HAL open science

Hypnose médicale et Stress Post-Traumatiques : revue de la littérature

Pierre-André Clastot

To cite this version:

Pierre-André Clastot. Hypnose médicale et Stress Post-Traumatiques : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00911734

HAL Id: dumas-00911734

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00911734

Submitted on 29 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2013 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Hypnose médicale et Stress Post-Traumatiques

- Revue de la littérature -

PAR

CLASTOT Pierre-André

Né le 20 juin 1983 à Rouen

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 Octobre 2013

PRESIDENTE DE JURY : Madame le Professeur Florence THIBAUT

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Christian NAVARRE

UNIVERSITE DE ROUEN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2013 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Hypnose médicale et Stress Post-Traumatiques

- Revue de la littérature -

PAR

CLASTOT Pierre-André

Né le 20 juin 1983 à Rouen

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 Octobre 2013

PRESIDENTE DE JURY : Madame le Professeur Florence THIBAUT

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Christian NAVARRE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013

U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	**Professeur Pierre FREGER**
ASSESSEURS :	**Professeur Michel GUERBET** **Professeur Benoit VEBER** **Professeur Pascal JOLY** **Professeur Bernard PROUST**
DOYENS HONORAIRES :	**Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**
PROFESSEURS HONORAIRES :	**MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno **BACHY**	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques **BENICHOU**	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy **BONMARCHAND**	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
M. Jean-François **CAILLARD** ***(Surnombre)***	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe **CHASSAGNE**	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain **CRIBIER** (***Surnombre)***	HCN	Cardiologie
M. Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
M. Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN**	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean **DOUCET**	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
M. Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato – Gastro - Entérologie
M. Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mle Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
M. Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
M. Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel **GODIN**	HB	Néphrologie
M. Philippe **GRISE**	HCN	Urologie
M. Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
M. Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
M. Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc **KUHN**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
M. Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mle Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
M. Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric **MALLET** ***(Surnombre)***	HCN	Pédiatrie
M. Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mle Isabelle **MARIE**	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul **MARIE**	HCN	ORL
M. Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
M. Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato - Gastro - Entérologie
M. Francis **MICHOT**	HCN	Chirurgie digestive

M. Bruno **MIHOUT** *(Surnombre)*	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves **MILLIEZ**	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
M. Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc **PERON**	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
M. François **PROUST**	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe **RICHARD** *(Mise en dispo)*	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato – Gastro
Mme Céline **SAVOYE – COLLET**	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mle Florence **THIBAUT**	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
M. Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
M. Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. François **TRON** *(Surnombre)*	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre **VERA**	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
M. Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
M. Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie

Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
M. Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mme Catherine **HAAS-HUBSCHER**	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
M. Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie **MARECHAL-GUYANT**	HCN	Neurologie
M. Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
M. Jean-François **MENARD**	HCN	Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
M. Francis **ROUSSEL**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mme Cristina **BADULESCU**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
M. Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
M. Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
M Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
M. Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
M. Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mle Cécile **CORBIERE**	Biochimie
M. Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mle Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Roseline **DUCLOS**	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
M. François **ESTOUR**	Chimie Organique
M. Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mle Marie-Laure **GROULT**	Botanique
M. Hervé **HUE**	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie

Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
M. Paul **MULDER**	Sciences du médicament
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie Galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie Galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
M. Rémi **VARIN** (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine **PANCHOU**	Pharmacie Officinale

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim **MEKAOUI**	Chimie Analytique
Mlle Virginie **OXARAN**	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER**	UFR	Médecine générale
M. Alain **MERCIER**	UFR	Médecine générale
M. Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle
HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME
CB - Centre HENRI BECQUEREL
CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
M. Roland **CAPRON**	Biophysique
M Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
M. Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie Galénique
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN**	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT**	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle **TOURNIER**	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su **RUAN**	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Florence THIBAUT,
Pour avoir accepter de présider cette thèse,
Pour la qualité de vos conseils et de votre enseignement durant ma formation,
Puissiez-vous trouver dans ce travail l'expression de toute ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur le Docteur Christian NAVARRE,
Pour l'importance de votre accompagnement et soutien au cours de mon internat,
Pour la pertinence de vos remarques cliniques et pour avoir d'avoir dirigé ce travail,
Puissiez-vous recevoir ici toute mon amitié et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Bernard PROUST,
Pour avoir accepté de juger cette thèse,
Pour l'intérêt que vous portez à notre spécialité et la qualité de vos enseignements,
Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Bertrand MACE,
Pour avoir accepté de juger cette thèse,
Pour l'importance de votre enseignement dans notre cursus médical et votre disponibilité,
Puissiez-vous voir ici le signe de toute ma considération et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Serge DELEGUE,
Pour votre disponibilité et la qualité de vos remarques,
Pour l'importance de votre soutien notamment dans ma pratique de l'hypnose,
Veuillez agréer l'expression de mes sincères remerciements et toute mon estime.

A Madame BERNIERE et Madame DENIS,
Pour votre disponibilité dans le cadre de ce travail de thèse,
Pour m'avoir permis d'accéder rapidement à l'ensemble des articles recherchés,
Un grand merci.

A Guillaume LAURENT et Gaël LE VACON,
Pour votre amitié et ces moments partagés en formation notamment d'hypnose ericksonienne,
Pour vos conseils dans le cadre de ce travail de thèse,
Soyez sincèrement remerciés.

A chacun des médecins rencontrés au cours de mon internat,
A chacune des équipes soignantes,
Aux secrétaires médicales,
Aux patients,
Un grand merci car sans vous ce travail n'aurait pas été possible.

A mes parents,
Pour votre présence et votre soutien incomparable durant toutes mes études et notamment durant mon parcours en médecine,
Ainsi que pour la participation active au travail de relecture,
Recevez mes plus profonds remerciements.

A mes famille, notamment mes frères et sœurs,
Pour vos encouragements et votre soutien depuis le début,
Un grand merci.

A mes co-internes, à chacun de mes amis et tous ceux qui m'ont soutenu tout au long de mon cursus en médecine,
Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

« Il y a plus de choses qui nous font peur qu'il n'y en a qui nous écrasent, et nous souffrons plus souvent en imagination qu'en réalité »

Sénèque- lettre à Lucilius (Ier siècle après JC)

« L'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'un autre »

M. Erickson (1980)

« Toute idée conçue dans l'âme est un ordre auquel obéit l'organisme : ainsi la représentation de l'esprit produit dans le corps, ou une vive chaleur ou le froid ; elle peut engendrer ou guérir la maladie »

Saint Thomas d'Aquin (1225-1274)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1

PARTIE I – HISTOIRE DE L'HYPNOSE 2

A\ L'ANTIQUITE : AUX ORIGINES DE L'HYPNOSE 2

1) Le papyrus d'Ebers 2

2) Dans la Grèce antique 2

3) Chez les hébreux 3

B\ DU MOYEN-AGE AUX LUMIERES 3

1) Alexandre de Tralles 4

2) Maïmonide 4

3) Saint Thomas d'Aquin (1225-1274) 4

4) Paracelse (1493-1541) 5

C\ DU MAGNETISME ANIMAL AU SOMMEIL LUCIDE 5

1) Franz Anton Mesmer (1734-1815) 5

2) Armand Marie Jacques de Chastenet de Puységur (1751-1825) 8

D\ L'AVENEMENT DE L'HYPNOTISME 9

1) José Custodio de Faria (1755-1819) 9

2) Alexandre Bertrand (1795-1831) 10

3) James Braid (1795-1860) 10

4) Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904) 12

5) Jean Martin Charcot (1825-1893) 13

6) Hippolyte Bernheim (1840-1919) 14

7) Pierre Janet (1859-1947) 18

8) Sigmund Freud (1856-1939) : la psychanalyse nait de l'hypnose 20

E\ VERS L'HYPNOSE CONTEMPORAINE 24

1) Lewis Wolberg (1905-1988) et l'hypnoanalyse 25

2) La recherche sur l'hypnose 27

3) Milton Hyland Erickson (1901-1980) 31

4) La réintroduction de l'hypnose en France 36

5) Hypnose et thérapies brèves 39

5.1. Milton H. Erickson 40

5.2. L'école de Palo Alto 41
5.3. La thérapie orientée vers les solutions 43
5.4. La Thérapie Cognitivo-Comportementale ou TCC 44
5.5. La programmation neuro-linguistique ou PNL 46
5.6. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR 48
5.7. Autres thérapies brèves 50

PARTIE II – ACTUALITES DE L'HYPNOSE MEDICALE 53

A\ THEORIES EXPLICATIVES DE L'HYPNOSE 53
1) La théorie psychosociale 53
2) Théories d'inspiration psychanalytique 58
2.1. Freud : l'hypnose comme régression archaïque 58
2.2. Gill et Brenman : une régression au service du moi 60
3) Janet et la dissociation 61
4) Hilgard et la théorie de la néodissociation 62
B\ NEUROPHYSIOLOGIE DE L'HYPNOSE 69
1) Lien hypnose et sommeil 69
2) Lien hypnose et veille 70
2.1. L'Electroencéphalogramme 71
2.1.1. Relations ondes alpha et hypnotisabilité 72
2.1.2. Relations ondes thêta et hypnotisabilité 73
2.1.3. Les ondes bêta 74
2.1.4. Les ondes gamma 75
2.1.5. Différences statistiques dans l'ensemble du spectre EEG 75
2.2. Analyse des potentiels évoqués liés à la suggestion hypnotique 76
2.3. Topographie cérébrale 78
2.3.1. Différence entre les deux hémisphères 78
2.3.2. Les lobes frontaux 79
2.3.3. Les données de l'imagerie cérébrale fonctionnelle 81
2.3.3.1. L'analgésie hypnotique 82
2.3.3.2. Effet des suggestions hypnotiques 83
2.3.3.3. Evocation de souvenirs 84
2.3.3.4. Lévitation du bras 85

C\ TECHNIQUES ET PROCESSUS HYPNOTIQUES 88
1) Définitions 88
1.1. Définition d'André Weitzenhoffer de 1988 (77) 88
1.2. Définition de l'Association Médicale Britannique de 1955 88
1.3. Définition de Michel Kérouac de 1996 (77) 88
1.4. Définition de L'Encyclopaedia Britannica de 1999 89
1.5. Définitions de Milton Erickson de 1980 (75) 89
2) Induction hypnotique 90
2.1. La suggestion traditionnelle 90
2.2. La révolution et l'apport ericksonien 91
2.3. La pratique contemporaine de l'induction hypnotique 92
2.3.1. La fixation de l'attention 92
2.3.2. Induction extérieur/intérieur 92
2.3.3. L'évocation d'un souvenir agréable 93
2.3.4. La fixation de la main à hauteur du visage 93
2.3.5. La catalepsie ou lévitation de la main 94
3) La phase de travail pendant la transe 95
3.1. Fonctionnement inconscient 95
3.2. Le langage non verbal 95
3.3. Le langage figuratif 96
3.4. Le langage dissociatif 97
3.5. L'ajustement 97
3.6. La réponse minimaliste du sujet 98
3.7. La rhétorique hypnotique 98
3.7.1. La grammaire hypnotique 98
3.7.1.1. Les pronoms personnels 98
3.7.1.2. Les temps de conjugaison 99
3.7.1.3. La négation 99
3.7.1.4. Les questions 100
3.7.1.5. La suggestion composée 100
3.7.1.6. La suggestion implicite 101
3.7.1.7. La suggestion post-hypnotique 101
3.7.2. Les truismes et la séquence d'acceptation 101

3.7.2.1. Le truisme 101
3.7.2.2. La séquence d'acceptation 102
3.8. La construction des suggestions 102
3.8.1. Les suggestions directes 102
3.8.2. Les suggestions indirectes 103
3.8.3. La confusion 103
3.8.4. L'alternative illusoire ou le double lien 103
3.8.5. Le "comme si" 104
4) Comportements hypnotiques 104
4.1. Comportements spontanés 105
4.1.1. Indices corporels 105
4.1.2. Indices psychologiques 105
4.2. Comportements suggérés ou phénomènes hypnotiques 106
4.2.1. Effets sensitivo-moteurs 106
4.2.2. Effets mnésiques et idéationnels 106
4.3. Profondeur et mesure de l'hypnose 107
5) La fin de la séance 109
PARTIE III – HYPNOSE ET PSYCHOTRAUMATISME 111
A/ PSYCHOTRAUMATISME ET ETAT DE STRESS AIGU 111
1) Le psychotraumatisme 111
1.1. Définitions 111
1.2. Historique de la psychotraumatologie 112
1.3. Déclinaison des troubles 117
1.3.1. La réaction immédiate 117
1.3.2. La réaction post-immédiate 118
1.3.3. Les troubles chronicisés 119
2) L'Etat de Stress Aigu 120
B/ ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE 123
1) Généralités 123
1.1. Epidémiologie 123
1.2. Vulnérabilité et facteurs de risque 124
1.2.1. Facteurs pré-traumatiques 124
1.2.2. Facteurs péri-traumatiques 124

1.2.3. Facteurs post-traumatiques 125
1.3. Mesure et évaluation 126
2) Clinique et évolution du PTSD 127
3) Pathogénie 130
3.1. Aspects théoriques 130
3.1.1. Approche psychanalytique 130
3.1.1.1. Conception du traumatisme psychologique de Janet 130
3.1.1.2. Conception freudienne 131
3.1.1.3. La théorie de la pensée de Bion 132
3.1.1.4. L'Ecole française 133
3.1.2. Approche cognitiviste 134
3.1.3. Approche comportementale 134
3.1.4. La dissociation péri-traumatique 135
3.2. Aspects neurobiologiques 136
3.2.1. Anomalies neurologiques fonctionnelles 136
3.2.1.1. L'amygdale 136
3.2.1.2. L'hippocampe 137
3.2.1.3. Le système perceptif 137
3.2.1.4. Le cortex frontal 138
3.2.2. Anomalies neuro-endocriniennes 140
3.2.2.1. Hypothèse de « stress inadapté » 140
3.2.2.2. Hypothèse « d'excès de réactivité cérébrale » 141
3.2.2.3. Hypothèse de « dysmodulation fonctionnelle » 141
3.2.2.4. Hypothèse « d'excès de mémorisation » 142
4) Thérapeutique 143
4.1. Le « débriefing » psychologique 143
4.2. Les psychothérapies 145
4.2.1. Approche psychanalytique 145
4.2.2. La Thérapie Cognitivo-Comportementale ou TCC 146
4.2.3. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR 146
4.2.4. L'hypnothérapie 147
4.2.5. Approches à l'étude 147
4.3. La pharmacothérapie 148

4.3.1. Les antidépresseurs 148
4.3.2. Les antipsychotiques atypiques 149
4.3.3. Les benzodiazépines 149
4.3.4. Les anticonvulsivants 149
4.3.5. Les bêta-bloquants 149
4.3.6. L'hydrocortisone 150
C/ TRAITEMENT DES ETATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUES PAR L'HYPNOSE 151
1) Liens entre psychotraumatisme et hypnose 151
1.1. Psychotraumatisme et hypnotisabilité 151
1.2. Analogies mentales entre les deux états 153
1.3. Analogies neurophysiologiques 153
2) La dissociation : un outil thérapeutique 154
3) Les outils hypnotiques dans la névrose traumatique 156
3.1. Techniques non spécifiques 156
3.2. Techniques de travail du souvenir traumatique 158
3.3. Technique de régression temporelle 160
4) L'hypnothérapie dans le traitement du psychotraumatisme 161
D/ DISCUSSION 167
CONCLUSION 171
ANNEXES 172
LEXIQUE 175
BIBLIOGRAPHIE 176
RESUME 191

INTRODUCTION

Les troubles psychiques liés aux événements traumatiques représentent un enjeu majeur de santé publique de part leur forte prévalence sur la vie entière et les conséquences souvent importantes sur la vie affective, sociale et professionnelle des victimes.
En effet, si un événement potentiellement traumatisant peut avoir des conséquences physiques facilement objectivables, la société mit un certain temps avant de reconnaître les conséquences psychiques souvent invalidantes liées aux traumatismes, notamment chez les soldats revenant du front lors des grands conflits armés du XXème siècle.
La prise en charge du psychotraumatisme est donc un élément à ne pas négliger, d'autant que celui-ci s'associe fréquemment à un cortège de troubles psychiatriques comorbides.
Dans l'éventail des thérapeutiques disponibles, quelle place donner à l'émergence d'une forme de psychothérapie qui se répand de plus en plus, l'hypnothérapie ?

Les phénomènes liés à l'hypnose sont en effet connus depuis des temps très anciens, bien que le vocable "hypnose" n'apparaisse grâce à James Braid dans la langue anglaise que dans les années 1840.
En 1980, M. ERICKSON [(75)] en donne une définition : *« L'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'un autre ».*
Cette définition rend bien compte de deux notions importantes ayant marqué l'histoire de l'hypnose au fil des siècles, celles de l'influence de l'esprit sur le corps et de l'influence interhumaine, qui par ailleurs constituent le terreau des approches thérapeutiques actuelles rassemblées sous le vocable de "psychothérapie".
Toutefois, quelle validité scientifique accorder aujourd'hui à l'hypnothérapie, et quels critères en feraient un traitement de choix des troubles psychotraumatiques ?

C'est donc dans ce cadre que nous allons mener notre exposé, en réalisant en première partie une description historique de l'hypnose avant d'aborder plus spécifiquement l'actualité et la physiologie de l'hypnose et en dernière partie, la place de l'hypnose médicale dans la prise en charge du psychotraumatisme.

PARTIE I – HISTOIRE DE L'HYPNOSE

A\ L'ANTIQUITE : AUX ORIGINES DE L'HYPNOSE

Selon le dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale d'AMSLEM-KIPMAN de 2005 [(6)], la transe se définit comme un *« état modifié de conscience avec réduction de la sensibilité, altération ou perte de contact avec le milieu extérieur, activités automatiques, obéissant à un modèle culturel ou à des troubles psychiques ».*
Si l'on considère la parenté de l'hypnose avec les différentes formes de transe, celle-ci prise au sens de variété d'état présentant des caractéristiques différentes de l'état vigile, l'on constate que son histoire nous fait remonter très loin dans le temps . En effet, la transe est une notion anthropologique transculturelle que l'on retrouve notamment dans le chamanisme, berceau de nombreuses médecines actuelles.
Pour BARRUCAND et PAILLE en 1986 [(143)] : *« Les remèdes primitifs sont à la fois choses et esprits, capables de modifier les comportements et de ressusciter (éventuellement d'anéantir) les fonctions physiologiques … »*

1) Le papyrus d'Ebers

Il s'agit du plus ancien traité médical connu, rédigé en Egypte au XVème siècle avant notre ère, l'on peut lire : *« La parole m'a été donnée par le maître de l'univers afin d'expulser la souffrance »* . L'archéologie égyptienne nous enseigne que les prêtres plongeaient les malades dans une certaine forme de transe pour les guérir de leurs maux, et certains manuscrits évoquent la pratique d'incantations pour traiter les affections des voies aériennes supérieures.

2) Dans la Grèce antique

Les Pythies, qui étaient les prêtresses de l'oracle de Delphe, rendaient leurs oracles à chaque printemps, assises sur un trépied au dessus d'un gouffre béant d'où s'échappaient les exhalaisons prophétiques, favorisant ainsi l'installation d'une transe communicative avec

Apollon, aussi surnommé *Pythius* .
HOMERE, au IXème siècle avant J.C., expliquait dans l'*Iliade* que la médiation pouvait être opérée par la main humaine, permettant certaines guérisons.
Les médecins grecs utilisaient les incantations, les allégories, les chants ou prières mystiques appelées "charmes" dans les temples d'Esculape , ajoutés à quelques remèdes tirés du monde végétal, comme le rapporte P. AIM en 2009 [(4)].

3) Chez les hébreux

L'art de guérir était réservé aux lévites qui purifiaient le corps en faisant des sacrifices expiatoires . Chertock, cité par D. MICHAUX en 2007 [(143)] , écrivait en 1957 : *« On suppose que les Hébreux connaissaient déjà l'analgésie par des procédés psychologiques. L'état dans lequel s'est trouvé Adam, lors de la création d'Eve, est désigné dans le texte hébreu par le mot 'Tardemah '. Ce mot est traduit habituellement par 'sommeil profond '. Tardemah ne signifie pas sommeil ordinaire ; on le traduit parfois par léthargie, insensibilité, transe. »*

Dans l'Antiquité donc, les phénomènes de transe sont utilisés entre autre pour guérir l'âme et le corps, mais font partie pour l'homme du monde de la surnature, du religieux voire même de la sorcellerie . Les siècles suivants permettront de sortir petit à petit de la méfiance voire de la fascination provoqués par les phénomènes de transe, afin de rentrer dans le domaine du scientifique, bien que notre regard actuel soit encore quelquefois empreint de cet héritage historique .

B\ DU MOYEN-AGE AUX LUMIERES

Au Moyen-Age en Occident, la médecine s'appuie sur des conceptions héritées de GALIEN, AVICENNE ou encore HIPPOCRATE, et la recherche médicale est en grande partie subordonnée au pouvoir religieux. La religion prenait une place importante dans bien des domaines de la société, maniée parfois plus comme outil politique et de pouvoir que comme réellement spirituel ou religieux.
Or à cette époque, nombre de phénomènes incompris comme les phénomènes de transe,

l'épilepsie, l'hystérie ou encore les décompensations délirantes, étaient confusément versés du côté de la possession ou des forces du mal, et conduisaient sans appel au bûcher.
Si la notion dominante est donc celle de maladie organique, certains s'attacheront tout de même à souligner l'importance de l'esprit et du mental dans la guérison.

1) Alexandre de Tralles

Médecin grec du VIème siècle, il évoque déjà l'importance de l'imagination et décrit comme facteur d'un grand nombre de guérisons la confiance accordée par le malade au médecin et la volonté de ce dernier.

2) Maïmonide

Rabbin, médecin et philosophe andalou du XIIème siècle , est l'auteur du *Traité des aphorismes*, source médicale la plus consultée au Moyen-Age. Il gardait une approche holistique du malade et expliquait que la maladie résulte de la rupture d'un équilibre à la fois physique et psychique. Dans son *Traité sur l'asthme* , il sait reconnaître son origine psychosomatique. Dans celui nommé : *Traité des huits chapitres* , il s'éloignera du déterminisme en considérant la possibilité pour l'homme d'agir librement sur lui-même, de provoquer des changements et d'influer par ses ressources propres sur les "maux de l'âme", comme l'expliquent S. MUNK et E. SMILEVITCH en 1983 [(139)]. MAÏMONIDE effleure ainsi les concepts des thérapies brèves actuelles et de celle qui leur donna naissance : l'hypnose .

3) Saint Thomas d'Aquin (1225-1274)

Au XIIIème siècle donc, il va dans le même sens et explique l'importance de l'autosuggestion, écrivant : *« Toute idée conçue dans l'âme est un ordre auquel obéit l'organisme : ainsi la représentation de l'esprit produit dans le corps, ou une vive chaleur ou le froid ; elle peut engendrer ou guérir la maladie »*, cité par J. QUELET en 2003 [(158)]. Voici donc plantés les germes de la médecine psychosomatique .

4) Paracelse (1493-1541)

Médecin alchimiste de la Renaissance, il sera à l'origine d'un des premiers ouvrages sur le traitement magnétique des plaies : *Practica Théophrasti Paracelsi* en 1529.

Sa doctrine repose sur "le magne" : un fluide universel reliant les êtres entre eux et au cosmos, fluide pouvant devenir réparateur. Il admettra cependant le rôle substantiel du relationnel ou de l'imaginaire, affirmant : *« Supprimez l'imagination et la confiance, et vous n'obtiendrez rien »* ou encore *« la suggestion confère à l'homme un pouvoir sur son semblable, comparable à celui d'un aimant sur le fer »* comme le rapporte B. THIS en 2003 [(189)].

Cependant les faits incompris comme ceux de transe auront encore bien du mal à se faire une place au siècle des Lumières , siècle cartésien où règne la raison voire le scepticisme.

R. DESCARTES en 1641 [(64)]) décrit l'imagination comme un fossé entre la volonté et l'entendement, *« inventant »* des propositions fausses et faisant obstacle à la raison.

N. MALEBRANCHE en 1678 [(140)] la cite comme *« la folle du logis, une folle qui se plaît à faire la folle… »*

Il faudra donc attendre le XVIIIème siècle pour que Mesmer propose le premier une théorie scientifique des faits de transe, les faisant par la même sortir du domaine de la surnature ou du religieux.

C\ DU MAGNETISME ANIMAL AU SOMMEIL LUCIDE

1) Franz Anton Mesmer (1734-1815)

Il naît en 1734 sur la rive allemande du lac de Constance , et passe son enfance dans un milieu modeste. Il étudie la théologie avant de partir à Vienne pour y apprendre la médecine, et soutient sa thèse en 1766 : *De planetarum inflexu in corpus humanus*. Celle-ci traite d'une théorie selon laquelle les astres influeraient sur les êtres vivants et ce par l'intermédiaire d'un fluide magnétique universel .

MESMER sera influencé dans son parcours par l'Abbé GASSNER, un exorciseur réputé

obtenant de nombreuses guérisons, et s'inspirera de ces guérisons par "crises" dans sa théorisation, sans cependant avoir recours à l'exorcisme .

Il commence dons à pratiquer la médecine magnétique, appliquant divers aimants minéraux sur les organes malades de ses patients, espérant ainsi déclencher une crise qui fera disparaître le symptôme. Cependant, MESMER constate que la seule manipulation du patient par le thérapeute est aussi efficace que celle qui accompagne l'application d'aimants minéraux, et attribuera cela à ce qu'il nommera : "le magnétisme animal" . Dans les *Propositions* énoncées en 1779 à la fin de son *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal* , F.A. MESMER [(142)] explique : *« Il existe une influence mutuelle entre les corps célestes, la terre et les corps animés. La propriété du corps animal qui le rend susceptible de l'influence des corps célestes et de l'action réciproque de ceux qui l'environnent, manifestée par son analogie avec l'aimant, m'a déterminé à la nommer MAGNETISME ANIMAL. »* Il s'agit donc d'un fluide enveloppant toute chose et dont la circulation peut être influencée par les êtres animés et différents objets tels que les aimants, les miroirs …
La maladie résulte de blocages dus à une mauvaise distribution du fluide, et la thérapie s'effectue par des déblocages se traduisant par une ou plusieurs crises.

Il exerce à Vienne, puis à Paris, écrit un mémoire sur la découverte du magnétisme animal, puis enrichit sa pratique notamment avec un outil devenu célèbre par la suite : le baquet. Il s'agit d'une sorte de condensateur de fluide se présentant sous la forme d'une grande cuve ouverte, pleine d'eau et de limaille de fer, avec à l'intérieur des bouteilles remplies d'eau touchées et magnétisées par le maître. Du baquet émergent des tiges de fer destinées à transmettre le fluide qui , emmagasiné et concentré à l'intérieur du baquet , est ensuite redistribué aux patients à visée curative. Une huitaine de personnes s'asseyaient autour de la cuve, touchaient les tiges métalliques tandis que MESMER allait et venait tout autour, pratiquant à sa guise l'application d'aimant ou des passes magnétiques comme l'explique D. MICHAUX en 2007 [(143)].
Le but de tout ceci était de déclencher une crise convulsive thérapeutique, qui pouvait ensuite se prolonger tranquillement dans des petites chambres annexes matelassées . Tout cela se déroulait dans une ambiance bien particulière, dans la pénombre, avec une mélodie jouée notamment sur l'harmonium de verre : le Glassharmonica inventé par B. FRANKLIN à cette époque. Pour l'anecdote MESMER était ami de Léopold Mozart, père de Mozart qui

immortalisera plus tard Mesmer en lui faisant référence dans son opéra *Così fan tutte*. Le succès du mesmérisme est rapidement prodigieux, comme le souligne H. ELLENBERGER en 1974 [(71)].

Toutefois cet engouement nouveau suscite certaines controverses jusqu'au sein de la famille royale où DESLON, frère de Louis XVI et élève de MESMER, provoqua lors de sa pratique un évanouissement chez Marie-Antoinette. Ainsi le Roi fait nommer en 1784 deux commissions d'enquêtes comptant parmi ses membres les plus célèbres B. FRANKLIN, A. LAVOISIER, J.I. GUILLOTIN, J.S. BAILLY, A.L. de JUSSIEU . L'objectif est de déterminer si les phénomènes observés sont ou non réellement dus à l'existence du fluide magnétique.
Les commissaires se livrent donc à une étude objective avec notamment la mise au point des premières expérimentations en "simple aveugle" : des patients sont placés devant un baquet magnétisé ou non magnétisé, ce à leur insu. Il se trouve qu'ils réagiront uniquement lorsque la magnétisation est annoncée .
Au terme de deux années d'enquête, les commissaires rendent leur rapport à Louis XVI, concluant à l'inexistence du fluide. Les phénomènes en question ne relèvent que de quatre facteurs : l'attente, l'imagination, l'imitation et les émotions . Et l'on comprendra plus tard qu'effectivement, ces quatres facteurs jouent un rôle essentiel dans les réactions observées [(143)].

