associer à l'émergence d'une pensée ou sensation personnelle du patient. Cette pensée ou sensation provenant du patient lui-même va nous servir d'ancrage, un auto-ancrage souvent plus efficace que le premier, et qui donc va le supplanter. Cette séquence semble très utile pour faciliter une émergence de la profondeur ; ces éléments (cognitifs le plus souvent) sont en effet chargés de sens conscient et/ou inconscient pour l'individu.

Voici par exemple une stratégie par rapport à une pathologie de la transe-ition comme la boulimie ou la prise ponctuelle de toxiques : on recherche en hypnose un moment exceptionnel où toutes les composantes du contexte étaient réunies pour produire une crise, et où la crise ne s'est pas produite... comme par *enchantement*. En fait, cet enchanement n'est autre qu'une **auto-hypnose spontanée réussie** qui a permis la transition. On aide le patient à amplifier la reviviscence de ce moment (VAKOG) et l'émotion qui y est liée (métaphore de l'amplificateur) : on augmente son sentiment de confiance en ses capacités inconscientes, sa maîtrise spontanée, ses mécanismes de contrôle naturel.

Puis, par exemple, on utilise **l'ancrage de Citrenbaum** : on pose la main sur l'épaule du sujet (lui ayant bien sûr demandé l'auto-

risation avant la séance) ; puis on suggère qu'il pourra lui-même faire appel à ce sentiment de confiance en ses capacités de contrôle indirect, à tout moment et dans toute situation, en posant lui-même sa main sur son épaule. Peut-être alors une pensée va-t-elle venir du plus profond de lui, une pensée qui lui est personnelle ; peut-être l'entendra-t-il (une voix que peut-être il n'a pas entendue pendant cette situation exceptionnelle, ou qu'il a oubliée), peut-être la verra-t-il ou la sentira-t-il...

Puis on laisse travailler l'inconscient du sujet. Si rien ne se présente, on propose une suggestion post-hypnotique : quant le patient effectuera l'ancrage en auto-hypnose ou en situation, cette pensée viendra. Citons l'exemple de cette patiente boulimique depuis 20 ans, dont l'auto-ancrage thérapeutique fut une voix venant de l'intérieur : *« reviens... reviens... reviens... »*.

Voici encore une belle illustration de la crise boulimique comme étant une forme de transe pathologique profonde, qu'il faut *transformer* pour revenir à soi-même (un des synonymes du mot transe est d'ailleurs le mot crise, cf. Larousse).

◆ Une hypothèse personnelle sur la genèse de nombreuses phobies

Nous terminerons par une hypothèse susceptible d'expliquer la présence d'un terrain de modification de conscience dans certaines phobies, et probablement même à l'origine de certaines phobies dans deux cas de

figure : le premier est le plus classique.

Une situation inconnue surgit ; or nous savons que l'effet de surprise est un grand inducteur d'états modifiés de conscience (on peut d'ailleurs l'utiliser pour induire un état hypnotique).

De la même façon, la perte des repères anciens face à l'irruption d'un contexte nouveau peut induire un état modifié de conscience. Si cette situation inconnue est vécue comme un danger potentiel, l'angoisse survient et augmente encore la confusion, ce qui contribue à approfondir l'état modifié de conscience (auto-hypnose négative). Ce trauma phobogène peut être ponctuel, mais il peut également survenir par la répétition d'évènements analogues insuffisamment métabolisés. Quelle qu'elle soit, la situation traumatique s'imprime alors (empreinte hypnotique) ; elle peut être encore accessible à la conscience et identifiée en tant que causalité de la phobie, ou ne pas l'être, la phobie est alors considérée comme complètement irrationnelle. Par la suite, dès que le sujet perçoit dans une situation concrète une analogie avec la situation d'origine, il y a reproduction d'éléments du **premier processus hypnotique négatif** qui suggère automatiquement les émotions qui y étaient vécues. On sait que dans le mode de fonctionnement hypnotique la pensée procède par analogies et associations ; d'où certaines associations parfois très lointaines.

Ainsi, la situation phobique peut ne plus offrir de lien logique apparent avec le trauma initial : cela permet de voir la théorie du déplacement de Freud sous un autre angle.