Si MESMER, désavoué par ses proches ainsi que par le peuple fut contraint de quitter Paris afin d'aller finir ses jours en Suisse où il mourut en 1815, il permit à cette époque de franchir une étape fondamentale : la reconnaissance officielle du pouvoir de "l'imagination" sur la guérison. Malgré l'insistance de DESLON soulignant que si elle avait un tel pouvoir, il était bien dommage de ne pas l'utiliser, la pratique du magnétisme animal fut interdite .
En effet, au "siècle de la raison" , monde où la psychologie n'existe pas de surcroît, ces facteurs explicatifs sont perçus comme discréditants alors qu'il aurait au contraire fallu un solide ancrage dans le matériel pour que ces pratiques ne soient rejetées du côté de l'ésotérisme ou de la croyance .

Cependant MESMER laissa derrière nombre de disciples qui continuèrent d'exercer le magnétisme, se scindant d'ailleurs en plusieurs courants comme les fluidistes, se voulant

fidèle de MESMER, utilisant ses passes magnétiques et le baquet, et les animistes niant l'action d'un fluide mais plaidant plus pour une force vitale capable de guérir, comme la volonté ou la concentration.

2) Armand Marie Jacques de Chastenet de Puységur (1751-1825)

Ancien général d'artillerie dans les armées de Louis XVI , le Marquis de PUYSEGUR fut l'élève de MESMER avant que celui-ci ne quitte la France, puis pratiquera ses cures au Château de Buzancy dans sa Picardie natale. Il fut le premier à décrire ce qu'il appellera le somnambulisme provoqué ou sommeil artificiel .

En 1784, alors qu'il magnétise un paysan nommé Victor Race pour une "fluxion de poitrine", il constate que ce dernier tombe dans une sorte de sommeil étrange , différent du sommeil naturel , se produisant sans les convulsions mesmériques habituelles . Cet état semblait accroître certaines de ses dispositions naturelles : augmentation de l'intelligence, capacité de lucidité à propos des maladies et leurs remèdes ; or ces crises obtenues sans convulsions, se révèlent être aussi efficaces que les crises convulsives de Mesmer. En effet Victor Race, puis foule de patients qui suivirent au Château de Buzancy, furent guéris comme l'explique C. HILPERT-FLORY en 2007 [(110)].

Les crises convulsives ne sont donc pas indispensables au bon déroulement du traitement.

PUYSEGUR montrera de plus l'importance du contact verbal magnétiseur-magnétisé, permettant au magnétiseur de puiser dans les ressources étonnantes révélées au sein de ce qu'il appellera « le sommeil lucide ». Ainsi, il mettait un point d'honneur à respecter les désirs et suggestions des patients qui le guidaient dans ses interventions et prescrivaient les traitements leur paraissant appropriés.

Il affirmera à plusieurs reprises que le véritable agent curatif se trouve dans la volonté du magnétiseur, sans pour autant rejeter totalement l'existence d'un éventuel fluide selon Y. HALFON en 2007 [(143)]. Privilégiant la communication verbale aux passes magnétiques, il concluera d'ailleurs ses mémoires par la devise : *« Croyez et veuillez »*

En ces temps troublés de Révolution française, l'Académie de Médecine condamnera également ses pratiques.

Le Marquis de PUYSEGUR fut ainsi le premier à décrire, avec le sommeil lucide, un certain nombre de conduites correspondant à celles qui caractérisent l'hypnose telle que pratiquée

aujourd'hui. Léon CHERTOK [50] écrira d'ailleurs presque deux siècles plus tard : *« ...En un sens, Puységur est l'ancêtre de toutes les thérapies à vocation réparatrice, empathiques ou autres… »*

D\ L'AVENEMENT DE L'HYPNOTISME

1) José Custodio de Faria (1755-1819)

Prêtre portugais, originaire des Indes qu'il quitte à l'adolescence, il inspira d'ailleurs Alexandre Dumas pour son personnage romanesque le Comte de Monte-Cristo , il enseigne la philosophie dans un lycée de Marseille puis de Nîmes de 1811 à 1812 , avant d'ouvrir un cours public à Paris en 1813 sur le sommeil lucide. Initialement élève de MESMER, il s'éloigne petit à petit de l'hypothèse du fluide universel afin d'entamer sa propre théorisation du magnétisme animal. En effet, récusant à la fois les théories de MESMER : l'existence d'un fluide , de PUYSEGUR : l'action de la volonté de l'hypnotiseur, et des opposants : l'action de l'imagination, il attribue l'apparition du sommeil lucide à l'effet de la concentration sur l'idée de sommeil.
Il nomme les personnes atteignant la lucidité "les époptes", terme grec signifiant "celui qui voit par-dessus", et celles nommées auparavant magnétiseurs "les concentrateurs" [143].
FARIA minimise l'importance du rôle joué par l'opérateur au profit des croyances et attentes face au contexte, de la capacité de concentration, de la suggestibilité psychique et du rôle de l'imagination.

Il décrit les processus de dissociation, d'amnésie , d'analgésie intriguant les chercheurs encore aujourd'hui, mais aussi ce que l'on appelle aujourd'hui les suggestions post-hypnotiques : *« Ils gardent en mémoire tout ce qu'on désire, dès qu'on leur enjoint dans le sommeil d'y replier leur attention pour s'en rappeler au réveil »* [110]
De plus, FARIA inventa une nouvelle technique d'induction hypnotique, c'est-à-dire de mise en hypnose, consistant à suggérer verbalement au patient de se concentrer sur l'idée de sommeil, tandis qu'il devait fixer du regard la main de l'abbé placée d'abord à une certaine distance mais se rapprochant ensuite quasiment jusqu'à lui toucher les yeux.

Le sujet sombrait alors dans un état de sommeil différent du sommeil ordinaire, et qu'il nommait donc pour le distinguer "sommeil lucide".
A noter que FARIA fut fortement influencé dans ses réflexions par la philosophie scolastique. Ainsi l'homme est composé de deux substances, l'une matérielle et l'autre spirituelle . Lorsque les deux sont liées, l'homme appréhende le monde en partie à travers le corps et les cinq sens, sa vision du monde est donc partielle et limitée. L'état de sommeil lucide permet à l'âme de se libérer partiellement du corps, et donc d'atteindre un niveau d'intuition et de lucidité plus élevé . Il permet d'atteindre une sorte d'état intermédiaire entre l'homme sensitif et le pur esprit, possédant toute vérité selon J.C. FARIA en 1906 [(82)].
Malheureusement FARIA sera plutôt déprécié par ses contemporains, puis discrédité notamment après qu'un acteur simulant la maladie se soit joué de lui afin d'assister à l'une de ses séances… BERNHEIM dira pourtant de lui à la fin du siècle : *« A de Faria appartient incontestablement le mérite d'avoir le premier établi la doctrine de la méthode de l'hypnose par la suggestion et de l'avoir nettement dégagée des pratiques inutiles et singulières qui cachaient la vérité »* [(110)].

2) Alexandre Bertrand (1795-1831)

Citons ce polytechnicien né à Rennes, et qui s'intéressa au magnétisme et l'étudia avec grande rigueur. L'on peut lui accorder le mérite d'avoir eu l'intuition que les phénomènes observés pendant l'état magnétique ne sont pas obligatoirement spécifiques à cet état, mais peuvent être observés dans d'autres circonstances de la vie normale comme l'explique L. CHERTOK en 1989 [(45)] : *« Le malade qui s'endort sur la suggestion du magnétiseur ne pense alors qu'à lui, et de là vient qu'ensuite il n'entend que lui dans son somnambulisme. Il y a donc dans ce dernier état une relation élective comparable à celle qui existe dans le sommeil ordinaire : la mère qui s'endort auprès du berceau de son fils n'en continue pas moins de veiller sur lui, puisqu'elle entend le moindre de ses cris alors qu'elle reste insensible à des bruits plus forts »*

3) James Braid (1795-1860)

Médecin généraliste et chirurgien à Manchester, il débuta ses expérimentations après avoir assisté à une démonstration publique d'un magnétiseur français itinérant, LA FONTAINE.

Celui-ci qui s'adonnait à des représentations spectacles de ville en ville, utilisant principalement une technique de fixation du regard et de fascination du sujet. BRAID réalise donc ses expériences d'abord sur ses proches, en provoquant ce qu'il appelle "le sommeil nerveux" par un processus de fixation prolongée du regard sur un objet brillant. En effet cela est censé entraîner une tension nerveuse provoquant à son tour un état de fatigue cérébrale, permettant l'entrée dans ce sommeil nerveux, voisin du sommeil naturel.

BRAID refute l'hypothèse d'un quelconque fluide et propose une théorie psycho-neurophysiologique de ce sommeil nerveux, qu'il nomme alors : " **hypnotisme** ".

Ce terme s'inspire du terme grec *Hupnos* , signifiant sommeil – en effet Hypnos est le dieu du sommeil dans la Mythologie grecque, le père de Morphée déesse des rêves …

Remarquons au passage que ce terme, s'il peut être contesté aujourd'hui, ne pourrait l'être que par cette identification sémantique au sommeil naturel qui est physiologiquement différent .

Il développe notamment sa théorie dans un ouvrage paru en 1843 : *Neurhypnology or the rationale of nervous sleep*.

J. BRAID définit en 1843 [(26)] l'hypnotisme comme *« un état particulier du système nerveux, déterminé par des manœuvres artificielles ou encore, un état particulier du système nerveux, amené par la concentration fixe et abstraite de l'œil mental, sur un objet, qui n'est pas lui-même de nature excitante ».*

Cependant ses idées se modifieront considérablement avec le temps, la dimension psychologique venant prendre une place plus importante dans la genèse de l'hypnose. En effet plutôt qu'une fatigue physiologique, la concentration mentale soutenue passe alors au premier plan dans l'induction hypnotique. De même, l'attention du sujet étant virtuellement absorbée par les mots et gestes de l'hypnotiseur pendant la séance, le champ de conscience se trouve restreint sous hypnose. Il admettra aussi plus tard le rôle de la suggestion verbale dans l'apparition des signes recherchés sous hypnose.

De plus BRAID pratiqua quelques opérations chirurgicales sous hypnose, opérations qui furent d'ailleurs réalisées par centaines ainsi en Angleterre et en Inde à la même époque, notamment par ELLIOTSON (1791-1828) et ESDAILE (1808-1859) . L'influence de BRAID en France se développera surtout quelques années plus tard, entre autre grâce à BROCA et AZAM utilisant "le sommeil mesmérique" comme méthode d'anesthésie, puis grâce à la traduction de son livre *Neurhypnology* en 1883. Notons que cette pratique d'anesthésie

magnétique passera rapidement à l'as du fait de l'arrivée concomitante sur la place de nouveaux produits comme le chloroforme, l'éther ou le protoxyde d'azote, selon D. MICHAUX en 2007 [(143)].

4) Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904)

Médecin généraliste à Nancy, il se reprit d'intérêt pour les phénomènes hypnotiques, les ayant de prime abord abandonnés lors de sa formation médicale sous l'influence de ses maîtres, en découvrant les travaux de BRAID présentés en France par AZAM et BROCA.
L'affluence à ses séances d'hypnose devint telle que LIEBEAULT créa sa propre clinique sur Nancy, y soignant aussi bien « *les mauvaises habitudes* » des écoliers, les tics et les phobies, les ulcères, les sciatiques ou les diarrhées comme le rapporte J. CARROY en 1991 [(43)].
Il eut le mérite d'avoir le premier utilisé à grande échelle et de manière systématique la suggestion verbale à des fins thérapeutiques. Il proposera dans son livre en 1866 : *Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique* , une étude de l'hypnose, qu'il nomme "*sommeil provoqué* ", comparée au sommeil physiologique. En effet, les deux nécessitent des conditions similaires comme le consentement ou l'isolement sensoriel, mais l'état d'hypnose permet de maintenir un contact singulier avec le thérapeute à l'origine de l'efficacité des suggestions. Il s'agit donc d'une condition nécessaire permettant d'obtenir toute une série de phénomènes appelés phénomènes hypnotiques.

LIEBEAULT utilisa l'hypnose pour soigner principalement les troubles fonctionnels et psychosomatiques ; en effet s'il est possible d'obtenir pendant ce sommeil hypnotique des phénomènes spéciaux comme des anesthésies, contractures ou paralysies, il doit sans difficulté être possible de créer le contraire de ces états pathologiques.
Il expérimente l'efficacité de la suggestion impérative, utilise de simples mots, les plus directs possibles, prononcés avec douceur ou autorité, accompagnés ou non de quelques signes pour guérir ses malades comme le rapporte Y. HALFON [(143)]. Il conclura que le facteur hypnotisant réside dans la suggestion verbale, propos cependant amplement nuancé à la lumière des connaissances actuelles.
Le Docteur SIZARET, médecin chef de l'hôpital de Maréville accueillant les aliénés nancéens, fut intéressé par son succès et l'invita à exercer dans son établissement.

C'est ainsi que le Professeur BERNHEIM, interniste réputé de la Faculté de Nancy, eut connaissance de ses pratiques et décida de s'initier puis d'introduire cette technique du *sommeil provoqué* dans son service hospitalier, selon HILPERT-FLORY en 2007 [110].
Il devint fervent admirateur de LIEBEAULT, et c'est lui qui écrira : *« Il endort par la parole, il guérit par la parole, il met dans le cerveau l'image psychique du sommeil, il cherche à y mettre l'image psychique de la guérison »* cité par J. BENHAIEM en 2003 [13].
Nous arrivons dans une période rayonnante pour l'hypnose : période de la controverse française opposant "l'école de Nancy" de BERNHEIM, et "l'école de La Salpêtrière" à Paris, de CHARCOT.

5) Jean Martin Charcot (1825-1893)

Né à Paris dans une famille modeste, CHARCOT entreprit des études de médecine et fut nommé médecin-chef de service à La Salpêtrière en 1862. Il devint le premier titulaire de la chaire de Neurologie en France, se consacrant avec rigueur à l'étude des maladies nerveuses, notamment la sclérose latérale amyotrophique qui porte le nom de maladie de "Charcot-Marie-Tooth". CHARCOT prend en charge des hystériques vers 1870. Il décrivit les quatre phases successives selon lesquelles se déroulerait la crise d'hystéro-épilepsie typique, les autres formes d'hystérie étant nommées "formes frustres". S'il pensait que les crises d'hystérie majeure se déroulaient toujours de la même manière, il remarqua cependant que la présence du public influençait le nombre et l'intensité des crises.

Après avoir constaté les limites de la métallothérapie chez ses patientes, CHARCOT s'intéressa à l'hypnose vers 1878. Il s'exerça en particulier sur des patientes hystériques présentant des crises typiques et des signes organiques constants. L'hypnose fut pour lui un outil expérimental, mais non pas thérapeutique. Il distingua les trois états nerveux successifs des hystériques hypnotisés, constituant "la grande hystérie" ou "le grand hypnotisme" : la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme.
CHARCOT fit une communication à l'Académie des sciences en 1882 : *Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques*. L'hypnose devint un sujet respectable d'étude scientifique, et sortit peu à peu de l'obscurantisme.
Lors des célèbres "leçons du mardi de Charcot", devenant au fil du temps de véritables spectacles publiques, l'on démontrait et classifiait les maladies.

CHARCOT assimilait l'hystérie à l'hypnose, différenciées uniquement par leur origine : spontanée pour l'hystérie et provoquée pour l'hypnose, comme l'explique J. DUPONT en 2009 [68]. Cette dernière est donc une névrose artificielle, un état pathologique provoqué chez des sujets prédisposés, de nature hystérique.
Etant frappé de la facilité avec laquelle nombre de symptômes d'hystérie pouvaient être reproduits en état d'hypnose, il conclut que seuls les sujets prédisposés à l'hystérie sont susceptibles d'hypnotisabilité.
Qui d'ailleurs ne perçoit pas toujours aujourd'hui le lien encore trop souvent sous-entendu entre l'hypnose et l'hystérie, stigmate idéologique hérité de cette théorisation ?

Cependant cette vision n'est pas celle de BERNHEIM et de l'école de Nancy, ne voyant pas l'hypnose comme une névrose expérimentale. Ils s'opposeront à l'école de La Salpêtrière, surtout défendue par les élèves de CHARCOT comme BABINSKI, GILLES DE LA TOURETTE, PIERRE MARIE, dans un débat passionné faisant rage plusieurs années durant.
L'on reprochera notamment à CHARCOT le fait que ses patientes étaient soigneusement sélectionnées et préparées avant les séances publiques, ainsi que la non reproductibilité des états de ses patientes hors de celles-ci.
Nous lui devons cependant d'avoir contribué à détacher l'hystérie du champ des maladies neurologiques, en démontrant qu'elle n'est pas liée au corps, et donc à l'utérus, mais à l'esprit. Il évoluera d'ailleurs au fil du temps vers une conception de plus en plus psychologique de l'hystérie, et dira en 1892 lors d'une de ses leçons de La Salpétrière : *« ...que la psychologie appartient, dans une certaine mesure, au domaine de la médecine et qu'elle n'est en somme, au moins pour la majeure partie, que la physiologie des parties supérieures ou nobles du cerveau »,* comme le rapporte S.R. NICOLAS en 2000 [149].
Dans son ultime ouvrage consacré aux guérisons inexpliquées, CHARCOT évoque l'efficacité de la suggestion pour guérir les maladies, d'autant plus chez les hystériques présentant selon lui un état mental favorable à son action.

6) Hippolyte Bernheim (1840-1919)

Originaire d'un petit village près de Mulhouse, il étudia la médecine à Strasbourg puis refusant la soumission au régime prussien il quitta la ville après la défaite de 1871 pour se réfugier à Nancy. De réputation élogieuse, BERNHEIM fut nommé Professeur de médecine

interne en 1871, appliquant une rigueur maîtresse dans ses observations cliniques. Il cherchait d'ailleurs à les vérifier dès que possible par des examens post-mortem, et passa ainsi de nombreuses heures avec VIRCHOW à Berlin ou dans le laboratoire de MORGAGNI à l'hôpital de Nancy.
Ayant pris connaissance des succès de LIEBEAULT, il devint rapidement son disciple et se mit à pratiquer l'hypnose dans son service hospitalier, puis à son cabinet de ville Place Carrière.
En 1882 BERNHEIM réalisa sa première communication publique sur l'hypnotisme à la Société Médicale de l'Est, au même moment où l'hypnose était présentée par CHARCOT comme un sujet d'étude sérieux à l'Académie des Sciences de Paris. Des divergences théoriques vont rapidement apparaître entre ce que l'on appellera l'école de Nancy et l'école de La Salpêtrière. En effet BERNHEIM voit l'hypnose comme un état physiologique accessible à tous, état déterminé par la suggestion et possédant la vertu d'être potentiellement thérapeutique. L'état hypnotique est susceptible d'accroître la suggestibilité déjà présente à l'état de veille, permettant donc la guérison de certains maux.

Il publia un ouvrage important en 1884 : *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille,* où il reprend les théories de LIEBEAULT, allant même plus loin. Il y contredit point par point les théories de CHARCOT, soutenant que l'hypnose n'est ni l'apanage de l'hystérie ni pathologique, et refute "le grand hypnotisme" selon lui fabriqué par le contexte.
H. BERNHEIM écrit en 1891 [(16)] : *« une seule fois j'ai vu un sujet qui réalisait à la perfection les trois périodes : léthargique, cataleptique, somnambulique. C'était une jeune fille qui avait passé trois ans à La Salpêtrière… »*
La controverse prit de l'ampleur, prenant même un caractère politique et dépassant les frontières nationale.

BERNHEIM privilégiait le rôle de la suggestion allant même jusqu'à expliquer entièrement par elle le phénomène de l'hypnose.
Dans la deuxième édition de son livre en 1886 le mot hypnose disparaît , et il écrit ces propos rapportés par L. CHERTOK en 1989 [(46)] : *« c'est la suggestion qui domine la plupart des manifestations de l'hypnose : les prétendus phénomènes physiques ne sont, suivant moi, que des phénomènes psychiques. C'est l'idée conçue par l'opérateur qui, saisie par l'hypnotisé et*

acceptée par son cerveau, réalise le phénomène, à la faveur d'une suggestibilité exaltée, produite par la concentration d'esprit spéciale de l'état hypnotique. »

L'on vint de loin pour assister aux visites du Professeur à la clinique, et sa réputation devint telle que dans le tramway le ramenant chez lui personne n'osait s'asseoir en face de lui, au point qu'ayant renoncé à s'asseoir il restait debout sur la plateforme…
Et BERNHEIM de dire, cité par R. SIMON en 1975 [178] : *« Je ne suis pas un thaumaturge, tout le monde peut faire ce que je fais parce que la suggestibilité est une des possibilités fondamentales de l'être humain. »*
En effet si sa pratique reste altruiste et thérapeutique l'hypnose tend toujours à souffrir de poncifs caricaturaux liés à une certaine crainte inspirée par l'hypnose "spectacle".
Viennent de plus les fameux débats de l'ascendance procurée sur l'hypnotisé avec notamment "les crimes de laboratoires", ou possibles meurtres sous hypnose dont l'affaire de "Malle à Gouffé" est une illustration. En effet en 1889 l'on retrouva la tête d'un huissier véreux nommé Gouffé dans une malle à la Gare de Lyon ; après avoir arrêté l'assassin, Eyraud, à la Havane en compagnie de sa complice la prostituée Bompard, l'on tenta de démontrer au Procès que cette dernière avait agi en état de soumission à Eyraud, qui l'aurait hypnotisée.
Ainsi Eyraud fut guillotiné, et Mlle Bompard condamnée seulement à vingt ans de réclusion, bénéficiant de fait de l'indulgence des juges [110].

BERNHEIM écrira en 1897 dans la Revue de l'hypnotisme, cité par P. BELLET en 2008 [11] : *« Tout mon enseignement écrit et oral proteste contre la conception d'automates purs attribués aux hypnotisés.*
... Le sujet hypnotisé n'est pas un cadavre inerte ou un corps en léthargie ... Un vrai travail intellectuel s'accomplit en lui... L'hypnotisme ne coule pas les sujets dans un même moule; il ne supprime pas l'individualité psychique. Un cerveau hypnotisé n'est pas un cerveau inerte dans lequel on peut mettre ce qu'on veut... les somnambules ne sont pas tous des êtres dépourvus de résistance, livrés corps et âmes à l'hypnotiseur. Ils conservent une certaine initiative... L'état hypnotique et les phénomènes qu'il comporte ont leur source purement subjective dans le système nerveux du sujet lui-même... Le sujet peut s'y plonger lui-même, sans influence extérieure, par sa propre tension d'esprit. Dans cet état, son imagination devient si vive que toute idée développée spontanément ou suggérée par toute personne à laquelle il attache de façon particulière attention et confiance, prend chez lui toute la force de

l'actualité, de la réalité... La volonté de l'hypnotiseur, si elle n'est pas exprimée par la parole; ses gestes, s'ils ne sont pas compris pas le sujet, ne déterminent aucun phénomène... ces phénomènes sont purement psychiques... »

Le premier Congrès International de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique eut lieu à l'Hôtel-dieu de Paris du 8 au 12 août 1889, sous la présidence de CHARCOT. Nous retrouvons parmi les participants des personnalités tel que RICHET, LIEBEAULT, BERNHEIM, JANET, FREUD.

L'autorité de CHARCOT fut mise à mal, et les membres du Congrès créditèrent majoritairement les thèses de BERNHEIM. Ils définirent par l'hypnotisme tous les phénomènes obtenus par la suggestion. De la controverse entre les deux conceptions de l'hypnose : "l'hystérie est la cause directe du phénomène hypnotique" proposée par l'école de La Salpêtrière, et "l'hypnose est due à une concentration de l'attention du sujet sur l'idée de s'endormir que lui suggère l'hypnotiseur" défendue par celle de Nancy, l'école de Nancy est sortie victorieuse.

Si les idées de BERNHEIM ont vite pris le dessus sur celles de CHARCOT, il s'éloignera cependant de la position de LIEBEAULT poussant jusqu'à dire qu'il n'existerait pas d'hypnotisme, mais que de la suggestion. H. BERNHEIM va jusqu'à dire en 1891 dans *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie* [(16)] : « *aujourd'hui, quand je fais de la suggestion verbale dans un but thérapeutique, je m'inquiète peu de savoir si le sujet dort ou ne dort pas »* et inventera en 1903 le mot psychothérapie désignant les soins par suggestions à l'état de veille.

Quelque peu desservi par ses positions totalitaires et victime d'attaques antisémites, BERNHEIM se trouvera bientôt évincé de la vie scientifique française et prendra sa retraite en 1910, avant de mourir dans l'indifférence générale en 1919.

H. BERNHEIM est aujourd'hui considéré comme le véritable père fondateur de l'hypnothérapie.

Notons simplement parmi ses héritiers le pharmacien Emile COUE, nancéen dont la réputation dépassa aussi les frontières nationales du fait du succès rapide de sa méthode pronant l'autosuggestion. Par exemple nous avons tous entendu un jour cette fameuse phrase à répéter plusieurs fois par jour afin de forger son mental : *« Chaque jour, en tout point de vue, je vais de mieux en mieux »*. En effet pour lui, tel qu'il le répétait lors de ses

conférences rapportées par N. BERTONI en 1988 [17] : *« Nous sommes ce que nos pensées nous font ».*

Ainsi vers la fin du XIXème siècle, le principe alors dominant de causalité externe se trouve peu à peu supplanté par celui de causalité interne, la phrénologie fait son apparition et l'idée de réflexe inquiète car cela signifie que nos comportements peuvent être influencés en dehors du champ de notre volonté. L'époque est propice à la naissance du concept d'inconscient cérébral, de ce quelque chose susceptible d'influencer nos réactions ou d'agir à notre insu.
Il s'agit d'ailleurs de la thématique de certains auteurs du moment comme PAUL VALERY, NIETSCHE, DOSTOÏEVSKI ou encore MAUPASSANT avec Le horla.
La psychanalyse va naitre de l'hypnose, pour s'en éloigner ensuite, et nous parvenons à une période de déclin relatif de l'hypnose dans ces temps suivant la bataille entre l'école de Nancy et celle de la Salpêtrière. Cependant certains continueront tout de même d'y porter intérêt.

7) Pierre Janet (1859-1947)

Il occupa une place particulière. Encore tout jeune professeur de philosophie dans un lycée du Havre, JANET y découvrit l'hypnotisme avec une patiente devenue célèbre : Léonie .
Il se passionna pour la psychologie et rédigea sa thèse appelée : *l'Automatisme psychologique* en 1889 [115] où il expliqua les phénomènes hypnotiques par la désagrégation mentale ou dissociation. Ainsi durant l'hypnose la personnalité peut perdre sa cohésion habituelle, et certaines capacités mentales sont susceptibles d'être séparées du flux central de la conscience. Ainsi peuvent émerger nombre de phénomènes comme des activités automatiques, des anesthésies provoquées, ou encore des actes apparemment involontaires. En effet se révèle pendant la transe une sorte de seconde conscience, car pour P. JANET en 1889 [115] la personnalité humaine se compose de deux instances : *« l'une qui conserve les organisations du passé, l'autre qui synthétise, qui organise les phénomènes du présent ».*
Du fait si le mot "automatisme" choisi par JANET n'eut pas le même succès que la notion "d'inconscient" employée par FREUD, force est de constater qu'il s'agit de concepts similaires, comme d'autres proposés par Janet d'ailleurs, ce qui leur vaudra parfois certains conflits de paternité.
Un accueil de choix fut réservé à la thèse de JANET lors du Premier Congrès International d'Hypnotisme ayant lieu deux mois après sa soutenance et CHARCOT, intéressé par ses

travaux, l'aida pour accomplir un cursus médical parallèlement à ses obligations de professeur de philosophie, ce afin qu'il puisse diriger le laboratoire de psychologie de la clinique neuropsychiatrique de La Salpêtrière.
Il y poursuivit ses expériences après la mort de CHARCOT. Sa technique était simple, suggestive, insistant sur le rythme et la régularité des gestes, ce dont l'importance est d'ailleurs aujourd'hui reconnu.
S'il fut tenté initialement de définir l'hypnose comme un phénomène anormal, il s'intéressa peu à peu à la nature exacte de l'hypnose, au rôle de la suggestion et dira comme le rapporte P. KISSEL en 1967 [(125)] : *«… j'ai l'impression, peut être illusoire, qu'il y a dans les somnambulismes complets quelque chose de plus que dans la suggestion. »*

JANET utilise l'hypnose pour explorer les souvenirs traumatiques, supposés responsables d'une forme de dissociation psychique, et profite de la potentialisation hypnotique pour émettre des suggestions contre-symptomatiques, révélant puis modifiant le récit traumatique.
Il évoqua les bénéfices de l'apprentissage dans l'accession à l'état hypnotique, puis s'intéressa particulièrement au somnambulisme complet à l'origine d'une grande efficacité des suggestions post-hypnotiques. Il décrivit de même dans les suites des séances une période d'influence somnambulique correspondant à un état modifié, un élargissement du champ de conscience permettant une amélioration clinique. P. JANET en 1898 [(117)] s'attacha ensuite à décrire la relation hypnotiseur-hypnotisé : le "rapport magnétique" pouvant prendre plusieurs aspects, le plus souvent *« les sujets se sentent humbles et petits et se comparent à des enfants devant leurs parents »*.
Le voici donc abordant le thème de la relation médecin-patient, dénommée "transfert" par FREUD sensiblement vers la même période.
Ce rapport magnétique permet donc en cet état particulier d'éduquer, ou de rééduquer activement le patient, et JANET décrivit l'hypnose comme un traitement déterminé mais d'application limitée aux pathologies fonctionnelles, justifiables d'un traitement psychologique.
P. JANET explique qu'il s'agit d'une méthode au sein de la psychothérapie [(116)].

Il quitta son poste de La Salpêtrière pour devenir titulaire de la chaire de psychologie expérimentale et comparée au Collège de France en 1902.
Plus de cinq mille observations lui servaient de base pour son enseignement et ses

publications. Son œuvre très vaste, plus de vingt volumes avec près de trois cent articles répertoriés, englobe à peu près tous les domaines de la psychologie normale et pathologique comme l'évoque H. FAURE en 1985 [83].

Si vint une polémique au sujet de la paternité de la découverte de certains aspects de fonctionnement du psychisme humain, avec chacun ses défendeurs et ses pourfendeurs, il se trouve que l'œuvre de Janet resta plus confidentielle tandis que celle de FREUD fut vastement diffusée et mainte fois vulgarisée, selon M. LAXENAIRE en 1989 [131].

Cependant, JANET fut l'un des seuls à maintenir intact son intérêt pour l'hypnose durant cette période d'oubli suivant la mort de CHARCOT.

La notion de dissociation qu'il introduisit garde, bien que quelque peu modifiée, une place centrale dans la compréhension de l'hypnose moderne.

8) Sigmund Freud (1856-1939) : la psychanalyse nait de l'hypnose

Né à Freiberg en Moravie, FREUD n'a que trois ans lorsque son père, négociant en textile, dut se réfugier à Vienne après avoir fait faillite. Il engagea des études de médecine, puis se spécialisa dans l'étude du système nerveux. FREUD fut sensibilisé à l'hypnotisme notamment par son ami BREUER qui lui fit le récit du cas de sa célèbre patiente Anna O. , patiente présentant un tableau de "double personnalité" attifée de divers "symptômes névrotiques", et soulagée par les séances d'hypnose de BREUER.

FREUD se destinait à devenir spécialiste en neuropathologie, et partit donc à Paris en 1885 afin de suivre quelques mois durant l'enseignement du célèbre Pr CHARCOT. Il fut littéralement fasciné par la pensée et le brio de ce dernier, qui bouleversa les conceptions et desseins de FREUD. Celui-ci délaissa d'ailleurs rapidement ses travaux sur les anomalies morphologiques du cerveau pour s'intéresser plutôt à la psychopathologie. Assistant à certaines expériences réalisées à La Salpêtrière, il sera ainsi en mesure de se convaincre de la réalité des processus inconscients. Les paralysies provoquées sous hypnose, ne correspondant à aucune systématisation neurologique, l'intriguèrent tout particulièrement. En effet CHARCOT pense que les névroses ne sont pas la conséquence de lésions structurales du système nerveux, mais plutôt de traumatismes psychiques. FREUD embrassa cette théorie et assura à Charcot dans *Résultats, idées, problèmes* de 1890 à 1920 [97] *« pour tous les temps la gloire d'être le premier à avoir expliqué l'hystérie »*.

De retour à Vienne, il s'installa comme praticien spécialisé en neuropathologie pour des raisons matérielles, et traduisit en Allemand plusieurs textes de CHARCOT dont les *Leçons sur les maladies du système nerveux* en 1886. Cependant selon L. CHERTOK en 1989 [47] FREUD hésita à faire passer dans sa pratique l'hypnose, ayant à cette époque assez mauvaise presse dans le milieu médical viennois.
Ce n'est que vers fin 1887 qu'il se décida à employer l'hypnotisme, probablement déçu par l'électrothérapie en vogue, après avoir entendu parler des travaux de BERNHEIM et LIEBAULT utilisant l'hypnose dans un but thérapeutique contrairement à La Salpêtrière. Il fut très vite séduit par cette pratique, et dira en 1966 [92] : *« ... j'ai obtenu toute sorte de succès… »* ou encore en 1974 [94] : *« le travail au moyen de l'hypnose était fascinant. On éprouvait pour la première fois le sentiment d'avoir surmonté sa propre impuissance… ».*
Il traduisit le livre de BERNHEIM en 1888 : "*De la suggestion et de ses applications en thérapeutique*".
J. BREUER note en 1895 [30] qu'initialement FREUD utilisait des suggestions directes en état hypnotique, notamment dans le cas d'Emmy Von N.

FREUD utilisa l'hypnose sur l'exemple de BREUER dans la prise en charge de patients psychotraumatisés. Il cherchait à obtenir une libération des affects liés au traumatisme, nommée "abréaction". L'objectif était ensuite de mettre du sens sur le chaos émotionnel par "catharsis", tentant de retrouver le traumatisme infantile fondateur responsable des symptômes actuels. L'hypnose est un outil psychothérapeutique facilitant la catharsis.
Or il pensait que la méthode cathartique n'était possible que si le patient plongeait dans une transe profonde somnambulique, état qu'il n'arrivait justement pas à produire chez sa patiente Emmy Von N.
FREUD [95] pris donc le train en 1889 avec sa patiente en direction de Nancy, afin d'y rencontrer BERNHEIM. Il fut impressionné par les praticiens de l'école de Nancy, et dira même : *« ... je fus témoin des expériences de Bernheim sur les malades de l'hôpital, et c'est là que je reçus les plus fortes impressions relatives à la possibilité de puissants processus psychiques demeurés cependant cachés à la conscience des hommes. »*
Cependant BERNHEIM ne parvint guère plus que FREUD à faire entrer la patiente en hypnose profonde, et lui exliqua même qu'il ne retrouvait que rarement cet état au sein de sa clientèle. Malgré LIEBAULT lui signifiant que l'état somnambulique n'était pas forcément indispensable à l'obtention d'effets, FREUD fut tenté d'abandonner la méthode cathartique

car il restait convaincu que seule l'hypnose profonde pouvait élargir le champ de la conscience jusqu'aux souvenirs pathogènes.
Pourtant BERNHEIM lui montra par expérience que les amnésies provoquées par hypnose n'étaient qu'apparentes et que l'on pouvait faire revenir certains souvenirs à l'état de veille.
FREUD en déduisit qu'il existait des représentations psychiques dont le sujet n'avait pas conscience mais dont il gardait le souvenir dans sa mémoire inconsciente, comme le rapporte P. AIM en 2009 [(4)]. Voici donc l'origine du concept du refoulement.

FREUD se mit donc à pratiquer la "*Druckmethode*" consistant à exercer une pression sur le front du patient tout en l'exhortant à former des images à partir des symptômes, et fut assez satisfait de cette méthode lui évitant tout recours au somnambulisme. En effet, il écrira à ce propos en 1895 [(30)]. *« J'étais las, après avoir répété cette affirmation et cet ordre : "Vous allez dormir…Dormez !" de m'entendre répondre sans cesse, dans les degrés légers d'hypnose : "Mais docteur, je ne dors pas !" »*
FREUD s'éloigna donc petit à petit de l'hypnose, abandonna les suggestions visant à produire un hypnotisme complet ainsi que l'induction par confrontation visuelle ou injonction verbale.
Il alléguait le caractère aléatoire de l'hypnotisabilité, l'aspect parfois éphémère des guérisons obtenues, et craignait une implication érotique de la relation hypnotiseur hypnotisé.
Puis il renonça au contact physique, ne demandant plus au malade, allongé sur un divan sans contact même visuel afin d'exclure toute influence, de fermer les yeux et de laisser les idées surgir sans aucun filtre, spontanément, comme il l'explique dans ses *Essais de Psychanalyse* de 1921 [(93)].
C'est la technique de l'association libre, nécessitant au médecin un état d'attention flottante pour mieux capter l'inconscient du patient, technique encore aujourd'hui centrale de la psychanalyse, qui est donc issue de l'hypnose.

Toutefois le rapport de FREUD avec l'hypnose reste ambigu. Il suffit pour s'en convaincre de lire ce passage écrit en 1895 dans les *Etudes sur l'hystérie* [(30)] : *« Donc, quand une première tentative (d'induction par injonction de sommeil) n'aboutissait ni au somnambulisme, ni à des modifications somatiques nettes, j'abandonnais en apparence l'hypnose pour n'exiger que la concentration et ordonnais au malade de s'allonger et de fermer les yeux afin d'obtenir celle-ci. Sans doute suis-je parvenu ainsi à obtenir le degré le plus élevé possible d'hypnose. »*

Ainsi la création de la psychanalyse par FREUD se présente historiquement comme une évolution d'une pratique hypnotique fondée sur la suggestion à une pratique hypnotique fondée sur le changement d'état de conscience, selon Y. HALFON en 2007 [(143)].
FREUD approfondit avec BREUER l'idée de "rapport", terme utilisé par MESMER pour qualifier la relation hypnotique, et inventa la notion de "transfert", projection inconsciente d'affects du patient sur la personne du thérapeute, mais ne lui étant pas spécifiquement destinés.
L'analyse de ce transfert et la levée des résistances empêchant l'accès à l'inconscient sont les objectifs de la cure analytique.

Quant au conflit opposant l'école de La Salpêtrière et celle de Nancy, Freud n'y prendra guère réellement position, reconnaissant à la fois que l'hypnose ne pouvait se limiter à la seule étude des hystériques mais qu'elle n'était point non plus un traitement universel. Il reprocha à Bernheim de ne pas suffisamment s'exprimer sur l'essence de la suggestion, qui serait censée tout expliquer.
Il entreprit de théoriser l'hypnose, ce que nous verrons un peu plus loin, la comparant à un état amoureux, ou encore à *« la formation d'une foule à deux »* [(96)].
L'intérêt persistant de FREUD pour l'hypnose se manifeste par exemple lorsqu'il invita à Vienne en 1924 Franz POLGAR, un jeune médecin ayant acquis une notoriété dans le domaine de l'hypnose, afin de réfléchir sur l'origine de celle-ci selon A. BIOY en 2005 [(18)].
Ainsi le refus de l'hypnose que l'on trouve aujourd'hui chez certains psychanalystes n'est pas hérité directement de Freud, mais plutôt de certains de ses successeurs d'après HALFON en 2007 [(143)].
Bien qu'il situa la naissance de l'analyse au jour où il renonça à pratiquer l'hypnose,
jamais FREUD ne dénia sa dette envers la génitrice de la psychanalyse, ni ne chercha à sacrifier dans sa théorisation les marques de fabrique signant les origines de sa découverte, ainsi que l'explique F. ROUSTANG en 2002 [(165)].

ROUSTANG explique le parcours de FREUD par l'interprétation difficile des résultats qu'il obtenait avec l'hypnose, le conduisant à toujours vouloir sonder plus loin dans le fonctionnement psychique. L'évolution de cette idée princeps de changement par l'hypnose, à celle de la "*Druckmethode*" puis d'une cure psychanalytique émane de cette effective curiosité du chercheur. C'est l'origine qu'il recherche en premier, et non la guérison.

En effet FREUD en 1925 [(99)] dira lui-même découvrant la méthode cathartique , qu'elle *« satisfait aussi le désir du savoir du médecin, qui avait tout de même le droit d'apprendre quelque chose de l'origine du phénomène qu'il s'efforçait de supprimer »*. Ou encore en 1937 [(98)] dans l'article *Analyse terminable analyse interminable* , où FREUD finalement mitigé quant à l'efficacité de la psychanalyse, tente un bilan : *« la guérison vient de surcroît ».*

Au XXème siècle néanmoins, la psychanalyse acquiert une place prépondérante –le génie de son créateur n'y étant probablement pas étranger, et devient quasiment la seule interprétation valable du psychisme et même des relations humaines en général et de la société, ainsi que le souligne P. AIM en 2009 [(4)]. Nombre de psychothérapies émergeront d'elle. L'hypnose, thérapie finalement solutionniste et non pas toujours explicative, se trouve reléguée au second plan en Europe. Ainsi JUNG la délaisse afin de comprendre comment le processus de guérison intervient. Il s'inquiète même qu'elle puisse atteindre les noyaux psychotiques. LACAN ira jusqu'à l'interdire à ses élèves, dans son discours fondateur de Rome en 1956 comme le rapporte G. BOUSINGEN en 1968 [(129)].
Et ce malgré cette phrase de FREUD, écrite dans l'un de ses derniers textes en 1937 [(98)] *« L'hypnose semblait être un excellent moyen pour atteindre nos fins ; on sait pourquoi nous avons dû y renoncer. On n'a pas trouvé jusqu'à présent de substitut à l'hypnose. »*

E\ VERS L'HYPNOSE CONTEMPORAINE

Au début du XXème siècle l'intérêt porté à l'hypnose se déporta principalement aux Etats-Unis dans le cadre des névroses de guerre.
Si les psychiatres militaires de la Première Guerre Mondiale peinaient à s'entendre sur une nosographie précise des psychotraumatismes, l'hypnose était une méthode thérapeutique répandue. L'américain Thomas SALMON édicta des principes de gestion de soins de guerre, la maladie étant décrite comme secondaire à une auto-suggestion du patient, mécanisme devant être retourné à des fins thérapeutiques en hypnose afin d'obtenir un rapide retour au front.
L'évolution d'une pratique traditionnelle de l'hypnose vers sa pratique actuelle se déroulera principalement sous l'effet de trois facteurs distincts :
. la pratique hypnoanalytique dont Lewis WOLBERG sera le principal représentant, remettant

en question l'utilité thérapeutique de la pratique suggestive caractéristique de la fin du XIXème siècle par le soucis de faciliter l'émergence des représentations mentales du sujet,

. le courant des recherches expérimentales sur l'hypnose dont le début se situe dans les années 1960, aboutissant à une remise en cause de nombreuses croyances erronées et d'un certain ésotérisme, puis facilitant des changements fondamentaux sur la manière de concevoir le rôle de l'hypnotiseur et les techniques d'induction,

. le courant thérapeutique initié par Milton ERICKSON et ses élèves vers les années 1970, jouant un rôle déterminant dans la résurgence de l'hypnothérapie, avec une approche nouvelle et originale de la pratique hypnotique.

1) Lewis Wolberg (1905-1988) et l'hypnoanalyse

L'idée de l'hypnoanalyse est simple : combiner les avantages thérapeutiques de l'hypnose et ceux de la psychanalyse.

En effet un des reproches rapidement fait à la psychanalyse fut celui de son efficacité trop souvent aléatoire, d'ailleurs FREUD lui-même écrira en 1937 [(98)] qu'elle *« a toujours raison en théorie mais pas toujours en pratique »*. Ainsi certains s'attelèrent à mener une analyse encore plus profonde, à développer de nouveaux concepts, tandis que d'autres revinrent plutôt aux sources de l'hypnose pour y puiser de nouvelles inspirations .

C'est le cas de Lewis WOLBERG qui fut l'un des premiers à utiliser l'hypnose pour dynamiser la cure analytique. Il publia son livre intitulé *Hypnoanalysis* en 1945.

L'hypnose lui permettait d'accéder à certains contenus fortement émotionnels, et ainsi de remettre en mouvement des phases de stagnation jalonnant le processus de cure analytique.

Il évoqua une série de difficultés liées certainement à l'utilisation d'une technique d'induction, de mise en hypnose un peu autoritaire, avec usage de l'impératif, comme cela était coutumier depuis longtemps pour les hypnotiseurs. Cela entraînait une suspension provisoire des capacités expressives du sujet . D'où la nécessité selon lui d'un travail actif une fois l'hypnose induite afin de rétablir l'expression libre du sujet et une relation permettant le travail associatif, comme le rapporte HALFON en 2007 [(143)].

L'hypnose resta employée lors de la Seconde Guerre Mondiale dans le cadre du psychotraumatisme, associée parfois à l'emploi de barbituriques dans la narco-hypnose, mais la méthode cathartique et ses outils hypnothérapeutiques furent mis de côté, comme le

souligne M. KAUFMAN en 1947 [120].

La pratique de l'hypnose a désormais basculé principalement vers le Nouveau-Monde.

J.P. ZINDEL en 2012 [203] définit les raisons d'une part historiques avec la fuite du nazisme, mais probablement aussi culturelles, l'esprit américain primant parfois plus l'efficacité que la nuance alors qu'en Europe, une certaine tendance à l'intellectualisation eût pu se faire parfois au détriment de la pratique.

Nous retrouvons donc J.G. WATKINS, professeur de psychologie à Montana, qui acquit une véritable expérience dans le traitement des névroses de guerre de la Deuxième Guerre Mondiale et étudia de près les états dissociatifs. En effet si l'hypnose se développa aux Etats-Unis comme outil thérapeutique dans le cadre des pathologies post-traumatiques, elle suscita aussi certains débats comme celui des cas de personnalités multiples.

L'abord de WATKINS diffèrait de celui de WOLBERG par une utilisation plus systématique de l'hypnose, dans laquelle les conceptions psychanalytiques servaient plus de repères pour travailler avec l'hypnose que de trame de la thérapie.

Erika FROMM, autre célèbre pionnière de l'hypnoanalyse, partant des théories de la psychologie du moi, s'intéressa entre autre à intégrer les concepts d'activité et de passivité du moi dans le travail hypnotique. Elle utilisa ensuite l'hypnoanalyse dans le cas de troubles de la personnalité de type état limite.

Notons aussi le nom de G. GARDNER, tendant pareillement vers une approche permettant de mieux adapter la situation hypnotique au moyen de la technique analytique.

Vinrent d'autres mérites comme ceux de KUBIE et MARGOLIN (1944), KLINE (1958), GILL ET BRENMAN (1959) , ayant apporté de passionnantes contributions à la théorie psychanalytique de l'hypnose, telle que la vision de l'hypnose en tant que "régression au service du moi" ou "perméabilisation des limites du moi".

Nous avons néanmoins en Europe L. CHERTOK (1979) dont nous parlerons plus tard, puis J. PALACI (1991) qui plaideront en faveur de cette pratique thérapeutique tout en oscillant entre une approche strictement analytique et une approche hypnosuggestive.

De même signalons le français F. ROUSTANG, ainsi que les allemands KRETSCHMER et LANGEN ayant, chacun à sa manière, jeté des ponts entre l'hypnose et la psychanalyse [143].

Il faudra toutefois attendre quelques années pour que des thérapeutes tels que les Docteurs E. COLLOT, auteur de l'encyclopédie médico-chirurgicale, et J.P. ZINDEL, actuel président de la société médicale suisse d'hypnose, développent et enseignent une technique véritablement

hypnoanalytique.
Cette approche est certainement l'une des plus employée par les hypnothérapeutes actuels, bien que son expression reste relativement discrète.

2) La recherche sur l'hypnose

Aux Etats-Unis, la pratique de l'hypnose se développa dès la première moitié du XXème siècle avec notamment de nombreuses recherches et expérimentations, au contraire d'une pratique devenant plus confidentielle en France.
Le débat opposant CHARCOT et BERNHEIM au sujet de la nature de l'hypnose : état particulier ou suggestibilité, sera repris par les expérimentateurs américains et ne trouvera d'autre conclusion qu'une querelle entre étatistes et non-étatistes. Cette dernière ne sera dépassée que grâce à l'application thérapeutique développée par M. ERICKSON.
Citons tout d'abord Clark HULL (1884-1952) , psychologue comportementaliste qui lança en 1933 le premier programme de recherche à grande échelle sur l'hypnose, inaugurant par ses travaux à l'Université de Yale l'ère moderne de l'étude de cette discipline, d'après P. AIM en 2009 [(4)].
Il défendit l'idée que l'état hypnotique est une activité mentale normale, et fut l'un des premiers à appliquer les méthodes expérimentales et statistiques de la psychologie moderne à l'étude de l'hypnose et de la suggestibilité. ERICKSON fut l'un de ses élèves avant de s'éloigner de certaines de ses positions.

A cette époque la perspective de recherche fut plutôt comportementaliste, et certains comme T.R. SARBIN en 1972 [(170)] avancèrent que l'hypnose correspondait à une sorte de jeu de rôle consenti de la part de l'hypnotisé, se plaçant dans une position psycho-sociologique lui permettant de se conformer aux suggestions. N'ayant à l'époque aucun corrélat physiologique à l'hypnose, il adopta la position des non-étatistes. Cette théorie fut à l'origine de certaines recherches concluant qu'il était impossible en ce temps de discerner des sujets simulant l'hypnose de ceux réellement en état hypnotique, même par des experts.
M.T. ORNE mit cependant en évidence un certain nombre de critères cliniques permettant de faire cette différence : congruence du comportement , réaction en l'absence de l'hypnotiseur comme la fin de transe progressive pour l'hypnotisé mais brutale pour le simulateur, fonctionnement logique durant la transe, efficacité des suggestions post-hypnotiques.

Utilisant le paradigme de la simulation, il mit en évidence des comportements spécifiques de l'hypnose, notamment l'absence d'efficience de la logique habituelle. Il y a donc pour M.T. ORNE en 1959 [151] des modifications du fonctionnement mental en état hypnotique.
De plus les expériences de ORNE permirent de montrer à quel point les modèles fournis par la situation influent sur les comportements du sujet en hypnose mais aussi dans toutes les expériences en sciences humaines.
BARBER (1927-2005) tout comme SPANOS (1942-1994) ne croyaient pas à l'existence d'un véritable état hypnotique, affirmant que tout ce que l'on pouvait faire pendant ce soi-disant état était faisable sans, avec une motivation et des capacités cognitives adaptées. Selon SPANOS les phénomènes observables en hypnose étaient explicables par différentes données psychologiques et sociologiques, tel que le rapporte Y. HALFON [143].

HILGARD (1904-2001) quant à lui, anima une unité de recherche au sein de l'université de Stanford et développa de nombreux programmes de recherches jusqu'à son décès, il y a quelques années seulement. Nous lui devons notamment l'échelle d'hypnotisabilité de Stanford, demeurant un outil de référence pour les études sur l'hypnose même si elles sont peu utiles en pratique pour les thérapeutes.
Très inspiré par JANET, il considérait l'état hypnotique comme un état de conscience particulier résultant d'une capacité normale, présente chez chacun dès la naissance et inhibée de façon variable au cours du développement. Opposé à BARBER, il ne confondait donc pas la suggestibilité présente à l'état de veille avec l'hypnose.
I. STENGERS rapporta entre autre en 1998 [185] certaines expériences sur l'analgésie avec des sujets hypnotisés étant leurs propres témoins dans des groupes contrôle à l'état de veille, afin de démontrer les différences entre les deux états. La motivation et l'imagination des sujets contrôlées, l'état hypnotique provoque une modification de la suggestibilité et ne peut donc être réduit à celle-ci.

HILGARD proposa le concept de "néodissociation" , inspiré de la désagrégation mentale de JANET, expliquant que certaines informations apparemment perçues par le patient ne se retrouvaient pas accessibles à la conscience par un mécanisme de dissociation. Nous développerons par la suite sa théorie qu'il présenta en 1977. Il fournit en effet un modèle explicatif du fonctionnement cognitif normal qui serait le fruit d'un système exécutif coordonnant l'action de multiples sous systèmes de contrôle cognitif, en s'adaptant à la

réalité. Il définit ainsi l'action de l'hypnose comme *« des sous systèmes de contrôle temporairement dissociés du contrôle exécutif conscient, activés directement par la suggestion »*, cité par J. GODIN 1991 [(102)].
HILGARD suggère l'existence d'un "observateur caché" pouvant ressentir et rapporter les stimuli douloureux chez un sujet en analgésie hypnotique, qui présentera pourtant une amnésie de la séance d'hypnose. Ce résultat indique pour lui qu'une séparation de la conscience peut être effectuée grâce à cette barrière mnésique divisant la perception en plusieurs canaux indépendants. Cette théorie basée sur l'empirisme fut par la suite critiquée, mais eut tout de même le mérite de tenter d'expliquer un phénomène central de l'hypnose, perçu alors de manière subjective.

Après plus d'un demi-siècle de recherches expérimentales sur la nature de l'hypnose, les étatistes et non étatistes se retrouvèrent sur plusieurs points, notamment sur le fait que l'hypnose est autre chose qu'un simple comportement compliant de la part du sujet, ou encore sur les différentes modifications physiologiques produites par les suggestions.
Depuis quelques années, le débat concernant la réalité de l'état hypnotique s'est déplacé du côté de la neurophysiologie qui, comme nous l'évoquerons plus tard, est actuellement en mesure d'objectiver la réalité de cet état.
Aux U.S.A. et au Canada, de nombreux chercheurs travaillent sur le sujet et en particulier sur ses implications cognitives et sociales. Citons parmi les principaux chercheurs contemporains J. KHILSTRÖM, S.J. LYNN, J.R. LAURENCE, E.J. CRAWFORD…

En Union Soviétique PAVLOV (1849-1936) et ses collaborateurs s'intéressèrent à l'hypnose dans l'élaboration de leur concept du conditionnement. Ils théorisèrent l'hypnose à partir de l'expérimentation animale. En effet le chien endormi qui a été préalablement conditionné avec un signal sonore associé à la nourriture, ne se réveille qu'à ce même signal sans pourtant réagir aux autres sons. Ainsi pour PAVLOV le cortex du chien est inhibé mais persistent certaines zones cérébrales vigiles [(143)].
Il en serait donc de même pour le cortex de l'hypnotisé maintenant certaines zones actives, qui permettent de garder le contact avec l'hypnotiseur. Seulement chez l'homme le stimulus signal est la parole, considéré comme pouvant être aussi efficace que le stimulus physique chez l'animal. PAVLOV ne reconnaissait pas l'existence de l'inconscient mais admit cependant que le stimulus par la parole ne pouvait être assimilable au stimulus physique en

raison d'un vécu particulier à chaque être humain. Il poursuivit facilement ses recherches même après l'arrivée du bolchévisme car l'hypnose était considérée comme une psychothérapie à base physiologique.

En Allemagne, J. Heinrich SCHULTZ, psychanalyste et disciple de FREUD et élève d'Oskar VOGT, pionnier de l'autohypnose, inventa le "training autogène" en 1912, méthode de relaxation permettant aux patients d'apprendre à lutter contre leur stress, et toujours utilisée aujourd'hui.

En France il faudra attendre les années 1950 pour voir réapparaître des publications traitant de l'hypnose , mais c'est principalement à Léon CHERTOK que revient le mérite d'avoir donné un nouvel essor à l'hypnose en France. Nous traiterons de cela un peu plus loin.

Ainsi une véritable réhabilitation de l'hypnose s'est produite notamment aux U.S.A. , à l'occasion des deux guerres mondiales, dans le champ des pathologies post-traumatiques.
Plus qu'un objet de recherche, l'hypnose est redevenue un véritable outil thérapeutique intégré au patrimoine médical, et ce notamment grâce à ERICKSON.
L'intérêt pour cet outil thérapeutique se généralise progressivement, et son utilisation en psychothérapie s'étend quasiment à l'ensemble des indications. Son utilisation dans le domaine médical touche le traitement des douleurs aiguës et chroniques, le traitement des brûlures ainsi que de nombreux troubles psychosomatiques comme l'asthme, l'eczéma, les verrues…
Outre ces indications, l'hypnose peut également être utilisée sur un mode préventif dans le cadre de certaines difficultés émotionnelles, motivationnelles ou encore de troubles anxieux comme la phobie sociale.
L'hypnose permet encore l'apprentissage par chacun de techniques auto-hypnotiques susceptibles de permettre d'agir sur différents aspects physiques ou psychiques.