Le second cas de figure générant une phobie est plus original. Notre hypothèse est basée sur l'observation d'un certain nombre de patients phobiques ; elle permet d'expliquer pourquoi des événements mineurs, c'est-à-dire sans aspect traumatisant, peuvent néanmoins provoquer des phobies, voire des PTSD. Ce qui vient produire l'angoisse et l'effet traumatisant est l'état modifié de conscience qui **soit précède** la situation traumatique et que l'on retrouve par anamnèse, **soit accompagne** une situation de façon inadéquate, ou vécue comme telle a posteriori.

La première situation est plus simple. Le mécanisme sous-jacent peut même expliquer certains PTSD non-crédibles pour les experts des assurances car d'apparence fort disproportionnés ; en voici un exemple : *« vous vous trouvez dans une situation particulièrement calme... ou particulièrement agréable... sur une plage ou dans un parc ou ailleurs... vous y ressentez une sensation de bien-être de plus en plus intense... qui s'accompagne d'un sentiment de sécurité dans lequel vous vous laissez aller confortablement... étendu, détendu... »* Tout-à-coup, un chien passe sur votre ventre en aboyant, et s'en va, sans même vous mordre. Vous risquez de développer une phobie des chiens, parce que vous vous trouviez déjà dans une auto-hypnose induite par une situation confortable et sécurisante en apparence : cet état modifié de conscience vous rendait plus réceptif et donc plus impressionnable. Ainsi, l'effet de surprise approfondit pendant quelques instants cet état auto-hypnotique,

et l'effet de contraste émotionnel transforme l'insouciance en angoisse. Des éléments cognitifs s'impriment alors et vous hypersensibilisent.

La deuxième situation est plus complexe mais assez fréquente. C'est le cas où une situation déclenche un état modifié de conscience dont la tonalité émotionnelle est vécue plus ou moins longtemps après comme ayant été en inadéquation avec la situation. Ce mécanisme peut être conscient ou inconscient. On pourrait nommer cet événement phobogène l'événement rétrospectif.

En voici un exemple parlant : celui de ce patient, homme d'affaires voyageant souvent en avion, qui se retrouve un jour dans un petit bi-moteur en Asie dans des conditions aériennes extrêmement turbulentes ; alors que les autres passagers, blêmes, s'accrochent à leur siège, lui éprouve une sorte de plaisir intense à se sentir *« comme dans des montagnes russes »*. Un mois plus tard, lors d'un vol sans aucun danger apparent, il éprouve sa première angoisse phobique : il s'agrippera à son siège durant tous les vols suivants. Que s'est-il passé ? Il a vécu une situation à risque (reconnue comme telle a posteriori) dans un état d'insouciance, et même d'euphorie : état modifié de conscience au cours duquel il s'est **dissocié** du danger, et s'est **associé** à une idée de situation non-dangereuse voire euphorisante pour lui : un souvenir de petit garçon, ses premières montagnes russes à la foire avec son père. Un mois plus tard, dans une situation analogue, non-dangereuse (il a pu se produire

une minuscule turbulence, perçue de manière subliminale), une idée ou une sensation déclenche soudain une peur rétrospective, par la prise de conscience fugace du danger vécu dans le bimoteur (prise de conscience vite amnésiée). A ce moment, l'auto-hypnose négative provoque une dissociation par rapport à la probabilité du non-danger. Dès lors, cette situation de vol et les suivantes sont vécues irrationnellement comme dangereuses. On rencontre également de nombreux phobiques qui, dans leur adolescence, étaient des « casse-cou » ayant pris toutes sortes de risques dans une insouciance naïve, et ne s'expliquant pas pourquoi ils se mettent à avoir « peur de tout » bien des années après (je pense par exemple à de nombreuses phobies en voiture). Leur problème ne vient pas nécessairement des risques réels qu'ils ont pris, mais de leur interprétation rétrospective. Ces phobies peuvent alors se montrer d'autant plus résistantes au traitement ou sujettes à rechutes que l'on ne tient pas compte des sentiments qui se sont associés à cette interprétation : le sentiment de culpabilité par rapport au plaisir vécu dans le danger, ou par rapport au laisser-aller psychologique et corporel procuré par l'insouciance; cela peut être vécu comme une honte de leur naïveté antérieure, qui les fait s'imaginer comme des êtres fragiles.