Nous aurons l'occasion de revenir sur l'apport de la recherche à plusieurs reprises, mais il est important de noter que si elle pose parfois certains problèmes méthodologiques, elle a considérablement modifié le regard porté par la communauté scientifique sur les phénomènes hypnotiques. En effet, de nombreuses publications ont à l'heure actuelle exploré différents axes de recherche, démontrant par là même que l'hypnose était un phénomène tout à fait

susceptible de se plier à une approche scientifique.

Cela contribue en outre à recréditer l'hypnose aux yeux de la société, la libérant progressivement de son carcan d'idées reçues ou d'ésotérisme.

3) Milton Hyland Erickson (1901-1980)

Milton H. ERICKSON, psychiatre américain, va jouer un rôle déterminant dans l'évolution des pratiques hypnotiques et dans la résurgence de l'hypnothérapie. Pour comprendre sa façon d'aborder l'hypnose, il semble nécessaire d'évoquer son histoire personnelle, ayant forgé sa personnalité hors du commun et considérablement influencé son œuvre.

Né en 1901 dans le Névada, ERICKSON était atteint d'une dyschromatopsie rare, dont la conséquence est que la seule couleur qui lui soit agréable est le violet. Il souffrait de plus d'une amusie ou agnosie musicale rendant l'expression et la compréhension discriminante des sons musicaux difficiles.

E.L. ROSSI souligne en 1980 [(75)] qu' ERICKSON était donc dès son plus jeune âge confronté à une perception du monde différente des autres, ce qui l'amènera à se questionner sur la relativité des cadres de références des êtres humains.

Sa surdité l'invita à mieux s'écouter lui-même et à trouver son propre rythme : le pouls, et la respiration. Celle-ci devint pour lui un moyen de suivre le rythme des autres. Nous verrons qu'effectivement la prise en compte du rythme respiratoire du sujet renforce considérablement sa collaboration avec le thérapeute.

ERICKSON fut scolarisé, c'est alors que l'on se rendit compte qu'il souffrait d'un autre handicap : la dyslexie. On le vit alors des heures durant s'attacher à lire le dictionnaire –d'où le surnom de "Monsieur Dictionnaire", et se passionner pour la langue et la sémantique. Le voici donc commençant à jouer sur les différents niveaux d'abstraction de la communication, désignant plusieurs choses avec un seul mot, disant simultanément une chose et son contraire, ou encore parlant d'un sujet tout en attirant l'attention de son interlocuteur sur une autre. C'est ce que l'on nommera "la communication indirecte multi-niveaux" ; or, il se trouve que ce mode de communication facilite précisément l'induction hypnotique.

Enfant, il guérira subitement de sa dyslexie dans ce qu'il interprétera plus tard comme une expérience auto-hypnotique spontanée, une sorte de "flash visuel" l'ayant aidé à comprendre l'orientation nécessaire du "*3*" et du "*m*", alors qu'il était en leçon avec son professeur,

d'après ERICKSON et ROSSI en 1977 [74]. Il en tirera trois leçons a posteriori : l'hypnose est un phénomène se produisant dans la vie quotidienne ; elle facilite le changement ; et la compréhension de la cause n'est pas toujours nécessaire à l'obtention de la guérison.

En 1919 à l'âge de 17 ans, Milton H. ERICKSON fut frappé d'une forme grave de poliomyélite aiguë antérieure. Il s'agit d'une maladie sans traitement évoluant en plusieurs stades, avec une phase d'invasion virale puis d'extension des paralysies, parfois mortelle, ou bien entraînant après récupération un syndrome post-poliomyélitique de gravité et de survenue variables, plusieurs dizaines d'années après la phase aiguë.
Alité dans la pièce voisine, Erickson entendit les médecins expliquer à sa mère qu'il serait mort le lendemain matin.
Plein de colère et de rage de vivre, il demanda à sa mère de déplacer son lit afin de pouvoir observer par la fenêtre un dernier coucher de soleil. Le soir venu, il concentra toute son attention sur le soleil, et dans une attention sélective il exclut consciemment tous les obstacles du paysage comme le rocher ou la barrière. Il tomba dans un coma durant trois jours, puis se réveilla, cependant paralysé totalement au niveau moteur et sensitif. Seules ses capacités à bouger les yeux et à entendre n'étaient pas affectées.

C'est alors qu'ERICKSON se mit à observer son entourage et son environnement à travers les informations sensorielles lui parvenant encore, décelant par exemple l'importance de la communication non verbale. Plutôt que d'attendre une récupération spontanée, il développa certains exercices mentaux ne relevant pas simplement de l'imagination, comme par exemple des exercices de réactivation de souvenirs sensoriels remontant à l'époque où il était en bonne santé. Un jour qu'il était assis sur un fauteuil à bascule l'envie de regarder par la fenêtre trop loin située le prit, et le voici qui se mit à se représenter mentalement l'image du balancement. Grande fut sa surprise quand il s'aperçut que son fauteuil se balançait imperceptiblement, et qu'il s'était rapproché de la fenêtre. La représentation mentale avait donc pu influencer directement sa motricité, selon ROSSI [74].
Ayant une petite sœur à l'âge de la marche, il l'observa minutieusement franchir les différentes étapes de l'apprentissage de la marche, se les répétant mentalement afin de réapprendre lui-même à marcher et de recouvrer l'usage de ses membres.
De cet évènement de vie difficile, ERICKSON sut tirer parti et développer , ainsi qu'au soir du coucher de soleil, des stratégies mentales qu'il décodera comme autohypnotiques, l'ayant

aidé à mobiliser ses propres ressources afin de survivre et de progresser dans le processus de guérison.
Grâce à ces expériences précoces Erickson saura par la suite inventer des approches extrêmement originales permettant différents réapprentissages de la sensibilité et de la motricité, et d'amplifier les capacités hypnotiques de la personne. En effet, il perçoit l'hypnose comme un moyen donné à la personne de potentialiser ses ressources pour changer.

En 1921 il était capable de marcher avec des béquilles et s'inscrivit parallèlement en médecine et en psychologie à l'Université du Wisconsin, ayant du renoncer à devenir fermier. Il y rencontra Clark L. HULL, un des pères fondateurs de la psychologie expérimentale et des théories de l'apprentissage aux Etats-Unis.
Séduit par la personnalité d'ERICKSON, celui-ci l'invita à participer à ses séminaires réputés sur l'hypnose. Ainsi ERICKSON put mettre des mots sur son vécu autodidacte : autohypnose, processus idéomoteurs, hallucination… HULL lui permit de commencer à pratiquer l'hypnose, ce qu'il fit au point que l'on le surnommait désormais "Monsieur Hypnose".
HULL appliquait une méthodologie expérimentale stricte, et prit parti en faveur de l'école de Nancy, la plupart de ses expériences reprenant le thème de la suggestibilité ainsi que le note L. CHERTOK en 1984 [(48)].
Cependant pour HULL, l'opérateur prend une place plus importante en hypnose que les processus comportementaux internes, selon ERICKSON en 1980 [(75)]. Il cherchait à mettre en place un protocole universel, standardisé d'hypnose applicable à tous les individus. ERICKSON critiqua cela en démontrant le paradoxe de cette recherche, car l'hypnose devait selon lui tenir compte et s'exprimer à travers l'individualité de chacun.
Il s'éloigna donc de HULL, obtint son doctorat en médecine en 1928 et se spécialisa en psychiatrie. Il travaillera dans l'Université du Wisconsin, puis à Rhode Island, et enfin dans le Massachussetts en 1930. Durant ces années, certains services hostiles à l'hypnose lui interdisaient de la pratiquer. ERICKSON contourna cette résistance en développant alors certaines techniques de communication d'allure non hypnotiques.
A 33 ans il devient Professeur de Psychiatrie et s'installe dans le Michigan, où il put officiellement reprendre la recherche fondamentale sur les phénomènes psychologiques et l'hypnose. C'est ici qu'il réalisera la plupart de ses expériences sur l'hypnose.

Pour M. H. ERICKSON l'inconscient est tout ce qui n'est pas conscient, c'est le dépositaire

des apprentissages de la vie du patient, une instance positive et créatrice où, avec l'aide du thérapeute, le patient peut trouver de nouvelles solutions plus souples et plus adaptées que la conduite symptomatique actuelle, comme l'explique D. MICHAUX en 2007 [(143)]. Cela vient briser, dans une époque très psychanalytique, l'image négative encore souvent répandue d'un inconscient uniquement source de souffrances ou de symptômes liés aux souvenirs refoulés.
En opposition avec les notions classiques d'emprise et de manipulation rattachées à l'hypnose, il prouve que l'état hypnotique permet d'ouvrir un espace de plus grande liberté.
Il permet d'accéder à ses propres ressources inconscientes afin d'engendrer les changements dont on a besoin.
De plus, ERICKSON s'éloigna des suggestions assénées de manière autoritaire visant le symptôme, comme des tentatives de "greffe psychique" du changement. D'ailleurs nombre de chercheurs pensent actuellement qu'il faut remettre en question cette notion de suggestion, toujours rattachée à l'hypnose.
ERICKSON développa des suggestions indirectes et non pas directes, réalisées de manière non autoritaires, mais permissives.
Le thérapeute sait que la personne possède les ressources nécessaires au changement, et il sait utiliser le langage du patient pour lui permettre d'y accéder.
Il imagina des techniques extrêmement variées et parfois inattendues afin de contourner les résistances du patient et d'obtenir l'effet recherché. Par exemple pour un sujet ne répondant pas aux suggestions classiques de diminution douloureuse, l'on pourra utiliser la technique dite de distorsion du temps afin d'obtenir une diminution suggérée du temps d'exposition à la douleur.

En mai 1942 ERICKSON fut invité à New-York par le psychanalyste et neurologue KUBIE dans le cadre d'une conférence traitant de l'inhibition cérébrale. Elle était organisée par le directeur médical de la fondation Macy et traitait principalement de l'hypnose et des réflexes conditionnés. Y participaient le neuropsychiatre et mathématicien McCULLOCH, le neurophysiologiste ROSENBLUETH, Gregory BATESON et Margaret MEAD. ERICKSON et Howard LIDDELL, spécialiste du conditionnement animal, animaient principalement le débat.
Cette conférence fut à l'origine de la naissance de la cybernétique, science des systèmes autorégulés étudiant et modélisant les interactions entre les différents éléments d'un système vivant ou physique [(75)].

A 47 ans il quitta pour raisons de santé le Michigan afin de s'installer à Phoenix dans le désert de l'Arizona, et entama une pratique libérale, renonçant définitivement à toute pratique hospitalière.

Dans cette période d'après guerre où la psychanalyse était encore très présente, ses nombreux succès thérapeutiques intriguèrent et, non seulement les patients vinrent de plus en plus loin mais aussi de nombreux professionnels de santé tel des psychiatres, anesthésistes, dentistes, etc., afin de comprendre l'origine de ses succès. ERICKSON était très demandé et continuait son travail d'enseignement avec notamment des séminaires donnés à travers tous les Etats-Unis.

Il contribua à la création de la *Society for Clinical and Experimental Hypnosis*.

En 1952, à l'âge de 51 ans, il se trouva de nouveau paralysé par le syndrome post poliomyélitique, comme le souligne ROSSI en 1980 [(75)]. Il perdra l'usage de ses jambes et d'un bras, et peu à peu ne quittera plus sa chaise roulante. Les muscles phonatoires seront également touchés. Tout le reste de sa vie il sera amené à simplifier ses techniques du fait de ces difficultés.

En 1953 ERICKSON organisa un séminaire sur l'hypnose dans la région de Palo Alto.

L'anthropologue BATESON y invita Jay HALEY, qui participa à son programme de recherche sur l'étude de la communication et désireux de rencontrer ERICKSON. De 1954 à 1960, HALEY et John WEAKLAND passeront de longues heures chez lui à Phoenix à l'observer, filmer les séances avec des patients, et à discuter sur la nature de l'hypnose. Ces discussions seront reprises régulièrement notamment avec BATESON, et c'est sur ces bases que naîtra l'école de Palo Alto, école renommée de communication à l'origine aussi des thérapies familiales et systémiques.

En 1957 ERICKSON fonda *l'American Society of Clinical Hypnosis* en vue de proposer une approche plus ciblée sur les spécificités de la transe et de son induction.

Il dirigera pendant dix ans l*'American Journal of Clinical Hypnosis*, revue scientifique d'hypnose faisant référence encore aujourd'hui.

Jay HALEY publia en 1973 le livre "Un thérapeute hors du commun" qui dévoila ERICKSON au grand public et achèvera d'établir sa renommée internationale.

Comptons, parmi ses derniers élèves, ROSSI qui s'employa à décoder la "boîte à outils" de la communication indirecte d'ERICKSON, ROSEN ou encore ZEIG qui dirigent encore aujourd'hui la fondation Erickson.

ERICKSON mourut le 25 Mars 1980 à l'âge de 79 ans, six mois avant le premier Congrès International lui étant consacré.

Son apport est tellement fondamental qu'aujourd'hui la plupart des hypnothérapeutes font référence à son œuvre. Il donna un nouvel essor à l'hypnose, la faisant entrer dans le champ de la psychothérapie et la modernisant. En effet, son approche innovante révolutionna la manière de pratiquer l'hypnose.

Il se situe de plus au carrefour de différentes approches existant en psychothérapie comme l'école de Palo Alto, les thérapies systémiques, stratégiques et familiales et la programmation neurolinguistique. Tous les tenants de ces approches font référence à son œuvre.

4) La réintroduction de l'hypnose en France

L'hypnose a connu en France à la fin du XIXème siècle un vif succès, de rayonnement international, notamment avec le débat opposant l'école de CHARCOT et celle de BERNHEIM.

Plusieurs grands congrès furent organisés, différentes revues créées, regroupant les grands noms de la psychiatrie et de la psychologie.

Cependant cette pratique connaîtra, peu après la mort de CHARCOT, un vif déclin en France.

Citons à ce propos PIERRE JANET en 1923 [(116)] : *« […] la décadence de l'hypnotisme n'a pas grande signification, elle est déterminée par des causes accidentelles, des regrets et des déceptions après des enthousiasmes irréfléchis ; elle n'est qu'un accident momentané dans l'histoire du somnambulisme provoqué et dans l'histoire de la psychothérapie. »*

Ce déclin rapide, encore mal expliqué, semble avoir résulté principalement de deux causes d'après D. MICHAUX en 2007 [(143)] : les théories de BERNHEIM, qui l'emportèrent sur celles de CHARCOT, expliquaient l'hypnotisme par la suggestion ce qui diminua le crédit que put lui porter la communauté scientifique. En effet la suggestion renvoie l'hypnose du côté du subjectif et de l'imagination, ce qui augmente donc le risque d'inauthenticité ; de plus la tendance du moment à la survalorisation de la puissance suggestive la fit invoquée à l'époque comme excuse dans la défense de certains criminels affirmant avoir été hypnotisés pour commettre leur crimes. Si la justice ne reçut pas ce type d'accusations, cela contribua tout de même à jeter un certain discrédit sur la pratique de l'hypnose.

Cette mise à l'écart durera en France pratiquement un siècle. Seul JANET et quelques thérapeutes isolés continuèrent d'exercer l'hypnose.

L'introduction progressive de la psychanalyse en France ne se fit que vers les années 1910, il est donc inexact de lui attribuer le déclin de cette pratique. Dans la deuxième moitié du XXème siècle la psychanalyse adopta cependant une position parfois différente, et que FREUD n'avait pas choisie. En effet si FREUD pensait avoir découvert avec la psychanalyse un outil plus performant, jamais il ne nia l'intérêt thérapeutique de l'hypnose. Cette négation est donc beaucoup plus récente et s'est surtout développée comme une réaction de défense envers un éventuel réexamen de la portée thérapeutique de l'hypnose.

A partir des années 1950, ce fut essentiellement Léon CHERTOK (1911-1991), psychiatre de formation psychanalytique, qui donna en France un nouvel élan à la pratique de l'hypnose et qui prit sa défense dans le monde médical.
Alors qu'il était assistant à l'hôpital psychiatrique de Villejuif, au centre de médecine psychosomatique, il décida d'entreprendre l'étude du processus hypnotique après avoir rencontré un franc succès thérapeutique grâce à lui. En effet il l'utilisa sans grande conviction et plutôt par hasard chez une patiente ayant totalement perdu le souvenir de ses douze dernières années de vie, et qui après une brève séance, recouvra totalement la mémoire. De formation analytique, il enfreignit cependant l'interdit de son maître et analyste Jacques LACAN, qui lui donna vraisemblablement la réplique plus tard dans son fameux discours de Rome. Afin de saisir les processus psychophysiologiques ayant été à l'œuvre dans la guérison de sa patiente, CHERTOK s'intéressa aux expériences menées à l'étranger puis quitta l'hôpital psychiatrique pour créer un nouveau département de médecine psychosomatique à l'Institut de Psychiatrie de La Rochefoucauld.

Il pratiquait l'hypnose de manière classique, directive et directe. Il voyait dans la relation hypnotique la création d'un lien affectif archaïque et développa selon le modèle éthologique le concept d'attachement. Notons que l'éthologie correspond à l'étude des comportements communs à une espèce, indépendants de l'apprentissage. Dans cette perspective émergeait clairement selon lui le caractère non sexuel de l'hypnose, qui déconcertait tellement FREUD.
Si ses recherches se poursuivirent dans un contexte thérapeutique nettement hostile, il ne cessa de présenter son combat comme au service d'une psychanalyse devant pour survivre intégrer la condition hypnotique.
Entouré de psychologues expérimentaux et de quelques psychanalystes, il créa en 1972 le Centre Dejerine, structure de recherche dont il confia la responsabilité à D. MICHAUX.

Ce dernier, après un séjour d'étude aux USA dans différents laboratoires de recherche, y conduisit diverses expériences, avec ses confrères psychologues PEUCHMAUR et BLEIRAD, sur les relations entre l'hypnose et la suggestion, la mémorisation, la forme de communication, l'analgésie ou les effets physiologiques de l'hypnose, entre autres.
Malgré ce travail de recherche et les rencontres scientifiques qu'organisait très régulièrement L. CHERTOK avec les mondes de la psychanalyse, de la psychologie ou encore des sciences en général, il faudra attendre encore des années avant que la réhabilitation de l'hypnose comme véritable outil thérapeutique s'opère.

Vers la fin des années 1970, un psychanalyste nommé François ROUSTANG se forma à l'hypnose et l'intégra dans sa pratique. Il s'éloigna peu à peu de l'école analytique, et s'attacha à décrire les différentes étapes de l'hypnose ainsi qu'à développer de nouveaux concepts dans différents ouvrages, comme celui d'état "d'éveil paradoxal".
Reconsidérant la place du thérapeute ainsi que celle du corps dans la thérapie, travaillant la notion de changement rendu possible par le "non-vouloir", encore appelé aujourd'hui le "lâcher-prise", François ROUSTANG est un des plus brillants penseurs de l'hypnose dans le monde francophone actuel, comme le rapporte J. BENHAIEM en 2009 [(12)].
Dans les années 1980, la création de deux formations proposées d'une part par L. CHERTOK et D. MICHAUX, et d'autre part par les psychiatres ericksonniens J. GODIN et A. MALAREVICZ, ont eu un rôle d'entraînement important pour les thérapeutes et ont permis ce regain d'intérêt pour l'hypnose perceptible tant chez certains médias d'orientation médicale que chez le grand public.

La diversité des pratiques proposées, de l'hypnoanalyse à l'hypnose ericksonnienne, l'application dans les nombreux aspects du traitement de la douleur et des traumatismes et, depuis quelques années, son utilisation comme outil de concentration et de gestion émotionnelle ont permis aux thérapeutes et patients de juger de l'intérêt de ces pratiques.
Notons le travail considérable effectué par le Dr FAYMONVILLE au CHU de Liège dans le traitement de la douleur, dans le cadre de ce qu'elle appela l'hypnosédation, ayant permis de réaliser de nombreuses interventions chirurgicales nécessitant jusqu'alors une anesthésie générale.
La recherche dans ce même domaine du Dr J. BENHAÏEM et la mise en place d'un Diplôme Universitaire à Paris VI vers les années 2000 attestent de même de la réintégration de

l'hypnose au domaine médical.

La naissance de nouveaux modèles thérapeutiques avec les thérapies brèves sur lesquelles nous reviendrons, comme les thérapies cognitives et comportementales, les thérapies systémiques ou encore la gestalt thérapie, a permis d'apporter une autre approche que celle de la psychanalyse, avec des implications pratiques différentes. L'hypnose peut se conjuguer avec l'une ou l'autre de ces pratiques, tout en apportant des éléments thérapeutiques spécifiques. Et c'est en grande partie l'apport de ces éléments spécifiques , comme la capacité de mieux réguler les émotions, d'agir sur les sensations, l'accès à certaines réactions organiques, qui suscita l'intérêt croissant de diverses professions de santé concernées par ces différents troubles.

De plus en plus de thérapeutes intègrent l'hypnose dans le cadre de leur pratique, et les congrès d'hypnose rassemblent de plus en plus de monde. Evoquons pour exemple le dernier congrès de La Société Internationale d'Hypnose tenu à Brême en Octobre 2012, et qui rassembla 2300 participants, de nombreux pays et de spécialités différentes, et près de 300 conférenciers.

5) Hypnose et thérapies brèves

L'hypnothérapie fait partie intégrante du champ des thérapies brèves, il est de plus possible comme nous l'avons déjà souligné de combiner certaines de ces techniques avec l'hypnose selon les cas, ainsi semble-t-il important de les évoquer.

La psychothérapie se définit comme une thérapie par des moyens psychiques, fondée généralement sur la relation personnelle qu'entretiennent le thérapeute et le patient.

CONTTENCIN ET DOUTRELUGNE en 2005 [(65)] rappellent que le principe des thérapies brèves est d'être aussi courte que possible pour le confort du patient, mais aussi longue que nécessaire : *« Je ne vous abandonnerai jamais si vous faites tout pour me rendre inutile aussi vite que possible. »*

Selon ERICKSON cité par C. TOLLEC en 2008 [(190)] : *« Si la maladie peut survenir soudainement, la thérapie peut alors survenir tout aussi soudainement. »*

La première publication sur la thérapie brève est celle de Milton ERICKSON en 1954 *: Special Techniques of Brief Hypnotherapy.*

Il existe plusieurs grands courants de pensée de la thérapie brève.

5.1. Milton H. Erickson

Nous avons déjà évoqué l'hypnose ericksonienne, ainsi que l'importance d'Erickson dans la genèse des thérapies brèves, en général.

Selon ERICKSON, la psychothérapie doit permettre d'apporter au patient l'aide la plus accessible et adéquate possible.

D. GORDON relate ses propos en 1981 [(103)] : *« Les patients qui viennent vous voir le font parce qu'ils ne savent pas exactement pourquoi ils le font. Ils ont des problèmes et s'ils savaient en quoi consistaient ces problèmes, ils ne seraient pas venus. Et, étant donné qu'ils ne savent pas exactement en quoi consistent ces problèmes, ils ne peuvent pas vous le dire. Ils peuvent seulement vous expliquer de façon plutôt embrouillée ce qu'ils pensent. Et vous écoutez avec votre propre histoire et votre expérience, et vous ne savez pas très bien ce qu'ils sont en train de dire, mais il vaut mieux que vous sachiez que vous ne savez pas. Et ensuite, il vous faut faire quelque chose qui induise un changement chez le patient… n'importe quel petit changement, parce que ce patient réclame un changement, même minime, et il considérera cela comme un changement. Il ne s'arrêtera pas pour mesurer la portée de ce changement. Il acceptera cela comme un changement et ensuite il poursuivra ce changement qui, ainsi, pourra croître en fonction de ses propres besoins… Cela ressemble beaucoup à une boule de neige que l'on fait rouler le long d'une pente montagneuse. Au début c'est une petite boule de neige, mais elle grossit de plus en plus au fur et à mesure qu'elle roule… et elle se transforme en une avalanche qui suit la configuration du terrain. »*

L'objectif de la thérapie se concentre sur le "comment" plutôt que sur le "pourquoi".

Ce qui compte est la résolution des problèmes effectifs dans le moment présent, et non la prise de conscience des modes de fonctionnement propres ou de leurs causes, ceci n'étant pas toujours nécessaire à la guérison.

C. WILDER rapporte en 2000 les propos de P. WATZLAWICK [(198)] : *« La question [n'est pas] de savoir pourquoi les gens se comportent comme ils le font, mais plutôt comment ils se comportent ici et maintenant. Personne n'a jamais nié que les diverses attitudes humaines, les craintes, les espoirs et tout le reste trouvent leur origine dans le passé. Mais, nous pensons que pour changer ce qui constitue un problème ici et maintenant, il n'est pas nécessaire de remonter dans le passé et de comprendre les causes. »*

En effet ERICKSON [(105)] disait : *« Le sine qua non de la psychothérapie devrait être*

l'ajustement du patient à son présent et à son avenir. »

Effectivement dans certains troubles psychiatriques, comme dans certains états dépressifs par exemple, l'existence du sujet dans le moment présent et sa projection dans l'avenir sont entravées par la fixation de l'attention du sujet dans le passé, sous formes de ruminations psychiques ou de culpabilité par exemple.

ERICKSON utilisait le phénomène naturel de l'hypnose afin de permettre au sujet d'activer en lui des capacités insoupçonnées. Il découvrit que l'apparition de l'hypnose dépendait aussi de la qualité de la relation, et donc de la communication thérapeute patient.

A partir du postulat qu'*in fine* seule compte la qualité de la communication pour l'efficacité de la thérapie, débute la construction de ce qui deviendra les thérapies brèves, notamment à Palo Alto.

5.2. L'école de Palo Alto

En 1968 fut fondé le Centre de Thérapie Brève au sein du Mental Research Institute à Palo Alto en Californie.

Un des grands noms et fondateurs de cette école est Gregory BATESON. Il étudia d'abord l'ethnologie et l'anthropologie avec sa femme Margaret MEAD, avant de rejoindre le Mental Research Institute en 1959.

Au contraire du psychiatre abordant alors l'individu malade comme un cas particulier grâce à un modèle de maladie mentale préétabli, BATESON, influencé par sa formation d'anthropologue, se place en observateur d'un individu faisant partie intégrante d'un groupe.

Ainsi l'observateur, qui fait lui-même partie de l'expérience, considère l'objet de son observation non comme étant isolé, mais évoluant dans un groupe, un système humain.

Il chercha donc à expliquer les comportements dans ce contexte de système humain, et introduisit par là même la notion de pensée systémique dans le champ de la maladie mentale, ainsi que l'explique J. ESPINOSA en 2005 [(78)]. Il s'agit donc de ne pas voir la maladie mentale de manière isolée, mais aussi comme révélatrice d'un trouble des interactions entre les différents éléments d'un système, dont le sujet fait partie.

Si BATESON ne fut jamais psychothérapeute, ses recherches furent à la base des travaux de l'école de palo Alto, que poursuivirent d'autres chercheurs tel WEAKLAND, HALEY, ou encore WATZLAWICK.

L'influence la plus importante sur Bateson et ses élèves fut certainement celle d'ERICKSON, qu'ils ont passé des heures à écouter, observer et enregistrer, déduisant par la suite certains principes de communication à la base de la compréhension systémique et des thérapies brèves : double lien, communication digitale et analogique, paradoxe de la communication, influence entre thérapeute et patient dans le processus de guérison…

Considérant l'efficacité de l'hypnose du point de vue de l'efficacité de son mode communicatif, ils disaient pratiquer de "l'hypnose sans hypnose".

J. HALEY en 1967 (105) explique que la tâche thérapeutique consiste à provoquer des *« ajustements constructifs qui soient soutenus plutôt qu'entravés par la présence des comportements névrotiques ».*

ERICKSON induisait de manière constructive un changement qui pouvait correspondre sur le plan symptomatique à la personnalité et au mode de fonctionnement de son client. Il en résultait qu'ils acceptaient l'aide qui leur était donnée et utilisaient l'incitation qui leur était faite pour opérer un meilleur ajustement à la réalité.

Paul WATZLAWICK différencie deux types de réalité (198):

- la réalité de premier ordre concerne les propriétés physiques des objets de notre perception. Elle est vérifiable de façon objective, répétable et scientifique ;
- la réalité de second ordre qui est fondée sur l'attribution d'une signification et d'une valeur à ces objets.

La plupart des difficultés humaines répondraient de la réalité du deuxième ordre. Les hallucinations sont un des rares cas d'atteinte de la réalité de premier ordre.

P. WATZLAWICK explique en 1971 (198) que les désaccords et les conflits reposent sur *« la croyance naïve que notre propre perception de la réalité interpersonnelle est, de toute évidence, la seule possible et exacte ; et que l'autre doit être fou ou méchant pour la voir différemment ».*

L'idée est donc de remplacer une réalité de second ordre, objet de la plainte, par la construction d'une autre réalité, plus pertinente et plus confortable. Celle du premier ordre, souvent immuable, reste inchangée. La psychothérapie efficace consiste donc en un changement réussi de cadre de référence, afin de mieux correspondre à la situation en question.

Toujours est-il que l'école de Palo Alto, fortement influencée par ERICKSON, mit au point une forme nouvelle de thérapie, individuelle ou familiale, fondée sur une participation active

du patient et la prise en compte de son environnement.
Par la suite d'autres courants virent le jour, issus de ces bases jetées par les travaux d'ERICKSON et de Palo Alto, alimentant ce fleuve grandissant des thérapies brèves, comme la thérapie narrative de Michael WHITE, la thérapie provocatrice de Frank FARELLY, la thérapie stratégique de Giorgio NARDONE et, bien sûr, la thérapie orientée vers les solutions.

5.3. La thérapie orientée vers les solutions

Steve De SHAZER (1940-2005) fait ses études à l'Université de Wisconsin dans le Milwaukee où il rencontre Insoo Kim BERG (1934-2007), d'origine coréenne. Il se forme aux thérapies brèves à la fin des années soixante avec notamment John WEAKLAND. BERG et De SHAZER fondent en 1978 le *Brief Family Therapy Center*.
Ils développent ensemble "l'approche centrée sur les solutions", à partir de 1982.
Le centre a pour objectif de :
- 'Trouver les moyens les plus efficaces et efficients pour aider les gens à atteindre leur "état d'être" désiré, quels que soient les domaines qui les préoccupent'.
- 'Toujours chercher à mettre en valeur les capacités, les forces et les bonnes intentions des patients'.

Les trois principes de base semblent si simples et évidents qu'ils sont parfois vite oubliés :
- 'Si ce n'est pas cassé, ne réparez pas'
- 'Une fois que vous savez ce qui marche, faites-le plus'. Et De SHAZER ajoute en 1985 [(177)] que les thérapeutes *« devraient aussi résister à la tentation de faire quoi que ce soit de plus »*.
- 'Si cela ne marche pas, ne recommencez pas, faites autre chose'

De même selon De SHAZER, la connaissance du supposé pourquoi n'est ni nécessaire, ni suffisante pour changer. L'objectif principal est le changement à initier, si minime qu'il puisse être, et non l'explication de la cause du problème. L'inconscient peut rester inconscient.
L'idée est que les patients possèdent en eux toutes les ressources et aptitudes pour résoudre le problème les amenant à consulter. Le thérapeute est juste là pour les aider à les trouver et s'en servir.
L'on recherche plutôt les succès du passé pour s'en servir, ainsi que la manière dont le problème présenté se perpétue dans les différents schémas relationnels du patient avec lui-même et son environnement, afin de proposer un nouveau cadre de référence qui lui sera

bénéfique.
En thérapie brève, quelle que soit la gravité ou la complexité d'une situation, le moindre petit changement dans le comportement d'une personne pourra à lui seul provoquer des différences profondes et d'une grande portée dans le comportement de toutes les personnes impliquées.
Un changement opéré à un niveau est susceptible de mener directement à des changements d'autres niveaux [143].
L'on cherche à favoriser la confiance en soi en matérialisant et en encourageant chaque progrès réalisé.
L'équipe de De SHAZER se rendit compte que la plupart du temps, les patients attribuaient à certains événements du passé la responsabilité de leur amélioration. Il leur apparut donc que le "processus de solution" pouvait se faire indépendamment de la plainte, sans que le patient ou le thérapeute ne connaisse exactement la nature du problème.
L'idée que les solutions et les objectifs du patient sont plus importants que le problème s'est alors imposée à l'équipe du *Brief Family Therapy Center*.

5.4. La Thérapie Cognitivo-Comportementale ou TCC

La TCC est née d'un courant de recherche anglo-saxon et demeure le fruit de la recherche expérimentale en établissant un lien entre les processus mentaux à l'œuvre notamment dans les apprentissages, les émotions et les comportements.
Elle est issue de la réunion de deux courants de psychologie clinique distincts, d'après B. SAMUEL-LAJEUNESSE *et al*. en 1998 [168].
Au début du XXème siècle, la célèbre expérience de PAVLOV sur le conditionnement classique donna naissance au courant comportementaliste.
Puis Cover JONES, ou encore WATSON pratiquèrent diverses expériences étudiant les relations entre les stimulations issues de l'environnement et les réponses de l'individu.
Pour WATSON tous les comportements pouvaient se justifier par l'association de réponses primaires ou réactions spontanées apprises au cours de la vie, le conditionnement classique décrit par PAVLOV chez les animaux.
L'objectif de la thérapie est de modifier les réponses comportementales inadaptées par un nouvel apprentissage.
Ainsi la première thérapie comportementale fut effectuée en 1924 par Mary Cover JONES qui exposa progressivement des enfants à l'objet de leur peur tout en les récompensant, en leur

montrant d'autres enfants n'ayant pas peur…

En 1952, Joseph WOLPE proposa un traitement dit de "désensibilisation systématique" basé sur le principe d'inhibition réciproque consistant à produire un état psychologique incompatible avec l'état anxieux pendant l'exposition à l'objet phobique.

Cette nouvelle approche thérapeutique, la thérapie comportementale, s'inspira également d'autres travaux de chercheurs comme PIAGET sur l'apprentissage et la pédagogie.

En parallèle, à partir des années 1950, le courant de psychologie cognitive obtient une place respectée dans la conception de nouvelles approches psychothérapeutiques, grâce aux travaux de chercheurs tels que ELLIS et BECK d'après B. SAMUEL-LAJEUNESSE *et al*. [(168)].

ELLIS, inspiré par la philosophie stoïcienne, proposa l'idée que les perturbations psychiques sont le reflet d'un dysfonctionnement dans la manière de penser ou d'appréhender le monde sur la base de croyances erronées. En effet EPITECTE, un des pères du stoïcisme, écrivait dans les années 50 après J.C. comme le cite D. FONTANA en 1990 [(89)] : *« Les hommes ne sont pas perturbés par les choses elles-mêmes, mais bien par l'idée qu'ils se font des choses. »*

La thérapie se focalise donc sur le présent et recherche par le biais d'exercices mentaux, d'un travail de rationalisation, à modifier les modes de pensée et les réactions émotionnelles afin de mieux s'adapter à la réalité.

Influencé par ce dernier, le psychiatre Aaron BECK développa son approche thérapeutique selon cette orientation, initialement autour de la dépression au début des années 1960. Il sera notamment à l'origine d'une échelle de mesure de la dépression toujours utilisée aujourd'hui : la *Beck Depression Inventory*.

Il proposa le terme de thérapie cognitive en référence au concept de cognition désignant les processus mentaux par lesquels les individus traitent les informations reçues dans leur vie quotidienne. Le thérapeute cherche donc à corriger certains schémas mentaux comme des pensées automatiques, des monologues internes responsables de la souffrance psychologique.

Jusque dans les années 1980, la thérapie rationnelle-émotive d'ELLIS et surtout la thérapie cognitive de BECK gagnent en popularité dans la psychologie clinique et deviennent des cadres théoriques fondamentaux en recherche clinique.

Néanmoins, les techniques comportementales auxquelles elles se trouvent souvent confrontées dans les essais cliniques vont au fur et à mesure fusionner avec ces approches essentiellement cognitives et donner naissance aux psychothérapies proprement cognitivo-

comportementales, intégrant en plus de la restructuration cognitive des exercices de déconditionnement.

Il s'agit donc d'une thérapie active proposant des outils concrets afin d'atteindre des objectifs thérapeutiques définis à l'avance, après une phase initiale d'analyse fonctionnelle permettant d'identifier les cycles idées-émotion-comportement pathologiques.
La thérapie cognitivo-comportementale se prête particulièrement à l'évaluation de la médecine fondée sur des preuves, c'est à dire une pratique médicale fondant ses décisions thérapeutiques sur une expertise scientifique validée par des études cliniques systématiques.
La standardisation de la pratique des thérapies cognitivo-comportementales a contribué à la reconnaissance de leur efficacité par leur caractère reproductible, qui est une des exigences de la démarche scientifique.
L'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale est aujourd'hui prouvée dans un certain nombre de troubles psychiatriques comme le syndrome de stress post-traumatique, le trouble anxieux généralisé, le trouble obsessionnel-compulsif, les phobies ou encore l'épisode dépressif majeur, comme le rapporte l'INSERM en 2004 [(164)].
Elle offre de plus un cadre théorique entretenant des liens, plus ou moins directs, avec les concepts de la psychologie scientifique et plus récemment les neurosciences cognitives.
Il n'est pas rare en hypnothérapie d'utiliser des techniques inspirées de la TCC comme dans le traitement des phobies ou du syndrome de stress post traumatique.

5.5. La programmation neuro-linguistique ou PNL

Il s'agit d'une technique de communication et de changement, élaborée par Richard BANDLER et John GRINDER dans les années 1970 aux Etats-Unis, ainsi que le souligne M. ESSER en 2003 [(79)].
Leur démarche s'inscrivait initialement dans le domaine de la psychothérapie, et eut pour préliminaire l'observation et le décodage des stratégies de communication, des comportements identiques et donc reproductibles utilisés par des thérapeutes rencontrant un succès thérapeutique évident. Le principal inspirateur fut certainement Milton ERICKSON, mais citons tout de même Virginia SATIR, pionnière de la thérapie familiale, ou encore Fritz PERL, fondateur de la Gestalt thérapie.
Il créèrent ensuite des modèles synthétisant leurs observations, puis de nombreux outils de

changement, initialement dans le domaine linguistique, puis par la suite dans l'objectif de repérer et de changer les représentations mentales des sujets.
Le terme de "*programmation*" fait référence à l'ensemble des automatismes, liés à l'apprentissage, qu'ils soient d'ordre cognitif, émotionnel ou comportemental selon A. CARYOL en 2010 [(44)].
Le terme de "*neuro*" lui fait référence à la neurologie et donc au système nerveux central et périphérique qui établit des corrélations, utiles ou nuisibles, entre les perceptions et les émotions, conditionnant ainsi les réactions.
Enfin, le terme de "*linguistique*" explique l'importance de la dimension du langage dans cette technique. Le langage est en effet compris dans ce cadre comme le véhicule de la culture et informe sur les représentations mentales du sujet.

Sortant du champ de la psychothérapie, l'utilisation de la PNL s'étend aujourd'hui à de nombreux domaines tel le management, la créativité, la pédagogie, le sport, la communication jusqu'au marketing ou commerce, ce qui d'ailleurs lui vaudra quelques critiques, accusée parfois d'être utilisée comme technique de manipulation à des fins non pas toujours thérapeutiques…
Les différents axes de travail sont : l'assertivité ou la confiance en soi, l'amélioration de la communication et de la qualité relationnelle, la reproduction des stratégies d'excellence, le développement personnel avec, entre autres, le fait d'apprendre à connaître le fonctionnement de son cerveau. En effet, la PNL propose un ensemble de modèles descriptifs de la subjectivité de l'expérience humaine, intégrant par là même l'idée que l'homme n'opère pas toujours à partir des propriétés objectives de son environnement, mais bien souvent à partir de la représentation qu'il s'en fait.
La PNL se situe au carrefour de la psychologie, de l'approche ericksonnienne, de l'anthropologie, de la cybernétique, de l'intelligence artificielle, ou même de la philosophie.
Elle repose sur un ensemble de présupposés issus de ces différents domaines, similaires aux axiomes en mathématiques, et explicités au moyen d'une expression imagée. De ces présupposés découlent directement les outils ou modèles utilisés.
Voici pour exemple un des principaux présupposées : "*la carte n'est pas le territoire*" , ce qui signifie donc en PNL que ce qu'une personne croit être le monde n'est en réalité que sa représentation personnelle du monde, et non la vérité. Ce présupposé est issu de la sémantique générale d'Alfred KORZYBSKI en 1949 [(127)].

Plus que par le territoire ou la réalité, les choix d'un individu sont limités par ses modèles du monde et les réponses possibles qu'il en connaît.
Plusieurs techniques de changement ont ensuite été modélisées, initialement au niveau linguistique, puis des modèles permettant le changement du vécu subjectif, ceux travaillant sur les différents niveaux de logique et enfin ceux empruntant à la psychologie cognitive.
Si certaines études vont dans le sens de l'efficacité de la PNL comme dans le traitement des phobies spécifiques par exemple, il existe encore peu d'études réalisées à ce jour et il n'y a aujourd'hui aucune recommandation validée sur cette technique dans le domaine médical, les investigations en étant surtout au stade de la recherche, notamment d'après J. STURT en 2012 (186).

5.6. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR

L'EMDR ou en français "Mouvements Oculaires de Désensibilisation et de Retraitement", est un type d'intervention psychothérapeutique mise au point en 1987 par une psychologue américaine membre du Mental Research Institute of Palo Alto : Francine SHAPIRO.
C'est lorsqu'elle était doctorante en psychologie à la *Professional School for Psychological Studies* de San Diego, se promenant près d'un lac lors d'une après-midi ensoleillé, qu'elle découvrit par hasard l'effet bénéfique de mouvements oculaires répétés sur l'amendement de la charge émotionnelle négative liées au rappel de certains de ses souvenirs anxiogènes.
Elle passera sa thèse sur "la désensibilisation du traumatisme par les mouvements oculaires" et fera passer des séances à 70 volontaires, utilisant des mouvements oculaires bilatéraux alternés et rapides associés à une focalisation sur le souvenir traumatique.
Elle constata, entre autres, une nette diminution de l'anxiété chez la plupart des sujets, avec des effets durables après trois mois.

Elle effectua sa première publication sur l'EMDR deux ans après et consacra la suite de sa carrière à la promotion et à la diffusion de sa technique, selon E. BARDOT en 2013 (10).
En 1994 Francine SHAPIRO reçut le prestigieux prix scientifique "*Award for Distinguished Scientific Achievement in Psychology*", puis en 2002 le prix "*Sigmund Freud*" par l'association mondiale de Psychothérapie et la ville de Vienne.
Le principe vise une désensibilisation via un protocole sécurisant permettant le rappel du souvenir traumatique associé à une stimulation sensorielle, principalement des mouvements

oculaires répétés de gauche à droite, qui rendent possible le rappel du souvenir traumatique sans charge émotionnelle négative invalidante, et donc la réalisation du travail.
Celui-ci se déroule en plusieurs étapes de préparation et relaxation, de désensibilisation, d'ancrage permettant d'associer l'idée positive à ce qu'il reste du souvenir traumatisant, de "*body-scan*" visant à repérer le reste des tensions nerveuses corporelles, puis de conclusion et de réévaluation.
Des recherches sont toujours en cours pour tenter d'expliquer les mécanismes physiologiques à l'origine de l'efficacité de l'EMDR.
L'efficacité des mouvements oculaires ou des stimulations sensorielles bilatérales alternées repose sur un modèle neurologique où l'activation alternée des hémisphères cérébraux améliorerait la récupération de la mémoire épisodique, et faciliterait un travail de reconnexion de modules de traitement de l'information -émotionnels, mnésiques et comportementaux, dissociés par le trauma selon A. PARKER *et al.* en 2009 [(152)].

Selon certaines hypothèses, la stimulation sensorielle associée à la réalisation d'associations libres dans des séquences d'attention duelle permettrait la mise en place de reconnexions mnésiques susceptibles de modifier la nature du noyau traumatique, et de le réinsérer dans le processus de mémoire épisodique avec le statut de souvenir révolu.
Le fait d'amener au cours de la séance d'EMDR le patient à conserver un état d'attention double, à la fois sur le souvenir traumatique, pareillement donc aux thérapies comportementales, et sur une stimulation sensorielle bilatérale alternée, qu'elle soit visuelle, tactile ou auditive, aurait pour effet d'envoyer en direction de certains centres neurologiques contrôlant les émotions, notamment l'amygdale, des informations inhibant la réactivité émotionnelle excessive via une activité cholinergique augmentée.
Un lien s'établirait donc entre l'état de mal-être revécu par la personne centrée sur son souvenir et l'état de bien-être apporté par les mouvements oculaires dans un contexte de sécurité. Ce lien expliquerait le retraitement neurologique de l'information dysfonctionnelle propre aux traumatismes psychiques, notamment entre les aires limbiques et cognitives.
La diminution de la tension émotionnelle permettrait une plus grande possibilité de réassociation.

Il existe d'autres hypothèses, en particulier celles qui soulignent la similitude d'état neurobiologique entre celui induit par des stimulations répétitives en EMDR et celui du

sommeil paradoxal ou REM sleep : Rapid Eye Movement sleep. En effet, les mouvements oculaires rapides de l'EMDR rappellent ceux qui sont enregistrés durant la phase de sommeil paradoxal, or ce dernier serait optimal pour favoriser l'intégration corticale des souvenirs traumatiques d'après U. ELOFSSON *et al.* en 2008 [(72)].
Si de nouvelles études sont nécessaires afin de préciser les réels mécanismes à l'œuvre dans cette thérapie, l'EMDR est aujourd'hui reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé, notamment dans le traitement du traumatisme psychique où son efficacité est attestée notamment dans le rapport de l'INSERM de 2004 [(164)]. Elle peut aussi être utilisée dans la toxicomanie, l'anorexie ou les épisodes dépressifs. Les contre-indications sont les troubles cardiaques récents, les états suicidaires et les psychoses.

5.7. Autres thérapies brèves

Pour finaliser notre tour d'horizon des thérapies brèves, citons les approches psycho-corporelles parmi lesquelles les méthodes de relaxation avec :

- **la relaxation progressive de JACOBSON**, encore appelée méthode analytique au sens pédagogique du terme, a pour but l'obtention d'une relaxation psychique en agissant sur le fonctionnement neuro-musculaire. L'objectif est de repérer les tensions musculaires afin d'induire dans les zones concernées un relâchement selon D. BOUSINGEN en 1968 [(24)], afin qu'en réduisant ces tensions résiduelles l'impact émotionnel et donc la tension psychique diminuent.
La cure se compose d'une étape de relaxation générale puis d'une étape de relaxation différentielle visant à obtenir le minimum de contraction musculaire pour l'exécution d'un acte en même temps que la relaxation des muscles dont l'activité n'est pas nécessaire pour cette exécution.

- **le training autogène de SCHULTZ**, issu de la tradition de l'hypnose médicale française et allemande du XIXème siècle, utilise l'auto-concentration et l'auto-hypnose. Il comprend un premier cycle dénommé "supérieur", correspondant à une psychothérapie, puis un second cycle "inférieur" correspondant à l'apprentissage de la relaxation proprement dit. Il est composé d'un certain nombre d'exercices, de stades permettant de parvenir à la détente et à une *« déconnexion générale de tout l'organisme »* selon J.H. SCHULTZ en 1958 [(173)].

Les différentes étapes consistent en une répétition d'une phrase visant un type d'expérience particulière ; pour exemple le premier stade visant une détente musculaire correspond à l'expérience de la pesanteur, le patient devant se concentrer sur la phrase : *« mon bras droit est tout lourd ».*

Les exercices sont répétés durant une durée de cycle d'environ trois mois, et doivent permettre via la décontraction neuro-musculaire une détente physique et psychique.

- **la Gestalt-thérapie** fut inventée entre autre par F. PERLS, psychiatre psychanalyste allemand, en 1951. Elle vise la résolution des troubles émotionnels et comportementaux notamment par un travail d'expression des émotions et de prise de conscience des processus corporels.

Elle propose des outils d'analyse ainsi qu'une psychothérapie se situant dans une optique dynamique d'ajustement permanent de l'individu à son environnement.

L'idée est de se focaliser sur le processus à l'œuvre ici et maintenant, plutôt que sur le pourquoi, d'après F. PERLS en 2003 [(155)].

- **la méditation par la pleine conscience ou mindfulness** se développent de manière croissante ces dernières années, connaissant un succès particulier dans les pays anglo-saxons. Il s'agit d'interventions psychologiques issues des exercices de méditation bouddhiste et jouant sur les mécanismes de l'attention, trouvant deux types d'application en thérapie cognitive :

- la "réduction du stress à partir de la pleine conscience", en anglais MBSR ou Mindfulness Based Stress Reduction développée par Jon KABAT-ZINN au Massachusetts depuis 1979, ayant pour but la réduction du stress notamment dans certaines maladies somatiques. Cette méthode est aujourd'hui proposée dans de nombreux hôpitaux américains et commence à voir le jour en Europe dans le domaine hospitalier.
- la "thérapie cognitive basée sur la pleine conscience", en anglais MBCTD ou Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression , approche de groupe développée par SEGAL, TEASDALE et WILLIAMS, destinée à la prévention des rechutes dépressives chez des patients en rémission d'une dépression unipolaire récurrente.Si la recherche reste encore embryonnaire, elle concerne des domaines variés comme la prise en charge de la douleur, les maladies chroniques ou encore le stress au travail, et démontre déjà une certaine efficacité de ce type d'approche selon C. BERGHMANS en 2010 [(15)].

Citons enfin certaines méthodes de relaxation comme la sophrologie fondée par Alfonso CAYCEDO en 1960, elle aussi dérivée de l'hypnose, ou encore l'eutonie de Gerda ALEXANDER travaillant à obtenir un tonus musculaire idéal entre relâchement et tension musculaire.

Le croisement des travaux d'ERICKSON et de Palo Alto ont donné naissance au riche courant des thérapies brèves, dont nous pouvons encore mentionner pour mémoire la thérapie narrative de Michael WHITE, la thérapie provocatrice de Frank FARELLY, ou encore la thérapie stratégique de Giorgio NARDONE, prenant une importance grandissante.
Le vocable "brève", s'il peut parfois donner lieu à certaines critiques, ne signifie pas obligatoirement thérapie courte, mais comme nous l'avons déjà évoqué plutôt une thérapie la plus courte possible, et centrée sur un objectif.

La recherche en France et en Europe est très active dans ce domaine, bien qu'ayant pris un peu de retard par rapport aux USA, mais les pratiques les plus novatrices et les grands noms se situent désormais en Europe, parmi LESQUELS ROUSTANG, MALAREWICZ à PARIS, DOUTRELUGNE et COTTENCIN à Lille, NARDONE à Arezzo…
Attachons-nous dès lors à décrire celle qui, d'un sens, donna naissance à l'ensemble de ces nouvelles thérapies, et dont nous pouvons parfois percevoir l'influence dans tel ou tel aspect de leurs approches : l'hypnose que nous envisagerons principalement d'un point de vue médical et ericksonien.

PARTIE II – ACTUALITES DE L'HYPNOSE MEDICALE

A\ THEORIES EXPLICATIVES DE L'HYPNOSE

Dès le XVIIIème siècle, deux conceptions du magnétisme s'opposèrent. Si pour certains les phénomènes liés au magnétisme pouvaient s'expliquer à l'aide de fonctions humaines courantes telles que l'imagination ou la concentration, d'autres voyaient le magnétisme comme un état spécifique et indépendant des autres états de conscience. Le passage du magnétisme à l'hypnose ne s'est pas traduit par l'amendement de cette opposition.

En 1994 l'Association Américaine de Psychologie ou APA [(157)] adopte une définition consensuelle de l'hypnose : *« L'hypnose est une procédure durant laquelle un professionnel de la santé ou un chercheur suggère une modification dans l'expérience du sujet, du patient ou du client au niveau des sensations, perceptions, pensées ou comportements. Le contexte hypnotique est généralement établi par une procédure d'induction […]. Certains décrivent leur expérience en termes d'état modifié de conscience. D'autres décrivent l'hypnose comme un état normal d'attention focalisée, dans lequel ils se sentent très calmes et détendus. »*

Cette définition aborde l'hypnose à la fois comme méthode et comme résultat de cette méthode, masquant cependant la profonde divergence au sein de la recherche entre les deux courants principaux, les étatistes et les non-étatistes. Les premiers expliquent l'hypnose comme un état modifié de la conscience accessible notamment par un phénomène de dissociation psychique, tandis que les seconds ne reconnaissent pas cet état spécifique, expliquant l'hypnose selon des processus automatiques inconscients théorisés dans les années 1950 sous le nom de théorie psychosociale.

La plupart des théories semblent actuellement converger dans le sens d'une interprétation dissociative de l'hypnose, cependant attachons-nous à les décrire chacune afin de mieux comprendre ce qu'est l'hypnose d'un point de vue psychodynamique.

1) La théorie psychosociale

Cette théorie, initialement élaborée par SARBIN en 1950, fut enrichie par BARBER au début des années 1970 puis par SPANOS dans les années 1980, ainsi que le rapporte M.C. GAY en 2007 [(100)].

Cette approche non-étatiste ne reconnaît aucun état mental particulier à l'hypnose, stipulant que les conduites hypnotiques, c'est-à-dire la réponse aux suggestions que la tradition rattache à l'hypnose, peuvent tout aussi bien être induites chez des sujets non hypnotisés à qui l'on a fourni les instructions et motivations nécessaires.

La théorie se fonde sur trois observations initiales :

. Les phénomènes hypnotiques peuvent être provoqués par des suggestions non hypnotiques et il n'est pas nécessaire de présenter une "conscience hypnotique" pour répondre sur un mode involontaire.

. Aucun des phénomènes observés sous hypnose n'est spécifique à l'hypnose et ils peuvent se produire dans d'autres contextes comme la méditation, l'usage de drogues…

. Il est impossible de vérifier objectivement la présence de l'hypnose, qui ne s'effectue qu'à partir des premières réponses d'involontarité ; ce qui amène d'ailleurs à distinguer hypnotisabilité et suggestibilité.

A partir de ces constats, SARBIN puis BARBER déduisent que l'hypnose n'est pas nécessaire voire certainement étrangère à la production des effets hypnotiques, et concluent que les sujets prétendent être hypnotisés mais ne font en fait que jouer le rôle d'un bon sujet, soumis à l'influence des attentes sociales et de sa propre représentation culturelle de l'hypnose.

La notion fondamentale est donc celle de la prise de rôle du sujet, soit disant hypnotisé, qui chercherait simplement à être un bon sujet répondant aux attentes sociales et cherchant non seulement à ne pas décevoir le thérapeute, mais aussi à ne pas se décevoir lui-même au regard d'une situation dans laquelle il s'est volontairement mis et vis-à-vis de laquelle il a lui-même des attentes. C'est la notion d'autodéception introduite par SPANOS.

Ce dernier explique la réponse hypnotique à la fois par des capacités en matière d'imagination mais aussi par certaines aptitudes cognitives, d'où l'adjectif de "socio-cognitive" utilisé pour qualifier sa théorie.

En effet, il s'appuie sur certaines expérimentations montrant que l'on peut obtenir des résultats comparables à l'hypnose en fournissant aux sujets des outils de stratégie cognitive adaptés à la tâche.

L'amnésie hypnotique, l'involontarité de la réponse seraient dûs à l'engagement stratégique du champ de l'attention, afin de ne pas penser à ce que l'on doit oublier.

Les différences interindividuelles sont interprétées comme résultantes des différences

d'attentes, de capacités en matière d'imagerie, de cohérence du rôle avec soi-même…
Dans la suite du comportement hypnotique expliqué par l'adoption de l'ensemble des rôles revenant au sujet hypnotisé, T.R. SARBIN va jusqu'à proposer en 1968 [(169)] une échelle d'implication de l'organisme, d'engagement "organismique" représentant le degré d'implication et d'effort fourni selon la place du rôle pris par l'individu.
Pour exemple les rôles les plus faibles sont des rôles sociaux, le premier niveau étant le rôle du client d'une boutique, impliquant un niveau d'implication faible, peu de participation de l'organisme et un degré d'effort peu important. Puis viennent les rôles de type "comportement rituel" qui correspondent à l'expression de l'acteur sur commande afin d'exprimer la colère ou la joie. Les rôles les plus forts correspondent à l'extase : niveau 6, et à l'envoûtement qui est le niveau 7. Plus l'engagement organismique croît, plus le niveau d'implication devient maximal, l'organisme devient entièrement concerné, le niveau d'effort s'accroît et plus le Self tend à devenir inexistant. Le Self est une notion introduite par WINNICOTT désignant la partie de notre personnalité que nous reconnaissons comme étant nous même, partie la plus créatrice qui se développe au contact de l'environnement, qui imagine, joue et nous donne le sentiment d'exister. Le Self est à la fois le Moi, le Ça et une partie du Surmoi, que nous définissons ci-après.