Une résistance fréquente peut donc venir de ce que le patient associe (consciemment ou inconsciemment) la guérison avec un retour dans le passé, à cet état sans peur où l'insouciance devient synonyme d'imprudence très dangeureuse. La

phobie occupe alors une fonction de frein auto-protecteur par trop inhibant et la guérison représente un danger. On peut utiliser alors des stratégies comme la projection dans le futur, le problème résolu, pour investiguer les risques, les limites et les avantages de la guérison ; ou encore les suggestions post-hypnotiques paradoxales ou les prescriptions de tâches visant soi-disant à limiter le plaisir qui risquerait d'être vécu lorsque le patient « sera » guéri de sa phobie.

◆ Conclusion

Cette manière de voir certains troubles au travers de cette grille de lecture hypnotique permet de poser l'hypothèse que le fonctionnement de ces phénomènes pathologiques nécessite un état modifié de conscience pour être symptomatique. On comprend mieux pourquoi certains problèmes et symptômes peuvent être assez résistants aux psychothérapies purement verbales (du moins celles appelées « non-directives »), puisque ces dernières ne travaillent pas sur le même terrain. Elles ne donnent donc pas assez d'accès à ces phénomènes pathologiques que l'on peut appeler phénomènes hypnotic-like. **Premier corollaire** : d'où l'intérêt de recourir dans ces cas à l'hypnose thérapeutique. **Le deuxième corollaire** est l'effet de recadrage, pour le patient, de cette redéfinition de ses troubles. D'une part, il réalise que ce qu'il croit subir passivement, c'est lui-même qui le produit activement ; d'autre part, il comprend comment il génère et aggrave ses symptômes (auto-suggestions et processus auto-hypnotiques « négatifs »). 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 (négatifs et positifs), puis à apprendre des stratégies thérapeutiques et auto-hypnotiques. **Troisième corollaire, pour le thérapeute** : écouter son patient avec cette grille de lecture - hypnotique - permet de saisir plus facilement le processus pathologique à partir duquel il va bâtir sa stratégie de traitement des problèmes : il pourra choisir d'aborder l'angle émotionnel ou le sensoriel, le cognitif ou le comportemental, et/ou l'état modifié de conscience ; pour l'hypnothérapeute, **les phénomènes hypnotic-like** principalement utilisés par le patient seront les fils conducteurs de son travail en hypnose ; l'art du thérapeute revient ainsi à saisir la ou les bonnes *- ficelles hypnotiques -* qui permettront de dénouer le nœud du problème.

Eric Mairlot

Neuropsychiatre des hôpitaux universitaires
de Bruxelles
Président de la Société belge d'hypnose
en langue française
Institut de la nouvelle hypnose
72 Avenue Ducpétiaux
B 1060 Bruxelles
Belgique

◆ **Bibliographie**

- 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.
- CITRENBaum, M.E., KING, M.E., COHEN, W.I. (1985). *Modern Clinical Hypnosis for Habit Control*. London, Norton & Company Ltd.
- COLLISON, D.R. (1968). *Hypnotherapy in the management of asthma*. American Journal of Clinical Hypnosis, 11, 6-11.
- FRANKEL, F.H., & ORNE, M.T. (1976). *Hypnotizability and phobic behavior*. Archives of General Psychiatry, 33, 1259-1261.
- HILGARD, E.R. (1965). *Hypnotic Susceptibility*. New York : Harcourt, Brace & World.
- HILGARD, J.R. (1979). *Personality and hypnosis : a study of imaginative involvement*. Chicago : University of Chicago Press, (2nd edition) (originally published in 1970).
- IKEMI, Y. & NAKAGAWA, S. (1962). *A psychosomatic study of contagious dermatitis*. Kyushu Journal of Medical Science, 13, 335-350.
- JOHN, R. HOLLANDER, B. & PERRY, C. (1983). *Hypnotizability and phobic behavior : Further supporting data*. Journal of Abnormal Psychology, 92, 222-228.
- MAILOT E. (1992) *Pour une métaphore efficace, une méthode régressive progressive* Phoenix N°15, p. 43-47
- SPIEGEL, H. & SPIEGEL, D. (1978). *Trance and treatment : Clinical uses of hypnosis*. New York : Basic Books.