Ainsi l'implication organismique est présentée comme une fonction normale de veille, se déroulant selon un continuum sur lequel peuvent être placées diverses expériences, y compris l'hypnose. Les différences d'intensité d'implication organismique ne sont pas envisagées comme dues à un changement d'état de conscience, mais comme dues à des différences d'investissement énergétique, c'est-à-dire d'effort produit.

Notons que la conséquence de la théorie psychosociale, fondée sur le concept de la prise de rôle, est tout simplement la pure et simple négation de l'existence de l'hypnose.
Plusieurs critiques peuvent être formulées, dont voici quelques-unes :
. Cette position revient tout simplement à assimiler hypnose et comportements suggérés. Et cette simplification permet de gommer tout ce qui échappe dans l'hypnose à l'interprétation en terme de jeu de rôle, comme le vécu hallucinatoire des suggestions sans réponse comportementale, ou encore le vécu hypnotique sans réponse aux suggestions selon D. MICHAUX en 2007 [(143)].
. De plus, la notion d'effort exercé pour jouer la prise de rôle présente certaines incohérences.

Effectivement, il semble difficile de supposer que les expériences de l'extase ou encore de l'envoûtement reposent sur un "effort", avec toute la dimension de volontarité sous-tendue par ce terme. En outre, si l'exercice d'un rôle social habituel peut pour certains nécessiter l'effort minimum, pour d'autres, en revanche, il peut être majeur.

. Selon la théorie générale des rôles, celui-ci est le fruit d'un apprentissage. Or si les trois premiers rôles présentés par SARBIN peuvent être considérés véritablement comme appris, il semble abusif de considérer comme l'effet d'un apprentissage la névrose histrionique, l'envoûtement, l'extase ou encore l'hypnose. Cette discontinuité entre rôles appris et non appris pourrait donc par exemple laisser la place à un concept d'état de conscience modifié. Notons, de surcroît, que cette discontinuité ne se limite pas à des catégories de rôles, mais peut se retrouver au sein d'une même catégorie donnée ; ainsi N. ARCHER en 1889, cité par SARBIN et ALLEN en 1968 [(169)], faisait-il déjà remarquer que certains acteurs au cours de la représentation théâtrale perdent complètement conscience d'eux-mêmes et que ces mêmes acteurs n'arrivent plus à se souvenir de leurs comportements sur scène une fois la représentation terminée. La théorie des rôles ne fait donc pas complètement disparaître l'idée d'un changement d'état de conscience caractérisant l'adhésion croissante au rôle, le franchissement d'un certain seuil "d'implication" dans le rôle pouvant correspondre à l'apparition d'un état de conscience modifié.

. A. WEITZENHOFFER, selon M.C. GAY en 2007 [(100)], pointe, lui, l'ambiguïté de la prise de rôle en ce qui concerne l'état hypnotique, car le sujet exécute son rôle alors qu'il prétend le contraire. Cette prise de rôle serait donc inconsciente, car exécutée de manière involontaire au niveau comportemental.

Cela signifie donc qu'il se met à exister des comportements authentiques involontaires sur la base d'un comportement initialement simulé. La question serait donc de savoir quand le comportement relève de la prise de rôle et quand il est authentique, et donc à quoi il correspond dans ce dernier cas.

La négation de toute dimension inconsciente échappant à la volonté implique un sujet dont toutes les conduites peuvent s'expliquer par la volonté et les motivations, et les sujets apparaissent, dans ce cas, comme à la limite de la mauvaise foi –qualifiés parfois même de menteurs par SPANOS, témoignant de ce qu'il n'aurait pas vraiment ressenti.

. La logique de l'argument qu'aucun phénomène apparaissant sous hypnose n'est spécifique à l'hypnose, aboutissant donc à sa négation, n'est pas valide : ce n'est pas parce que les phénomènes hypnotiques ne sont pas spécifiques à l'hypnose que l'hypnose n'est pour rien

dans leur production ou qu'elle n'existe pas.

. P.G. BOWERS montra, pour sa part, en 1967, que des comportements analogues ne recouvrent pas forcément le même vécu, comme le rapporte D. MICHAUX [143].

. Les conditions comparées dans ces expérimentations ne permettent pas toujours d'exclure la mise en place d'un état hypnotique, les procédés utilisés faisant appel à l'imagination afin de se reconstruire une réalité sensorielle plus plaisante que la réalité n'étant pas loin de certaines techniques d'induction hypnotique contemporaine.

. Enfin, s'il y a prise de rôle, où donc se fonde l'implantation de telles stratégies et qu'impliquent-elles au plan psychique ? S'il existe un mécanisme d'autodéception, comment fonctionne-t-il ?

Relevons, de surcroît, que la réponse aux échelles de susceptibilité, utilisées pour déterminer le niveau d'hypnose atteint par un sujet donné, est stable dans le temps avec des scores sensiblement identiques, même à plusieurs années d'intervalle, et donc peu influencée par le contexte.

La conclusion de l'inexistence de l'hypnose se fonde finalement sur un raisonnement paralogique énoncé par M.C. GAY en 2007 [100] prenant justement pour postulat de départ l'inexistence de l'hypnose : en effet s'il existe des différences entre le traitement hypnotique et les autres c'est que les sujets sont complaisants et veulent être de bons sujets, et s'il n'y a pas de différence entre les groupes de sujets c'est bien que l'hypnose n'existe pas.

L'inconvénient central de cette théorie est donc lié à l'ambiguité relative à l'état de conscience dans lequel les sujets se trouvent sous hypnose, car les modifications psychiques reconnues sont considérées comme conséquences de la prise de rôle, mais la question de cette modification reste sans réponse, étant à la fois reconnue comme relative à l'engagement stratégique du champ de l'attention et en même temps déniée sur le plan des inflexions psychiques qui en découlent.

Accordons tout de même que ces recherches psychosociales pointent avec justesse le fait qu'il n'est pas indispensable de présenter un état hypnotique caractérisé pour répondre involontairement à une suggestion, même si l'on considère qu'il s'agit d'une induction informelle selon D. MICHAUX [143].

De plus, la théorie psychosociale permet de souligner les rôles non contestés à ce jour de différents facteurs comme les attitudes, les modèles sociaux et les cognitions, même si cela ne

suffit à évincer l'idée d'un changement d'état de conscience pendant l'hypnose.
Intéressons-nous maintenant à décrire les deux principales théories d'inspiration psychanalytique, celle de FREUD d'une part et celle de GILL et BRENMAN d'autre part.

2) Théories d'inspiration psychanalytique

2.1. Freud : l'hypnose comme régression archaïque

En 1921 S. FREUD propose une approche nouvelle de l'hypnose dans son essai *Psychologie des foules et analyse du moi* [96], en l'assimilant à un état intermédiaire entre l'état amoureux et le fonctionnement d'une foule.
Il pense que le remaniement psychologique intervenant en hypnose est identique à celui apparaissant dans la relation qui se noue entre le sujet inclus dans une foule et le leader de cette foule.
Il explique que le mécanisme psychologique mis en jeu dans l'hypnose et l'état amoureux correspond à une subversion par un tiers des structures internes de contrôle du sujet.
Ces structures sont **le Moi**, décrit par FREUD comme une des instances de la personnalité conciliant la satisfaction des pulsions avec les exigences du réel. C'est la partie de la personnalité la plus consciente, ayant un rôle de régulateur et de médiateur.
Le Ça représente le pôle pulsionnel de la personnalité, partie la plus chaotique ayant trait à l'instinctif et à la biologie. **Le Surmoi** est la structure morale et judiciaire de notre psychisme, souvent formée d'injonctions qui contraignent l'individu.
Or FREUD fait l'hypothèse qu'il se développe dans le Moi une instance pouvant se dissocier et entrer en conflit avec lui : **l'idéal du Moi**. Celle-ci correspond à celui que l'on aimerait être, et possède différentes fonctions comme l'observation de soi-même, l'application de la conscience morale.

L'idéal du Moi exerce une fonction de contrôle sur le Moi, mais est susceptible d'être évincé de sa position par l'apparition d'un objet extérieur prenant alors le contrôle à sa place. C'est d'après FREUD ce qu'il se produit dans la relation amoureuse, la relation au leader ou encore dans la relation hypnotique où l'hypnothérapeute prend la place de l'Idéal du Moi.
Selon S. FREUD en 1921 [96], le sujet hypnotisé est soumis, dénué de critique et sans initiative

personnelle : *« Rien d'étonnant à ce que le Moi tienne pour réelle une perception lorsque l'instance psychique à qui incombe habituellement la tâche de l'épreuve de réalité cautionne cette réalité. »*

Afin d'expliquer la manière dont s'effectue cette subversion, cette possibilité d'influence du sujet par l'autre, FREUD part de l'hypothèse de la horde primitive de DARWIN au sein de laquelle les différents membres sont castrés par le mâle dominant à la fois au niveau de la sexualité, mais aussi au niveau de la pensée et de la volonté.

L'influence du leader et de l'hypnotiseur sur le sujet contemporain correspondrait donc à la survivance de ce rapport archaïque, dans le cadre d'un héritage phylogénétique qui serait commun à tous les individus. Cet héritage d'ailleurs se manifesterait en tout premier lieu dans la relation enfant-parent, venant y fonder la dimension d'autorité, et serait plus tard réactivé par certains objets faisant alors écho au modèle archaïque du chef.

Ainsi FREUD fournit non seulement un modèle psychologique du fonctionnement mental pendant l'hypnose, mais également la cause de celui-ci.

Dans cette perspective la suggestibilité est la conséquence de l'état hypnotique, et non la cause comme l'expliquait BERNHEIM.

Selon FREUD les procédés d'induction hypnotique visent à donner à la relation entre l'hypnotiseur et l'individu une forme archaïque de domination.

Cette conception présente néanmoins un certain nombre de limites. Par exemple, elle lie irréductiblement l'hypnose à la suggestion ou pensée collective, et ne permet donc pas d'expliquer un certain nombre de comportements hypnotiques où ce lien n'est pas présent, d'après D. MICHAUX en 2007 [(143)].

De plus, si FREUD note en passant la distinction faite par FERENCZI entre l'hypnose paternelle ayant une induction basée sur l'autorité et la domination, et l'hypnose maternelle basée sur la séduction et la protection, il ne remet pas en cause le schéma théorique unique s'appuyant sur l'autorité d'une position hiérarchique, en relevant par exemple le fait que certaines relations d'influence pourraient s'exercer par la façon dont l'autre peut être perçu comme source rassurante de sécurité pouvant de fait, conférer une certaine autorité.

Si, aujourd'hui, la référence à la horde primitive paraît sujette à caution, il n'en reste pas moins que le rapport des membres d'un groupe à son leader se traduit bien par diverses restrictions d'autonomie physique et psychique identiques à la description de FREUD.

De plus la conception de l'hypnose comme une dissociation psychique est une notion

aujourd'hui toujours essentielle dans la compréhension de l'hypnose, et qui sera reprise et réaffirmée par beaucoup d'auteurs par la suite.

2.2. Gill et Brenman : une régression au service du moi

Ces deux auteurs envisagent le Moi comme englobant un certain nombre de fonctions telles que la mémoire, la perception, la résolution des conflits… Il est doté d'une autonomie relative, et dispose d'appareils lui appartenant, avec chacun sa propre énergie et pouvant fonctionner en autonomie propre à l'intérieur du Moi.
Cependant l'autonomie du Moi est conditionnée par l'harmonie des relations qu'il entretient d'une part avec le Ça, le monde pulsionnel, et d'autre part avec l'environnement extérieur.
Ainsi le Moi perd son autonomie lorsque l'une de ces deux sources d'information devient silencieuse soit directement par privation sensorielle par exemple, soit indirectement lorsque l'autre source d'information devient trop envahissante. Citons pour exemple l'aliénation du Moi à l'environnement sous la contrainte sociale du menticide ou de l'endoctrinement.
Il s'agit ici d'une régression à part entière, toutefois GILL ET BRENMAN en 1959 [(101)] la différencie de l'hypnose en ce sens que la régression et donc la perte d'autonomie y sont partiels dans l'état hypnotique, et de surcroît "au service du Moi".

L'aspect partiel de la régression hypnotique s'explique par l'apparition sous hypnose d'une fragmentation du Moi : un sous-système du Moi se différenciant du Moi global.
C'est donc par l'intermédiaire de ce sous-système du Moi dominé par l'hypnotiseur que ce dernier semble contrôler les appareils fonctionnels du Moi. Le Moi global, en revanche, garde son autonomie et donc ses échanges avec le Ça, mais aussi avec l'environnement et donc avec l'hypnotiseur. S'il peut donc céder le contrôle du sous-système à l'expérimentateur, il peut également, s'il le souhaite, reprendre ce contrôle.
De la sorte il existe bien une relation, un transfert hypnotique entre le sous-système du Moi et l'hypnotiseur, mais aussi un transfert "normal" entre le Moi global et l'hypnotiseur.
Selon les deux auteurs, l'induction hypnotique opère de manière à focaliser l'attention du sujet sur des tâches habituellement automatiques, ce qui aboutit à les désautomatiser et à mobiliser en conséquence de l'énergie. De fait celle-ci devient alors moins disponible pour la perception des autres informations, ce qui engendre une baisse de l'autonomie du Moi, et donc la régression.

Ainsi, pour GILL et BRENMAN, l'hypnose est fondamentalement et simultanément un état de conscience modifié et une relation transférentielle de type régressif. Ces deux dimensions étant dépendantes, l'apparition de l'une engendrant l'autre et vice versa.
Ces conceptions, exposées ici dans leurs traits principaux, sont intéressantes car rendent bien compte de la complexité de la situation hypnotique, et nous pouvons dire qu'elles se rapprochent plus certainement des conceptions de JANET et d'HILGARD que nous allons décrire ci-après, que des conceptions freudiennes.

3) Janet et la dissociation

Si la théorie de Pierre JANET est tombée en désuétude après la Première Guerre Mondiale, victime du discrédit porté sur les travaux de CHARCOT, puis noyée sous le succès de la psychanalyse et subissant l'avènement du behaviorisme ou comportementalisme axant ses recherches sur le conscient, elle est réapparue au décours des recherches sur l'hypnose, étant notamment susceptible d'expliquer les modifications intervenant lors de celle-ci au niveau du fonctionnement mental.
Pierre JANET propose dans *L'automatisme psychologique* en 1889 [(115)] la notion de désagrégation qui permet d'expliquer une multitude de phénomènes particuliers survenant dans l'hystérie et dans différents états spontanés comme dans les hallucinations, ou provoqués comme dans l'état hypnotique. Le terme "désagrégation" sera remplacé avec le temps par le terme "dissociation ", probablement au fil des échanges traduits en langue anglaise, et aurait été adopté par Janet un peu plus tard.

Il explique cette désagrégation comme conséquence d'un affaiblissement de la capacité de synthèse mentale dans certaines maladies et certains états particuliers : *« Quand cette santé parfaite n'existe pas, la puissance de synthèse psychique est affaiblie et laisse échapper, en dehors de la perception personnelle, un nombre plus ou moins considérable de phénomènes psychologiques : c'est l'état de désagrégation »*.
Ainsi, dans certaines conditions, l'organisme est privé d'une partie de son énergie psychique maintenant la cohérence de la conscience, qui n'intègre alors plus de manière cohérente les différentes perceptions, sensations et souvenirs, conduisant donc le sujet dans un état de distraction ou d'attention sélective entraînant un rétrécissement du champ de la conscience. La conscience se dissocie donc en parties qui coexistent tout en s'ignorant mutuellement,

représentant ainsi une ou des consciences secondaires dans lesquelles les automatismes évoluent pour leur propre compte.
En effet, pour JANET, les structures élémentaires de l'esprit consistent en automatismes psychiques : ces automatismes se caractérisent comme des actes complexes précédés par une idée et accompagnés d'une émotion, chaque automatisme représentant une conscience rudimentaire normalement liée aux autres, le tout sous un contrôle volontaire opérant dans le champ de la conscience.
Le fait que certains phénomènes puissent donc se dérouler en dehors du champ de la conscience l'amena à développer la notion de subconscient, désignant les processus mentaux ou automatismes non perçus par la conscience et se déroulant en dehors d'elle.
La théorie de la désagrégation fut reprise par Morton PRINCE outre-Atlantique au début des années 1920, avant de sombrer dans l'oubli. M.C. GAY note en 2005 [(100)] que ce dernier la traduisit en terme de dissociation et préféra la notion de co-conscience plutôt que de conscience secondaire pour désigner les activités mentales se déroulant en dehors de la conscience, terme paraissant plus adapté, si l'on considère que les différentes consciences sont susceptibles de prendre temporairement la place de la conscience, et ne contenant pas de connotation pathologique.

Ainsi, pour JANET, l'état hypnotique est lié à une dissolution de la personnalité éveillée ou léthargie, et à la reconstruction progressive d'une personnalité seconde correspondant au somnambulisme. Le changement de personnalité se traduit par des oublis, la personnalité de veille ne pouvant se rappeler ce qui s'est alors produit dans sa personnalité hypnotique, d'où l'importance de l'amnésie comme critère d'hypnose profonde selon D. MICHAUX [(143)].
Dans l'état hypnotique, le sujet est capable d'écrits automatiques, de discours étranges, de perceptions insolites et de comportements d'apparence totalement involontaires.

4) Hilgard et la théorie de la néodissociation

Un siècle plus tard, HILGARD propose en 1977 une théorie dans la continuité de celle de JANET, basée sur la notion de dissociation mais supportée par un vocabulaire moderne et un cadre expérimental.
La théorie se fonde sur une expérience de laboratoire qui met au jour une dualité psychique chez certains sujets : KNOX, MORGAN et HILGARD montrent en 1974 [(126)] que des patients

hypnotisés dans le cadre d'une analgésie hypnotique et qui, donc, ne ressentent pas de douleur à l'exposition aux stimuli douloureux, présentent, pour certains d'entre eux, des réactions psychophysiologiques de douleur. Le stimulus douloureux a donc été enregistré au niveau cognitif mais pas dans la conscience du sujet. Plus encore, ces sujets donnent des estimations de douleur comparables à celles des sujets en situation d'éveil.
Ce constat de dualité psychique observé chez certains sujets mena HILGARD à créer la notion "d'observateur caché" pour désigner la partie subconsciente ayant enregistré le véritable état, et à élaborer la théorie de la néodissociation, comme l'explique M.C. GAY en 2007 [(100)].

L'hypnose permet pour lui de mettre en lumière le fonctionnement psychique, qui s'établirait selon une hiérarchie précise : le Moi central constituant la conscience sur la base de l'intentionnalité, et les sous-systèmes du Moi constitués sous le contrôle du Moi central initialement, puis s'autonomisant progressivement par la suite plus ou moins totalement.
Le Moi central remplit deux types de fonctions : les fonctions dites exécutives, c'est-à-dire la planification, la décision, l'élaboration de projets, et les fonctions dites de contrôle à savoir la focalisation et sélectivité de l'attention, l'aspect critique, la comparaison des buts et des effets d'une action, etc.
Les sous-systèmes du Moi organisent et contrôlent les pensées et les actions dans différents domaines, procédant à leur propre traitement de l'information.
Le Moi central et les sous-systèmes disposent d'une certaine autonomie mais sont néanmoins soumis à quelques contraintes.
Le Moi central est soumis à des contraintes internes comme l'histoire individuelle, externes comme les suggestions ou l'hypnose, ainsi qu'à celles exercées par l'activité des sous-systèmes.
Les sous-systèmes du Moi subissent les contraintes venant du Moi central, ainsi que celles venant des autres sous-systèmes du Moi car ils sont en contact les uns avec les autres en temps normal, comme le rapporte Y. HALFON en 2007 [(143)].

La théorie de la néodissociation stipule que, dans certaines circonstances, peut se produire une interruption de la liaison entre le Moi central et les sous-systèmes du Moi, faisant que ces structures cognitives subalternes se trouvent alors dissociées et se mettent à fonctionner de manière isolée, indépendante de la conscience.

HILGARD avance que l'hypnose correspond donc à une série de modification dans le Moi central, grâce à l'induction hypnotique et à la volonté qu'a le sujet de se laisser hypnotiser.
La principale serait, via l'induction hypnotique, l'édification d'une "barrière amnésique" dissociant la conscience en deux selon un plan vertical, induisant ainsi la production d'une dualité psychique, et rendant possible le fonctionnement véritablement autonome des sous-systèmes alors à même d'exécuter les suggestions hypnotiques.
Pour lui, les techniques hypnotiques permettent l'apparition d'expériences dissociatives en rompant le fonctionnement ordinaire des mémoires, en distordant l'orientation par rapport à la réalité, grâce au pouvoir de suggestion des mots, à l'inattention sélective et à la stimulation appropriée de l'imagination.
Les techniques d'induction hypnotique utilisent des suggestions de relaxation, qui permettent d'interrompre les activités automatiques comme la régulation posturale par exemple qui maintient la conscience du schéma corporel. Elles créent, ainsi, un début de désorientation par rapport à la réalité.
Les suggestions de relaxation visent le même but mais incitent en plus le sujet à diminuer l'activité de ses mémoires en réponse aux stimulations externes, le rendant donc moins critique.
Il résulte dans ces conditions que la réponse aux stimulations provenant de l'hypnotiseur prend progressivement le pas sur l'action auto-initiée et planifiée, la voix de l'hypnotiseur devenant inhabituellement persuasive.

Les effets dissociatifs de l'hypnose se feraient sentir au niveau des fonctions "exécutives" du Moi d'une part, et des fonctions de "contrôle" du Moi d'autre part [(100)].
Au niveau des fonctions exécutives, l'hypnose permet un clivage entre certaines fonctions restant sous le contrôle du sujet alors que d'autres passent sous celui de l'hypnotiseur.
Il persiste une partie autonome du Moi, permettant à l'autre partie hypnotisée de devenir active.
Le premier effet de ce clivage est de faire perdre au sujet ses capacités habituelles d'initiative mentale et physique, ce qui facilitera la réponse aux suggestions. Cependant cette perte d'initiative reste partielle puisque la partie non hypnotisée reste susceptible d'intervenir dans un sens ou un autre.
L'induction hypnotique permettrait donc un abandon du contrôle sur les sous-systèmes du Moi, qui seraient spécifiquement dissociés du contrôle central par la suggestion.

Nous retrouvons donc ici une définition active du mécanisme décrit par JANET comme rétrécissement du champ de conscience, les sous-systèmes du Moi correspondant aux automatismes.
Ainsi, l'existence ou non d'un état hypnotique serait fonction du nombre de sous-systèmes pour lesquels le contrôle aurait été abandonné, c'est-à-dire du nombre de dissociations opérantes.
Au niveau des fonctions de contrôle du Moi, l'hypnose provoque aussi un clivage entre la partie du Moi centrée sur les expériences, les conduites non spécifiquement reliées à l'hypnose qui fonctionnent donc indépendamment, et la partie du Moi impliquée dans l'hypnose. Cette dernière apparaît dénuée de sens critique et atteste par le récit qu'elle peut faire de la réalité des distorsions cognitives et des événements suggérés.

Notons que cette théorie néodissociative est plus descriptive qu'explicative, et qu'il reste à ce stade difficile de comprendre comment et pourquoi s'effectuent ces dissociations. Nous comprenons cependant peut-être mieux certains phénomènes de l'hypnose comme les expériences hallucinatoires : la cohabitation de deux niveaux de réalité rend possible ce type d'expérience tout en gardant en parallèle un bon contrôle sur les autres pans de la réalité.
La différence avec la théorie de la dissociation de Janet tient principalement au fait qu'HILGARD suppose une conscience unique dissociée en deux parties, c'est-à-dire la coexistence de deux états de conscience sur un même plan, alors que JANET considère que la dissociation aboutit à la production de plusieurs coconsciences éclatées, chacune étant susceptible provisoirement d'envahir le champ de la conscience initiale et de la remplacer, ainsi que le souligne D. MICHAUX [(143)].
Ce sont ces différences, ainsi que la considération du phénomène comme n'étant pas de nature pathologique, qui ont amené HILGARD à préférer le terme de néodissociation pour nommer son modèle théorique et le distinguer de celui de JANET.

Le modèle proposé par HILGARD a donc permis de relancer la réflexion sur les processus de dissociation, et cette position est soutenue dans la littérature scientifique plus récente même si le rôle central de la conscience dans le processus hypnotique est aujourd'hui contesté par certains auteurs, comme BOWERS et DAVIDSON en 1991 ou encore KHILSTROM en 1998.

Le phénomène de l'observateur caché, quant à lui, suscita de nombreuses controverses.
Pour les tenants du courant psychosocial, l'effet observé tiendrait plus de la complaisance des sujets vis-à-vis de la situation que d'une véritable dissociation. L'observateur caché serait plutôt un produit de l'influence sociale, et son apparition liée aux suggestions de l'opérateur donnant l'autorisation au sujet d'exprimer sa douleur.
Cependant les données cliniques viennent contredire cette hypothèse, car l'hypnose permet par exemple l'obtention d'une analgésie efficace sans manifestation physiologique de douleur, et ne peut donc être considérée comme une simple suggestion de répression de la douleur notamment dans les douleurs cancéreuses ou terminales selon M.C. GAY en 2007 [(100)].
Différents travaux menés, entre autres, par LAURENCE en 1981 ou NOGRADY en 1983 montrent que si l'hypnose n'est pas indemne des processus d'influence comme la complaisance, l'observateur caché ne peut être simplement considéré comme le produit de l'influence car les caractéristiques de la demande hypnotique sont insuffisants à produire l'observateur caché.
Nombre d'auteurs comme LAURENCE et PERRY ou encore WEITZENHOFFER avancent que si "l'effet observateur caché" témoigne d'un processus dissociatif à l'œuvre, ils ne peuvent être assimilés l'un à l'autre.

N.P. SPANOS montre en 1988 [(180)] que le phénomène de l'observateur caché est un effet de la suggestion, notamment en suggérant la production de cet observateur caché à un groupe de sujets, associé à la suggestion d'hallucination négative du chiffre 18 sur une feuille blanche.
Cinquante pour cent des sujets produisent l'hallucination en ne voyant rien, tout en étant capables de voir le chiffre 18 si l'on interroge l'observateur caché. Cependant, si l'on donne les mêmes consignes à un autre groupe de sujets en suggérant à l'observateur caché de voir le chiffre à l'envers, ce dernier rapporte non pas le chiffre 18 mais 81.
Ainsi l'observateur caché se révèle être un effet de suggestion, et actuellement est considéré comme un indicateur potentiel des processus dissociatifs à l'œuvre chez les sujets très hypnotisables. Il apparaît donc plutôt comme un produit de la dissociation que comme incarnant la dissociation elle-même, mais l'hypothèse d'une dissociation comme générant l'état hypnotique paraît donc vraisemblable.
Toutefois les études mettant en évidence une dualité psychique ne portent que sur des sujets très hypnotisables, ce qui pose la question de savoir si la dissociation est une condition impérative de la réponse hypnotique ou si elle n'apparaît que dans certaines conditions chez

des sujets particulièrement doués.
Notons que d'un point de vue psychothérapeutique, le fait que l'inconscient cognitif soit capable de traiter une information complexe et d'analyser la sémantique d'une image sans passer par les voies de la conscience est d'un intérêt tout particulier si l'on considère l'importance de l'imaginaire dans la réponse hypnotique et que l'image est porteuse, de par ses propriétés, d'une composante idéodynamique d'après M.C. GAY en 2007 [(100)].

HILGARD redifinit en 1991 l'état hypnotique de façon très large comme un état simplement différent de l'éveil, tout en maintenant donc la notion d'état modifié de conscience.
KIHLSTROM quant à lui tente d'expliquer en 1992 les processus générant la dissociation par le rôle de l'attention, ayant pour fonction de sélectionner et d'intégrer les connaissances issues des différentes mémoires –épisodique, sémantique, déclarative et procédurale, afin d'aboutir à la représentation consciente de la perception et des souvenirs.
Il pose l'hypothèse que la dissociation peut apparaître en hypnose grâce à la focalisation de l'attention sur un objet ou une sensation, qui empêche alors les processus régissant l'attention d'être opérationnels et d'activer les structures permettant d'aboutir à la représentation consciente de l'action engagée, d'où l'involontarité de la réponse.
Cela est intéressant si l'on se rappelle que les techniques de fixation de l'attention sont déterminantes dans l'induction hypnotique, en permettant la suspension de l'état vigil caractérisant la conscience normale [(100)].
Néanmoins notons que cette hypothèse, bien que pertinente, est susceptible de s'intégrer à la fois dans la théorie psychosociale qui met l'accent sur l'engagement stratégique du champ de l'attention, que dans la théorie de la dissociation, et ne peut donc être considérée comme validant l'existence de processus dissociatifs tels qu'ils sont définis par HILGARD.

Pour résumer simplement ce chapitre, notons que si FREUD explique l'hypnose par un processus dissociatif structurel entre les instances psychiques, l'hypnotiseur prenant la place de l'Idéal du Moi devenant alors passif, sa conception se trouve finalement plus éloignée des autres conceptions psychanalytiques.
La position de GILL et BRENMAN en faveur d'un état de conscience modifié et d'une relation transférentielle de type régressive entre le sous-système du Moi et le Moi global se rapproche assez de celles de JANET et d'HILGARD.

Pour JANET, l'hypnose est l'occasion d'un changement non dans la structure du Moi mais d'un changement de Moi, tout du moins dans la phase somnambulique, où tout un complexe de souvenirs et de désirs refoulés constituant un "second self" vient prendre la place du Moi de veille.
Chez HILGARD, l'hypnose est le fruit d'une dissociation du Moi, certaines fonctions passant sous le contrôle de l'hypnotiseur tandis que d'autres, les plus nombreuses, restent sous l'égide du Moi. De plus la partie du Moi "hypnotisée" est elle-même le résultat d'une dissociation, et garde en parallèle un fonctionnement normal, restant hors du champ de la conscience , grâce à une barrière amnésique. Ce double "muet" de la partie hypnotisée du Moi, pouvant s'exprimer par des activités automatiques donc hors conscience, est dénommé "observateur caché" par HILGARD.
Nous avons aussi évoqué les travaux des chercheurs qui, dans les années 1960 et 1970, mettent en évidence l'influence sociale dans la réponse hypnotique. Ils montrent l'influence du contexte d'administration des suggestions et des croyances des sujets à leur égard dans la réponse hypnotique. Adoptant une position radicale d'assimilation de l'hypnose à un phénomène d'influence, le courant psychosocial évolue cependant avec SPANOS vers la reconnaissance de la participation de certains facteurs cognitifs et de personnalité dans la réponse hypnotique, comme les capacités d'imagerie, au moins chez les sujets très hypnotisables.

La question de savoir si la réponse hypnotique est générée sur le plan conscient ou inconscient n'a pas encore de réponse. Depuis plus de 40 ans l'hypnose pose la question de l'involontarité et de ses déterminants, ce qui renvoie à la question des attributs respectifs de la conscience et des liens qu'elle entretient avec les processus inconscients.
Si les progrès de la recherche et des connaissances dans ce domaine éclaireront certainement le sujet d'un jour nouveau, l'orientation actuelle tend à se faire de plus en plus dans le sens d'une interprétation de l'état hypnotique comme étant un état modifié de conscience, et les travaux issus des neurosciences apportent déjà des éléments de réponse intéressants à ce propos.

B\ NEUROPHYSIOLOGIE DE L'HYPNOSE

La question de savoir s'il existe réellement un état hypnotique, correspondant à de réelles modifications physiologiques objectivables, fut un débat central dans l'histoire de l'hypnose, divisant les chercheurs et praticiens jusqu'à encore très récemment.
Une objectivation de l'état hypnotique par les neurosciences permettrait en effet de répondre au débat quant à la réalité ou non-réalité de l'état hypnotique, et légitimerait son utilisation notamment dans le domaine médical.
Nous allons donc décrire les différentes recherches et réponses apportées par l'avènement des neurosciences, qui, depuis quelques années, semblent en mesure d'éclairer d'un jour nouveau ce débat.
Remarquons toutefois que l'étude de l'hypnose possède ceci de particulier que l'on ne peut tout simplement pas effectuer des séances chez des sujets pris au hasard, étant donné qu'il existe des différences de susceptibilité hypnotiques selon les personnes. Il s'agit donc pour obtenir des groupes comparables de classer les sujets selon leur faible, moyenne ou forte susceptibilité hypnotique et d'effectuer une hypnose normalisée en regard d'une procédure de contrôle.

1) Lien hypnose et sommeil

Durant longtemps, les chercheurs ont pensé que l'état hypnotique correspondait à l'une des phases du sommeil : sommeil naturel ou provoqué, somnambulique. Ce point de vue s'est très largement répandu au XIXème siècle, y compris par ceux qui comme BERNHEIM insistaient sur l'importance de la suggestibilité et de la suggestion.
L'avènement de l'électroencéphalogramme ou EEG et ses apports essentiels dans l'exploration des différentes phases du sommeil ont ouvert une période axée sur la recherche de critères physiologiques communs entre le sommeil et l'hypnose.
En 1953, KRAHORA et certains chercheurs soviétiques pensent prouver la similitude entre le sommeil et l'hypnose en retrouvant sur les tracés d'EEG de patients hypnotisés des modifications du tracé de veille, des signes de sommeil ou entre veille et sommeil, selon C. WOOD en 2007 [(143)].
Néanmoins dans la plupart des études réalisées entre 1936 et 1956 principalement aux USA,

le tracé électrographique ne met pas en évidence de différence entre l'état de veille et l'hypnose, suggérant donc que l'hypnose n'est pas un état de sommeil.
Certaines des différences observées entre ces groupes d'études semblent provenir des échantillons testés : c'est le cas par exemple des sujets de KRAHORA qui étaient particulièrement sensibles à l'hypnose. De plus, des différences sont dues aux diverses définitions de la période hypnotique. Dans certains cas, elle est introduite par des suggestions alors que dans d'autres, elle correspond simplement à une absence de communication. Le sujet est alors censé être dans un état hypnotique qu'il convient de mesurer, mais l'absence d'échanges entraîne à ce moment précis une tendance à l'endormissement plus intense.
CHERTOK ET KRAMARZ [(49)] concluent dans leur étude de 1959 que l'hypnose n'a pas modifié le tracé chez la plupart des sujets, mais notent des images électrographiques pouvant suggérer des modifications de conscience : ralentissement du tracé évoquant un état de présommeil, désynchronisation de l'activité alpha ou encore accentuation des artefacts oculaires suggérant un état hypervigile.

S'ils concluaient à l'époque par un manque de preuves, il est communément admis aujourd'hui par la communauté scientifique que l'état hypnotique ne présente aucune des caractéristiques électrophysiologiques du sommeil, comme en témoignent les tracés électroencéphalographiques d'EVANS en 1972 [(81)], et l'état de conscience dans lequel s'inscrit l'hypnose est actuellement considéré par tous comme un état de veille.
De plus nous pourrons voir que les études effectuées grâce à l'imagerie cérébrale démontrent que les circuits neuronaux sollicités lors de l'hypnose sont bien les circuits attentionnels et non pas ceux du sommeil, comme dans l'étude de P. RAINVILLE en 2003 [(161)], allant donc en ce sens.
Ainsi, comme nous l'avons déjà souligné, le terme d'hypnose, de part son lien étymologique avec le sommeil, n'est pas en réalité le terme le plus approprié car l'hypnose correspond plus en réalité à un état particulier de veille ou de pleine conscience.

2) Lien hypnose et veille

Si le tracé électrique typique de l'hypnose correspond à un tracé de veille, existe-t-il un moyen de mettre en évidence des signes différenciant veille normale et veille en hypnose ?
L'analyse de l'électroencéphalogramme et des potentiels évoqués semble en mesure de nous

fournir un début de réponse à la question du fondement neuro-physiologique de l'état hypnotique.

2.1. L'Electroencéphalogramme

Historiquement, l'une des approches les plus utilisées afin de comprendre les substrats neurologiques de l'hypnose est l'analyse des modifications du spectre de l'EEG en situation d'hypnose.

L'EEG est une méthode d'exploration cérébrale mesurant l'activité électrique du cerveau grâce à des électrodes placées sur le cuir chevelu. Le résultat se traduit par un tracé représentant les influx nerveux neuronaux sous la forme d'ondes cérébrales, qui se divisent en 5 catégories selon leurs fréquences propres ou nombre d'oscillations par seconde en Hertz, un Hertz représentant une oscillation par seconde.

Les ondes cérébrales sont souvent limitées à certaines régions cérébrales, mais peuvent aussi se répandre dans plusieurs lobes cérébraux, comme l'explique DE PASCALIS en 1998 [(154)].

. Les ondes Delta de 0,5 à 3,5 Hertz caractérisent le sommeil profond à mouvements oculaires rapides, en l'absence de rêves, et lors de l'état inconscient. C'est le rythme dominant des enfants de moins d'un an. Elles sont impliquées dans notre capacité d'intégration et de laisser aller.

. Les ondes Thêta de 4 à 8 Hertz caractérisent le sommeil avec rêves, la relaxation profonde, la méditation, la prière ; il est fréquent chez les moins de 13 ans éveillés mais anormal chez l'adulte éveillé, et reflète la créativité, l'intuition, la rêverie… Ce rythme est en lien avec la mémorisation et l'activation ou l'inhibition comportementale.

. Les ondes alpha de 8 à 12 Hertz caractérisent l'état d'éveil calme, de conscience apaisée et de détente, de méditation, l'apprentissage accéléré et la fluidité de la pensée. Elles favorisent les ressources et la coordination mentales.

Pour information, la fréquence fondamentale de résonnance du champ électromagnétique terrestre, dénommée fréquence de Schumann, est de 7,8 Hertz depuis des milliers d'années. Elle s'accélère d'ailleurs depuis 1987 atteignant à l'heure actuelle une valeur de 13 Hertz.

. Les ondes Bêta de 12 à 45 Hertz caractérisent l'état de veille active, la concentration et les pensées analytiques de la vie courante, la prise de décision, l'action ou l'anxiété, le traitement d'informations relatives au monde environnant. Lors des courtes périodes de sommeil paradoxal avec rêves donc, le rythme passe curieusement au Bêta suggérant une certaine

analogie entre les activités du rêve et celles de la vie courante.

. Les ondes Gamma de 35 à environ 80 Hertz caractérisent l'activité cérébrale intense, comme dans certains états créatifs ou la résolution de tâches complexes, la mémorisation, l'état de panique ou encore le liage perceptif, correspondant à la capacité de différenciation des caractéristiques de deux objets distincts ou encore d'intégration de celles d'un objet pour former une seule entité. Elles sont retrouvées dans chaque partie du cerveau, la fréquence d'onde à 40 Hertz favorisant la transmission entre les zones cérébrales nécessaires au traitement simultané des informations.

Si le tracé typique de l'état hypnotique correspond à un tracé de veille, l'analyse des modifications du spectre de l'EEG serait susceptible de nous fournir des renseignements pouvant potentiellement établir une différence entre la veille normale et l'hypnose.

Nous allons donc analyser les données de la littérature concernant les relations entre l'hypnotisabilité et un type d'onde bien précis.

2.1.1. Relations ondes alpha et hypnotisabilité

P. LONDON *et al.* publièrent en 1968 dans *Nature* [136] les résultats d'une étude portant sur 125 sujets, répartis en 4 groupes de susceptibilité hypnotique allant de faible à forte, et passant ensuite chacun un enregistrement EEG durant une période de relaxation yeux fermés et des épreuves d'imagerie. Une différence significative entre les taux d'alpha produits entre les groupes de faible et de forte susceptibilité hypnotique fut alors retrouvée.

Ce résultat fut ensuite confirmé par plusieurs auteurs retrouvant une activité alpha plus importante lors de l'hypnose, mais contesté par F. EVANS en 1972 [81] qui réalisera un deuxième test d'hypnotisabilité avec étude de l'EEG et ne retrouvera aucun lien significatif entre les différentes caractéristiques des ondes alpha et la susceptibilité hypnotique.

Mentionnons que la mesure de la susceptibilité hypnotique ou de l'hypnotisabilité se fait grâce à la cotation d'un score correspondant à la réalisation de différents items, du plus simple au plus difficile, en état hypnotique. La plus connue est l'échelle de Stanford, mais il existe plusieurs variantes.

L'étude d'analyse de l'EEG en état d'hypnose la plus complète fut effectuée par W.J. RAY en 1997 [163]. Il examina chaque type d'onde cérébrale dans chaque partie du cerveau chez des

sujets de faible et de forte susceptibilité hypnotique, avant et après une induction hypnotique. Il retrouva une activité alpha de repos plus importante dans la région temporale chez les sujets de meilleure susceptibilité hypnotique, et une augmentation généralisée des ondes alpha après l'induction hypnotique chez tous les sujets, ce qui est conforme à un état de relaxation accrue et à la diminution de l'activité visuelle.

D.B. TERHUNE *et al*. en 2011 [188] retrouvèrent chez les sujets très hypnotisables, ayant rapporté un état dissociatif d'altération de conscience et de perception en hypnose, une moins bonne synchronisation fronto-pariétale dans les fréquences alpha-2 pendant la séance que chez les sujets de moins bonne susceptibilité hypnotique. Ces résultats suggèrent que les sujets de meilleure susceptibilité hypnotique présentent une perturbation de la coordination fonctionnelle du réseau fronto-pariétal suite à l'induction hypnotique. Ils auraient donc un réseau fronto-pariétal plus "flexible" que les sujets moins hypnotisables, à l'origine de leurs réponses meilleures aux procédures hypnotiques.
Une autre interprétation fait le lien avec la baisse d'activité observée chez ces sujets du Réseau du "Mode par Défaut", impliquant une partie du lobe frontal, et que nous décrivons ensuite.
L'auteur souligne le fait qu'un des enjeux importants dans la compréhension de la neurophysiologie de l'hypnose est de déterminer dans quelle mesure cette altération de coordination fronto-pariétale contribue aux altérations de la volonté observée dans les réponses hypnotiques de cette population.

2.1.2. Relations ondes thêta et hypnotisabilité

L'élément certainement le plus probant de cette recherche autour de l'EEG est la relation positive entre les ondes thêta et la susceptibilité hypnotique.
C. WOOD rapporte en 2007 [143] que l'état hypnotique s'associe à une production plus importante d'onde thêta, que cela soit pendant l'induction ou lors des suggestions hypnotiques, cela étant d'autant plus vrai que le sujet est hypnotisable.
M.E. SABOURIN retrouve [166] le même type de résultat en 1990 avec une augmentation de la puissance, de l'amplitude moyenne des ondes thêta en hypnose, principalement dans les aires occipitales et frontales.
Son étude montre que les sujets très hypnotisables ont plus d'ondes thêta que les moins

hypnotisables à l'état de veille et lors de l'hypnose, avec une différence plus importante en localisation frontale.
Notons que les ondes thêta se divisent en deux classes distinctes : la classe I, associée à l'inactivité et à la somnolence, et la classe II associée à des activités cognitives comme la résolution de problèmes ou la production d'images, grâce à l'inactivation de certaines réponses permettant une attention continue et dirigée.
L'augmentation de la production des ondes thêta pourrait provenir du système fronto-hippocampo-limbique, impliqué dans les tâches attentionnelles, et qui possède de nombreuses connexions avec le gyrus cingulaire antérieur, lui-même voisin de la région fronto-médiane du cerveau principalement impliqué dans ces activités cognitives.

W.J. RAY lui retrouve en 1997 [(163)] avant l'induction hypnotique une activité thêta supérieure chez les sujets de forte susceptibilité hypnotique par rapport aux témoins, spécialement dans les aires frontales et temporales. Mais petite différence, il repère que l'induction hypnotique réduit l'activité thêta chez les sujets facilement hypnotisables, alors qu'elle augmente chez les moins hypnotisables, en particulier dans les aires pariétales et occipitales. Ainsi après l'induction hypnotique, les deux groupes de sujets avec une hypnotisabilité initiale différente se retrouvent dans des états corticaux très similaires.
Toutefois la plupart des auteurs, à l'instar de GRAFFIN, cité par J.F. KIHLSTROM [(123)] en 2013, interprètent les variations de l'onde thêta comme une indication de l'attention soutenue, de l'effort cognitif et de l'amélioration des capacités d'imagerie mentale en état d'hypnose.

2.1.3. Les ondes bêta

M.E. SABOURIN retrouve en 1990 [(166)] chez les sujets très sensibles à l'hypnose une activité bêta plus importante dans l'hémisphère gauche que dans l'hémisphère droit, alors que les sujets faiblement sensibles ne montrent qu'une faible asymétrie.
Notons, de plus, qu'une latéralisation est retrouvée par T. ISOTANI *et al.* en 2001 [(114)] en ce qui concerne les ondes bêta-2 :de 18,5 à 21 Hertz, qui sont significativement plus importantes dans le cortex pré-frontal antérieur droit lors de rappel d'émotion négative comme l'anxiété sous hypnose, et qui sont à contrario plus importantes dans le gyrus temporal supérieur gauche lors d'émotions positives, de suggestions de détente et de relaxation en état hypnotique.

2.1.4. Les ondes gamma

Des ondes à haute fréquence et amplitude basse centrées à 40 Hertz se retrouvent lors de tâches attentionnelles focalisées, principalement dans l'hémisphère gauche lorsqu'il s'agit d'une tâche ou d'une épreuve verbale et plus dans l'hémisphère droit lors d'une tâche visio-spatiale.

La plupart des études vont dans le sens de celle de DE PASCALIS en 1998 [(154)] retrouvant une plus grande amplitude des ondes de 36 à 44 Hertz chez les sujets très hypnotisables en hypnose par rapport aux sujets peu hypnotisables.

De plus ces mêmes sujets très hypnotisables ont une augmentation de la production d'ondes de 40 Hertz en hypnose dans les régions frontales de l'hémisphère gauche lors de rappel d'émotions positives, et dans les régions centrales et postérieures de l'hémisphère droit lors d'émotions négatives ou anxiogènes.

Les résultats de cette étude sont donc en faveur d'un spectre électroencéphalographique différent en ce qui concerne les sujets très et peu sensibles à l'hypnose ; ils ne montrent en revanche aucune corrélation significative sur les variables électriques et physiologiques étudiées entre la suggestibilité à l'état de veille et l'hypnotisabilité, ce qui soutient donc l'idée que l'hypnose et la suggestibilité relèvent de deux mécanismes psycho-physiologiques distincts.

Cela confirme d'ailleurs les données de la revue de littérature effectuée par F.J. EVANS en 1989, cité par DE PASCALIS [(154)], concluant à deux processus différents, l'un n'étant pas l'expression exhaustive de l'autre.

2.1.5. Différences statistiques dans l'ensemble du spectre EEG

C. WOOD rapporte en 2007 [(143)] les travaux de ULETT de 1972 qui adopta une approche statistique avec une induction hypnotique enregistrée à la recherche d'indices EEG de l'hypnose.

Il conclut sa recherche en affirmant l'existence d'une relation entre le degré de susceptibilité hypnotique et la fréquence d'apparition de certains types d'ondes lentes et rapides.

Il retrouve, de plus, en induction hypnotique une diminution des ondes lentes, une augmentation de l'activité alpha et bêta chez les sujets les plus susceptibles, et observe l'effet inverse dans le groupe de sujets les moins susceptibles.

Ces résultats significatifs amènent l'auteur à conclure à la spécificité de l'état hypnotique et à

l'existence de soubassements neurophysiologiques. Toutefois il convient d'émettre une réserve ici concernant un biai potentiel : les résultats constatés sont-ils réellement dus à l'hypnose ou à d'autres facteurs artefactuels de la situation, comme le niveau d'anxiété ?

2.2. Analyse des potentiels évoqués liés à la suggestion hypnotique

En physiologie un potentiel évoqué correspond à la mesure de l'activité électrique du système nerveux, notamment via l'EEG pour le cerveau, en réponse à une stimulation sensorielle spécifique pouvant être visuelle, auditive, etc., ou encore en réponse à une activité cognitive spécifique.

La plupart des études incluant des potentiels évoqués ou ERP pour Event-Related Potential, concerne l'un des phénomènes les plus spectaculaires de l'hypnose : l'analgésie hypnotique.

H.J. CRAWFORD montre en 1998 [56] qu'une analgésie induite sous hypnose conduit à des réductions moyennes significatives de la douleur perçue et de la détresse émotionnelle associée chez des adultes souffrant de lombalgie chronique. Un processus d'inhibition est mis en évidence en hypnose notamment par un renforcement des ERP dénommés N140 dans la région frontale antérieure, ainsi qu'une diminution de la perception spatio-temporelle par diminution des amplitudes des ERP P200 et P300 en frontal bilatéral et pariétal gauche, par rapport à des sujets contrôles.

CRAWFORD conclut que l'analgésie hypnotique implique des processus actifs d'inhibition engageant l'attention, associés aux aires frontales du cerveau.

Des résultats congruents, en particulier la suppression de la composante "cognitive" tardive des ERP en hypnose, ont été mis en évidence par DE PASCALIS et ses associés en 2004, comme le rapporte J.F. KIHLSTROM en 2013 [123]. DE PASCALIS suggère que l'analgésie hypnotique est due à une inhibition des processus d'évaluation cognitive et émotionnelle liés aux stimulations sensorielles.

Toutefois, la localisation cérébrale précise de cette inhibition peut varier en fonction de la façon dont l'analgésie hypnotique est obtenue : par une attention soutenue ou divisée, l'imagerie mentale, la relaxation ou l'absorption mentale.

L'importance de la formulation de la suggestion est soulignée par des résultats contradictoires concernant les effets de l'hypnose sur la perception et ses corrélats d'ERP.

A. BARABASZ *et al.* rapportent en 1999 [9] une augmentation des ERP P300 en réponse à

une stimulation olfactive lors d'une anosmie suggérée en hypnose, alors que D. SPIEGEL *et al.* en 1985 ([182]) ont une diminution de ces mêmes ERP en réponse à une suggestion hypnotique de boîte en carton imaginaire obstruant la vue d'un réel stimulus visuel. Dans les deux cas, les sujets n'ont pas réussi à percevoir les stimuli cibles, mais les effets sur les ERP sont contradictoires.

Notons que l'onde P300 est un potentiel évoqué endogène observé lors de tâches cognitives comme le discernement d'un objet cible parmi plusieurs stimuli.

Cependant ces mêmes auteurs ont, par la suite, noté que les suggestions employées dans ces deux études sont tout à fait différentes. Dans la première il s'agit d'une anesthésie olfactive, touchant donc une modalité sensorielle entière, alors que dans la seconde étude il s'agit d'une hallucination visuelle positive obstruant la vue du stimulus bien réel.

A. BARABASZ *et al.* [(9)] procédèrent ensuite à un test direct révélant que les suggestions "pour voir rien du tout" amélioraient les ERP type P300 en réponse à un stimulus visuel chez les sujets hautement hypnotisables, alors que les suggestions "d'imagination d'une boîte en carton bloquant l'ordinateur" diminuaient cette composante.

Le même type de résultat a été observé dans des conditions de suggestion proposant une surdité et des hallucinations auditives obstructives.

BARABASZ explique cette différence de résultat par la différence qui réside dans la nature des suggestions utilisées. En effet il assimile les suggestions utilisées afin de ne rien voir ou entendre, lors de la présence d'un stimulus visuel ou auditif, aux hallucinations négatives, c'est-à-dire à l'incapacité de percevoir un objet réellement présent.

Celles-ci sont considérées comme des variantes de l'anesthésie sensorielle, du fait de la perte partielle voire totale de l'acuité visuelle ou auditive.

Notons qu'il existe, à la différence des hallucinations positives, c'est-à-dire la perception d'objet sans objet à percevoir.

Les hallucinations d'hyperesthésie, sensées augmenter les performances sensorielles, semblent ne pas se produire ou, du moins, n'ont pas été mesurées en hypnose malgré certains cas rapportés dans la littérature d'amélioration, par exemple, de l'acuité visuelle selon KIHLSTROM en 2013 [(123)].

C. WOOD et D. MICHAUX soulignent en 2007 [(143)] qu'une disposition pour une attention plus soutenue et un engagement attentionnel plus important est corrélée positivement à

l'hypnotisabilité. Ils rapportent que les sujets peu et très susceptibles présentent un temps de réaction différent, plus court pour les premiers, lors d'un stimulus de distraction en hypnose. Les potentiels évoqués correspondant au processus d'attention lié au stimulus ne varient pas en intensité mais sont plus retardés chez les sujets très sensibles, ce qui situe la différence entre les deux groupes plutôt au niveau du temps de réaction.

2.3. Topographie cérébrale

2.3.1. Différence entre les deux hémisphères

Dans les années 1970, la découverte de la spécialisation hémisphérique a conduit certains auteurs comme GRAHAM à l'hypothèse que l'hypnose était médiée par l'hémisphère droit.
Cette hypothèse de la latéralité de l'hypnose se basait sur la notion quelque peu simpliste d'une division du cerveau en hémisphère droit intuitif et créatif opposé à l'hémisphère gauche logique et analytique. Cette vision caricaturale fut par la suite minimisée, même par l'un de ses partisans initial des plus ardents comme ORNSTEIN en 1997 [(123)].
Néanmoins cela donna une impulsion importante aux études des substrats neuronaux de l'hypnose.
Etonnamment, quasiment aucune recherche jusqu'à maintenant n'a comparé la susceptibilité hypnotique de patients présentant des lésions neurologiques latéralisées.
La seule étude de ce type fut réalisée par J.F. KIHLSTROM en 2013 [(122)], qui ne retrouve aucune différence d'hypnotisabilité entre deux groupes de patients présentant des lésions limitées à l'hémisphère gauche ou droit, après accident vasculaire cérébral.
Certains auteurs ne retrouvent aucune différence d'activité hémisphérique pendant l'hypnose, tandis que d'autres comme GRUZELIER observent une activité supérieure localisée à droite par rapport à l'état de veille, notamment en ce qui concerne les ondes lentes delta, thêta et alpha.
Celui-ci observe, de plus, une asymétrie latérale en réponse électrodermale, consistant à mesurer l'activité électrique à la surface de la peau grâce à des capteurs, suggérant une inhibition de l'hémisphère gauche [(143)].
CRAWFORD retrouve une augmentation spectaculaire du débit sanguin cérébral régional dans l'hémisphère droit, après induction hypnotique chez des sujets hypnotisables ayant reçu une suggestion d'analgésie, par la méthode d'inhalation de Xenon-133.

Toutefois l'étude approfondie par RAY et GRAFFIN en 1997 [163] ne montre aucune différence significative de latéralisation selon l'hypnotisabilité ou l'induction hypnotique.
S'appuyant notamment sur l'étude électroencéphalographique de MACLEOD-MORGAN et LACK de 1982 concluant à une meilleure flexibilité mentale, c'est-à-dire à une plus grande facilité pour les sujets hypnotisables d'activer l'hémisphère gauche lors d'une tâche lui revenant sélectivement et de même pour l'hémisphère droit, cette flexibilité étant renforcée par l'induction hypnotique, CRAWFORD et GRUZELIER affirment en 1998 [104] que l'hypnose active sélectivement une variété de processus corticaux et sous-corticaux chez les sujets, variant selon la tâche à accomplir.
Ainsi les sujets ayant une bonne susceptibilité hypnotique sont aptes à tout type de tâche, impliquant telle ou telle partie du cerveau comme les sujets normaux, mais avec une plus grande souplesse et meilleure efficacité, d'autant plus quand ils sont hypnotisés.
Il n'est plus contesté aujourd'hui que l'hypnose fait intervenir des processus mentaux complexes impliquant à la fois l'hémisphère gauche, comme pour les tâches de traitement du langage, et l'hémisphère droit pour un traitement cognitif non analytique par exemple, permettant ainsi d'assurer une coexistence entre illusion et réalité, ainsi que le souligne J.F. KIHLSTROM en 2013 [123].

2.3.2. Les lobes frontaux

Les auteurs comme HILGARD ou KIHLSTROM, observant l'involontarité de la réponse aux suggestions en hypnose, formulèrent différentes interprétations quant à ce phénomène.
Certains évoquèrent l'influence du contexte social, d'autres une division de la conscience empêchant les sujets hypnotisés d'être conscient de leur propre implication dans la réponse aux suggestions.
Certains comme WOODY en 1994, cité par J.F. KIHLSTROM [123], ont suggéré que l'involontarité de la réponse était due à une levée du contrôle exécutif frontal, c'est-à-dire plus précisément à une inhibition du fonctionnement du lobe frontal et en particulier du cortex préfrontal.
J. GRUZELIER fournit en 1998 [104] des résultats en faveur de cette hypothèse grâce à une étude intégrant des potentiels évoqués et un enregistrement électroencéphalographique.
Une étude plus récente de 2005 d'EGNER *et al.* [69] basée sur des enregistrements d'Imagerie par Résonnance Magnétique fonctionnelle ou IRMf et d'EEG rapporte que l'hypnose

améliore l'exécution d'une tâche de Stroop, qui consiste à ignorer certaines interférences lors de la réalisation d'une épreuve cognitive.
Cela atteste donc l'hypothèse de l'inhibition frontale, ou plus exactement d'une dissociation fonctionnelle entre la détection des conflits d'informations et leur traitement cognitif.
En effet, le Cortex Cingulaire Antérieur ou CCA correspond à la partie frontale du cortex cingulaire, et opère une détection continue des interférences lors du traitement d'informations.
Il fonctionne conjointement avec le Cortex Frontal Latéral ou CFL qui, lui, effectue le traitement cognitif des interférences décelées, en orientant l'attention vers les éléments utiles ou pertinents.
EGNER retrouve chez les sujets de forte susceptibilité hypnotique en hypnose une augmentation de l'activité dans le CCA lié au conflit d'une tâche de Stroop, sans cependant d'ajustement correspondant au niveau du CFL, ce qui va dans le sens d'un découplage fonctionnel des processus de surveillance des conflits et des processus de contrôle cognitif.

Une autre voie de recherche récente concerne le Réseau dit du "Mode par Défaut" ou RMD.
Il s'agit d'un réseau de zones cérébrales actives lorsque le cerveau est en éveil au repos, à partir duquel l'activité cérébrale change dès qu'une demande externe apparaît et vers lequel il retourne lorsque celle-ci n'est plus présente.
Il semble lié à des processus tel que la pensée indépendante des tâches, la mémoire épisodique, le traitement sémantique et la conscience de soi.
Il est désactivé au cours d'une activité mentale orientée vers un but, lors de la rêverie... Il implique des structures cérébrales comme le cortex médial préfrontal, le cortex frontal supérieur, le cortex cingulaire antérieur et postérieur.
Des auteurs comme Q. DEELEY en 2012 [(61)] montrent une désactivation du RMD lors de l'état hypnotique neutre, c'est-à-dire l'état d'absorption attentionnelle suivant l'induction hypnotique, avant toute autre suggestion particulière.
Après tout, cela n'est pas surprenant car l'hypnose, même dite neutre, n'est jamais réellement neutre car des suggestions ont lieu durant l'induction et les sujets sont déjà engagés dans l'activité de l'hypnose.
Toutefois cela constitue une différence notable avec l'état de veille normale au repos.
Il semble maintenant qu'il y ait plusieurs RMD différents dans le cerveau, reste à savoir si la désactivation observée dans l'hypnose se dinstingue de celle observée dans d'autres états comme la rêverie par exemple.

2.3.3. Les données de l'imagerie cérébrale fonctionnelle

Une série d'études en imagerie cérébrale a permis de mieux comprendre les mécanismes de l'hypnose.

P. RAINVILLE en 1999 [160] a mesuré le flux sanguin cérébral ou rCBF dans différentes régions du cerveau en utilisant la technique de la Tomographie par Emission de Positons ou PET-scan. Ils ont ainsi observé un plus haut niveau de rCBF dans le CCA et dans les aires corticales occipitales, le cortex visuel donc, chez les sujets hypnotisés par rapport à l'état de veille normale.

Des résultats similaires ont été retrouvés par P. MAQUET *et al.* [141] en 1999 puis par M.E. FAYMONVILLE en 2000 [85].

Dans une étude de 2002 RAINVILLE *et al.* [159] retrouvent en état de relaxation hypnotique des augmentations du rCBF dans le cortex occipital et une diminution de celui-ci dans la partie mésencéphalique du tronc cérébral et au niveau du lobe pariétal droit.

Ils constatent de plus lors de tâche d'absorption de l'attention sous hypnose une augmentation du rCBF dans un réseau de structures corticales et sous-corticales impliquées dans l'attention dont le CCA, le lobe frontal inférieur, le lobe pariétal de l'hémisphère gauche, le tronc cérébral ponto-mésencephalique, le thalamus médian.

Notons que les modifications observées dans le cortex visuel et dans le tronc cérébral coïncident avec les modifications observées lors du passage d'une écoute active à une écoute passive et avec la diminution de la vigilance, de l'éveil en hypnose.

L'augmentation du flux sanguin dans la zone occipitale en hypnose suggère une diminution de l'inhibition des représentations mentales et neurologiques mises en concurrence et normalement présentes lors d'une attention modérée ou soutenue.

Selon RAINVILLE et PRICE en 2004 [162] 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. L'acceptation sans censure du contenu expérientiel de la suggestion peut selon eux faciliter l'incorporation des sensations et affects suggérés, comme cela se produit dans l'hypnoanalgésie par exemple.

2.3.3.1. L'analgésie hypnotique

En ce qui concerne l'analgésie hypnotique, H. CRAWFORD retrouve en 1998 ([56]) avec la méthode du Xénon-133 une augmentation du flux cérébral régional dans les deux lobes frontaux antérieurs, correspondant certainement à l'augmentation du traitement inhibiteur, et une activité dans les aires sensorielles pariétales liée au stimulus douloureux.

L'équipe de M. FAYMONVILLE en 2006 [(84)] retrouve par rapport aux sujets contrôles une réduction de la perception douloureuse de 50% , ainsi qu'une réduction des réponses affectives et motrices aux stimulations douloureuses. Ces réponses sont modulées par la partie ventrale du CCA, impliquée de même dans le codage de l'intensité de la perception douloureuse.

Ils retrouvent grâce au PET-scan une amélioration des connexions fonctionnelles en hypnose, par rapport aux sujets contrôles, entre cette partie du CCA et tout un réseau neuronal impliqué dans la régulation sensorielle, affective, cognitive et comportementale de la nociception.

Les zones cérébrales colorées correspondent à une différence significative ($p<0,001$) d'activité entre l'état de veille normale et l'état hypnotique sur la **figure 1**.

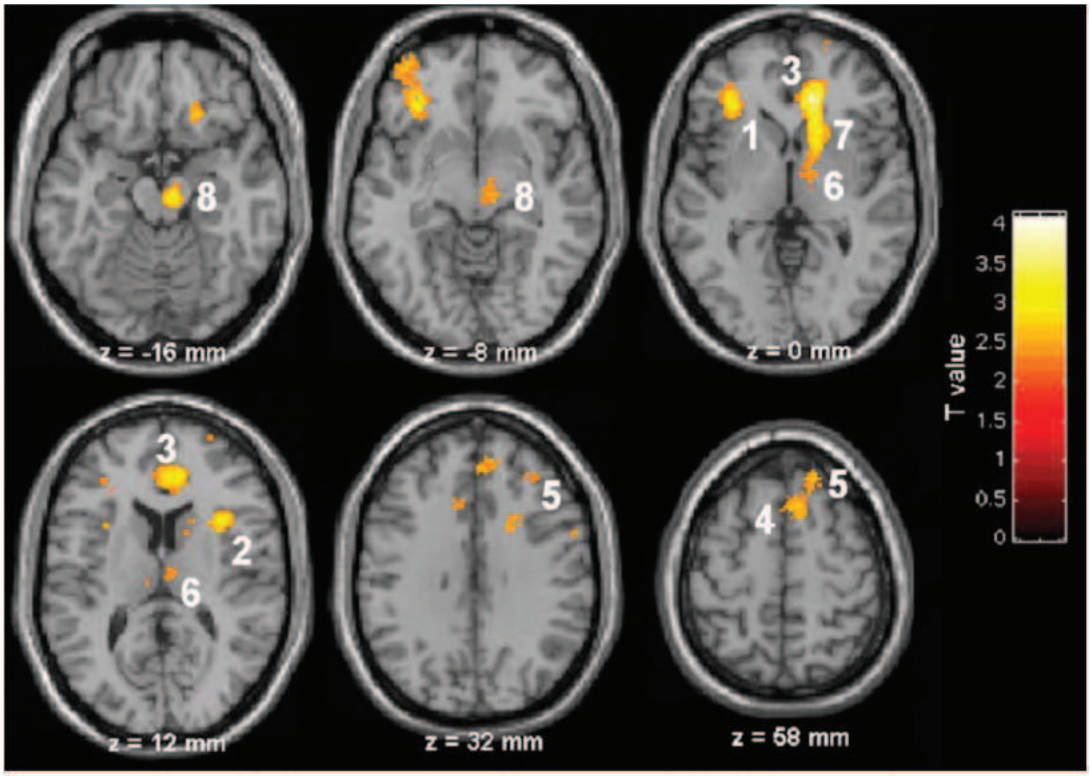

Figure 1. Régions cérébrales ayant montré en hypnose une amélioration des connexions fonctionnelles avec la partie ventrale du CCA: (1) insula gauche, (2) insula droite, (3) CCA péri-génual, (4) cortex moteur pré-supplémentaire, (5) gyrus frontal supérieur, (6) thalamus droit, (7) noyau caudé droit, (8) mésencéphale/tronc cérébral.
Faymonville *et al.*, 2006

DE PASCALIS en 1999 [153] montre que l'analgésie hypnotique n'est pas due à l'effet placebo, et d'autres études comme celle de P. RAINVILLE en 2004 [162] prouvent que l'hypnose n'agit pas par sécrétion d'opioïdes endogènes, l'administration d'antagoniste morphinique n'influençant pas l'analgésie hypnotique.
C. WOOD en 2007 [143] s'appuie sur ces recherches et synthétise la physiologie connue de l'analgésie hypnotique qui implique à la fois une réduction de l'inhibition des représentations mentales comme citée précédemment, et la mise en place d'un mécanisme empêchant l'information douloureuse d'atteindre le cortex somato-sensoriel, ce qui correspond bien à la théorie néo-dissociative d'HILGARD.
Il existerait de plus un mécanisme de contrôle supérieur des informations somato-sensorielles avec une inhibition au niveau spinal pour certains sujets et une inhibition aux niveaux supérieurs pour d'autres, notamment au niveau du CCA et des cortex préfrontaux. En effet le CCA possède lui un rôle fondamental dans l'aspect attentionnel, émotionnel et comportemental de l'intégration de la douleur.
Si d'autres études sont nécessaires pour parfaire ces connaissances, les effets physiologiques réels des processus hypnotiques et de modulation de la douleur par l'hypnose apparaissent aujourd'hui assez clairement.

2.3.3.2. Effet des suggestions hypnotiques

Il est en effet intéressant d'étudier l'influence du type de suggestions utilisées au cours de l'hypnose car vraisemblablement, les modifications de l'activité cérébrale sont dépendantes de leur contenu sémantique.
H. SZECHTMAN en 1998 [187] utilise l'imagerie par PET-scan afin d'étudier l'effet cérébral des hallucinations auditives positives en hypnose, c'est-à-dire de la perception de son en l'absence de stimulation auditive. Comme attendu, le groupe ayant reçu une réelle stimulation auditive et le groupe de sujets hallucinés sous hypnose ont une activation des régions temporales, plus importantes chez les sujets réellement stimulés.
SZECHTMAN relève de plus une plus grande activation de l'aire de Brodman 32, faisant partie du CCA droit, chez les sujets réellements stimulés et hallucinés par rapport aux sujets contrôles ou imaginant le son.
Les auteurs remarquent qu'il s'agit globalement de la même zone cérébrale impliquée dans les hallucinations auditives chez les patients schizophrènes.

En ce qui concerne les stimuli visuels, S. KOSSLYN constate en 2000 [128] lors de la suggestion hypnotique d'un stimulus de couleur l'activation d'une zone spécifique dans le gyrus fusiforme au niveau de la face inférieure du lobe temporal, en comparaison avec un stimulus en teintes de gris.
Cela va de nouveau dans le sens de la théorie étatiste, les changement induits par l'hypnose dans la vision des couleurs étant corrélés à un changement réel dans le cortex visuel.
De plus la suggestion du drainage de cette couleur réduit l'activité du gyrus, principalement dans l'hémisphère gauche alors que les suggestions d'ajout de couleur y augmentent l'activité.
A noter que l'imagination d'une couleur en état d'éveil normal active le gyrus fusiforme droit, et non pas gauche, ce qui supporte l'idée que l'hypnose n'est pas simplement une activité d'imagerie mentale particulière.

2.3.3.3. Evocation de souvenirs

En 2006 l'équipe de M. FAYMONVILLE [84] s'est penchée sur la modulation des perceptions sous hypnose. Lorsqu'un sujet est réveillé et se rappelle un souvenir, il active surtout les lobes temporaux droits et gauches. Ces mêmes régions ne s'activent pas lorsque le sujet éveillé ne pense à rien de particulier, comme en écoutant une bande sonore à l'envers dans le test par exemple.
En revanche l'on remarque au PET-scan une activation des régions occipitales associées à la vision lors du rappel de souvenirs autobiographiques en hypnose, puis des régions pariétales associées au toucher, précentrales associées à la motricité, préfrontales associées à différentes fonctions cognitives et du cortex cingulaire antérieur lié aux processus attentionnels, comme rapporté sur la **figure 2**.

Les sujets de l'étude corroborent ces données car ils évoquent le fait d'avoir revécu en hypnose le souvenir dans toute sa sensorialité, c'est-à-dire au niveau visuel mais aussi de l'odorat, des sensations tactiles, etc., tandis qu'ils n'évoquent qu'une simple remémoration en état d'éveil normal. Ainsi l'état hypnotique permet un fonctionnement cérébral quasi identique à celui où le sujet vit réellement la scène en question.
Comparé au rappel en état d'éveil, durant l'hypnose une diminution de la consommation de glucose cérébral est observé au PET-scan dans le précunéus, c'est-à-dire le cortex pariétal médian.
Celui-ci serait impliqué dans l'interprétation et le contrôle des informations de

l'environnement immédiat, et nous pouvons noter qu'il s'agit d'une des régions la plus atteinte lors d'états de conscience altérés comme le coma, l'anesthésie générale, le sommeil à ondes lentes et paradoxal, etc., suggérant qu'il fait partie du réseau neuronal impliqué dans l'expérience consciente.

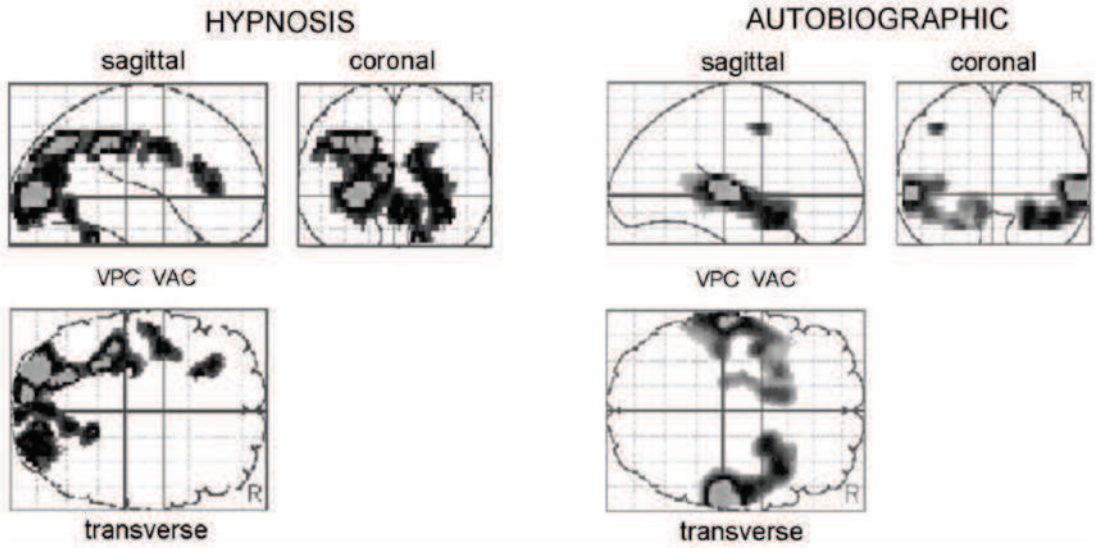

Figure 2. Aires cérébrales avec un débit sanguin régional (rCBF) augmenté lors de l'imagination de souvenirs autobiographiques en hypnose (à gauche), et en état de veille normale (à droite). Les résultats sont significatifs: p <0,001. VPC et VAC correspondent respectivement aux plans des commissures postérieures et antérieures. Faymonville *et al.*, 2006.

Notons que J. KIHLSTROM observe en 2013 [(123)] dans l'amnésie post-hypnotique une diminution de l'activité des cortex occipital et temporal, conformément à une défaillance de la mémoire visuelle, ainsi qu'une plus grande activité dans le cortex préfrontal. Ces modifications sont semblables à celles qui se produisent dans la tentative de récupération mnésique dans l'amnésie psychogène ou hystérique.

2.3.3.4. Lévitation du bras

Il s'agit d'un exemple intéressant notamment en ce qui concerne l'aspect involontaire de certaines réponses hypnotiques.

La lévitation du bras obtenue en hypnose grâce à des suggestions de légèreté par exemple, est un phénomène souvent utilisé afin de ratifier la transe, et peut s'associer à différents types

d'exercices thérapeutiques.

S. BLAKEMORE en 2003 [22] étudia les différences d'activité cérébrale au PET-scan sous hypnose dans trois conditions expérimentales différentes :

. En condition de mouvement actif volontaire, il existe une coordination entre la réponse motrice et la représentation sensorielle du mouvement. Il y a donc une activation des aires motrices, mais peu d'activité pariétale. Celle-ci augmente notamment en cas de nécessité de repérer la position du membre dans l'espace afin de corriger le mouvement.

. Lors du mouvement passif, le bras étant levé par un système de poulie, l'activité frontale est minimale du fait de l'absence de motricité volontaire, mais l'activité pariétale est plus importante avec un sentiment d'altérité lié au mouvement.

. Lors d'un mouvement actif mais involontaire, au moyen d'une suggestion de levée par la poulie sans aucune aide réelle par cette même poulie, l'activité frontale est similaire au mouvement actif volontaire, mais les activités cérébelleuse et pariétale sont augmentées.

Cela ressemble en quelque sorte à un mouvement "actif-involontaire".

Ainsi, un mouvement actif faussement attribué à une source externe est significativement lié à des activations plus élevées dans le cortex pariétal et le cervelet que lorsqu'il est correctement attribué à soi-même.

L'équipe de BLAKEMORE émet donc l'hypothèse d'une suractivation du réseau pariétal-cervelet en hypnose, à l'origine d'une mauvaise attribution de l'action non à soi-même mais à une cause externe.

E. CARDEÑA étudia en 2012 [41] l'activité cérébrale lors du soulèvement du bras gauche volontaire et induit par hypnose, grâce à l'imagerie fonctionnelle 3D sLORETA, c'est-à-dire un EEG couplé à une imagerie cérébrale par tomographie basse résolution.

La différence entre les deux conditions porte principalement sur l'activation de l'axe antérieur-postérieur.

En effet, le soulèvement en état hypnotique est associé à une activité rapide bêta accrue dans les régions frontales et temporales et des basses fréquences delta et théta plus importantes dans les régions temporo-pariétales, du côté gauche.

Le soulèvement volontaire est associé à une activité rapide dans les régions temporo-pariétales droites et à une activité lente dans les régions antérieures gauches, frontales et temporales.

Par conséquent l'excitation est plus antérieure et l'inhibition plus postérieure dans la condition hypnotique , ce qui est l'inverse dans la condition volontaire.
Le degré d'hypnotisabilité n'a pas eu d'effet significatif sur l'activité EEG.

Pour conclure, nous avons montré l'implication d'un certain nombre de structures cérébrales dans l'état hypnotique, pouvant varier selon le type de phénomène hypnotique étudié ou de suggestion utilisée, et impliquant particulièrement les cortex occipitaux et frontaux dont le Cortex Cérébral Antérieur impliqué dans les tâches attentionnelles.
Les études sur la physiologie de l'hypnose se poursuivent, et de nouvelles voies de recherche s'ouvrent comme la découverte du Réseau neuronal du Mode par Défaut, qui semble être lui même le siège de modifications de fonctionnement en hypnose.
Une autre voie de recherche actuelle concerne l'investigation de facteurs génétiques impliqués dans les processus attentionnels, notamment via l'imprégnation dopaminergique, et qui seraient prédictifs d'hypnotisabilité.

Toujours est-il que les données récentes de la neurobiologie et de l'imagerie cérébrale rapprochent l'hypnose de la description initiale faite par HILGARD.
L'on comprend actuellement, comme le précise P. RAINVILLE en 2004 [(162)] que : *« La conscience comporte des propriétés expérientielles fondamentales qui se trouvent altérées pendant l'hypnose…Ainsi, le sentiment normal de contrôle volontaire que nous éprouvons est apparemment associé à une limitation de l'accès à certains mécanismes modulateurs fondamentaux du système nerveux. L'hypnose, en mettant en suspens ce sentiment de soi-agent, augmenterait à la fois le potentiel expérientiel et d'auto-régulation somatique. »*
Avec le développement des neurosciences, la question ne se pose plus : l'état hypnotique est maintenant avéré. Si son usage ne doit se limiter à la création d'un état de conscience modifié, au moins sait-on aujourd'hui que les phénomènes observés possèdent une réalité incontestable sur le plan du fonctionnement cérébral.

C\ TECHNIQUES ET PROCESSUS HYPNOTIQUES

1) Définitions

Avant d'exposer les méthodes et de se pencher sur le déroulement d'une séance d'hypnose classique, il peut être intéressant d'évoquer plusieurs définitions actuellement admises de l'hypnose. En effet si elles peuvent se compléter, l'on peut noter qu'au final, elles se rejoingnent sur l'idée d'un état de conscience modifié offrant des possibilités nouvelles au sujet.

1.1. Définition d'André Weitzenhoffer de 1988 (77)

Précisons que les états de transe seraient un sous-groupe des états modifiés de conscience ; les états hypnotiques étant eux-mêmes un sous-groupe des états de transe.

1.2. Définition de l'Association Médicale Britannique de 1955

L'hypnose est 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 un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être dans l'état hypnotique produits et supprimés.

1.3. Définition de Michel Kérouac de 1996 (77)

Un état et/ou un processus de conscience modifiée, produit par une induction directe, indirecte ou contextuelle, ressemblant parfois au sommeil, mais physiologiquement distinct, caractérisé par une élévation de la suggestibilité et qui produit à son tour certains

phénomènes sensoriels et perceptuels. Cet état, que certains auteurs appellent "la transe", est un état naturel que l'on peut vivre tous les jours : lorsqu'on rêve éveillé, lorsqu'on regarde un feu attentivement, lorsqu'on perd temporairement la notion du temps au volant d'une voiture ou, tout simplement, lorsqu'on est "dans la lune".

1.4. Définition de L'Encyclopaedia Britannica de 1999

Un état psychologique spécial avec certains attributs physiologiques, ressemblant superficiellement au sommeil et indiqué par un fonctionnement de l'individu à un niveau de conscience autre que l'état conscient ordinaire. Cet état se caractérise par un degré de réceptivité et de réponse accru dans lequel il est donné autant de signification aux perceptions empiriques intérieures qu'il en est généralement donné à la seule réalité externe.

1.5. Définitions de Milton Erickson de 1980 (75)

Un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages.

Ou encore :
L'hypnose est un état de concentration mentale durant lequel les facultés de l'esprit du patient sont tellement accaparées par une seule idée ou par un train de pensées que pour le moment, il est mort ou indifférent à toute autre considération ou influence.

La transe hypnotique comporte trois phases au cours desquelles le praticien structure la séance et offre un cadre au sujet pour effectuer le travail : une phase d'induction de l'hypnose, une phase de travail durant la transe, puis une phase de fin de travail. Au total la séance d'hypnose dure au moins une vingtaine de minutes, mais peut se prolonger au-delà, Erickson réalisant quant à lui des séances de parfois plusieurs heures.

2) Induction hypnotique

Toute séquence hypnotique débute par une phase d'induction hypnotique, c'est-à-dire une phase de genèse de l'état hypnotique. Celle-ci peut devenir rapide, à peine une minute, grâce à l'entraînement au fil des séances.
Le but est globalement d'obtenir une restriction du champ de conscience du sujet en réduisant les stimulations extérieures et en focalisant l'attention sur une tâche particulière.
Il existe plusieurs types d'induction possible, et il convient pour mieux faire d'adapter sa technique au profil du patient en question.
Il est toutefois intéressant de passer en revue l'évolution des techniques traditionnelles vers la pratique contemporaine.

2.1. La suggestion traditionnelle

Durant les XIXème et XXème siècles, l'état hypnotique est induit par **un discours monotone et répétitif** : *« Vous dormez, vous sentez le sommeil qui vient en vous et vos paupières qui s'alourdissent… vous sentez vos yeux qui se ferment… qui se ferment… progressivement…lentement…lentement… »*, comme le rapporte Y. HALFON en 2007 [(143)].
Ce type de discours a pour objet de focaliser l'attention du sujet sur les sensations et les impressions de toute sorte que l'opérateur lui propose.
Selon l'Abbé de FARIA, cité plus tôt, l'apparition du sommeil lucide est du à la concentration du sujet sur l'idée de sommeil. C'est la concentration qui permettait aux changements de se produire, la répétition devant faciliter et amplifier cette concentration.
La concentration et la monotonie sont également retrouvées dans la théorie du "sommeil nerveux" de BRAID, pour qui l'induction hypnotique correspond à une sorte d'épuisement nerveux.
A cette époque, le magnétiseur bénéficie encore d'une aura de thaumaturge, et la transmission du fluide animal se réalise dans le cadre d'un cérémonial aussi farfelu qu'inutile…

La position du thérapeute est plus celle d'un maître, et ses demandes sont **directives et autoritaires** afin d'obtenir une meilleure concentration mentale et de modeler les perceptions et les émotions de son patient dans le sens voulu : *« Concentrez-vous sur l'idée de sommeil…, dormez ! »*

Afin de renforcer les suggestions et l'effet obtenu, les hypnothérapeutes font appel notamment à **l'emphase**, correspondant à des reformulations plus pressantes au niveau émotionnel et au niveau de la syntaxe utilisée, du type : *« vous ne pourrez vous empêcher de… »*.
Mais ce type de procédé est très directif voire contraignant et souvent provoque une relation conflictuelle entre le thérapeute et le patient, notamment en cas d'échec des suggestions.
En effet celles-ci sont arbitraires et choisies volontairement par le thérapeute, et visent à induire un comportement observable.
Face à cette situation, la plupart des thérapeutes de la fin du XXème siècle abandonnèrent ces méthodes pour s'exprimer de manière plus douce et permissive.

2.2. La révolution et l'apport ericksonien

Milton H. ERICKSON renouvelle profondément le regard porté sur les techniques d'induction hypnotique et sur la façon de formuler les suggestions.
En effet il comprend rapidement que si certaines personnes ne sont soi-disant pas hypnotisables, c'est à cause des moyens utilisés. Car les suggestions directes et autoritaires entraînent une forme de résistance chez certains.
Il utilise donc des techniques d'induction **permissives et indirectes** [(75)].

D'une part, il met en place des procédés de communication diminuant la tendance du sujet à s'opposer à l'influence :

- trouver un mode de communication adapté au patient dans sa forme et son contenu,
- chercher à augmenter l'adhésion et la participation du sujet,
- diminuer les résistances de la "partie critique" par diverses techniques destinées à faciliter le lâcher-prise du patient : confusion de la logique, surprise, etc.

D'autre part, il rééquilibre les positions hypnotiseur-hypnotisé grâce à la redécouverte de la possibilité d'un fonctionnement de type paritaire :

- abandon de la position magique,
- abandon de la position autoritaire pour une position paritaire d'accompagnement,
- utilisation de propositions non impératives et de formules permissives,
- recherche et utilisation des ressources du sujet, le thérapeute amenant, par sa présence, sécurité et encouragement pour aider à franchir ses blocages initiaux.

Ce renouveau permit d'améliorer considérablement la pratique hypnotique en diminuant la résistance au changement, afin de mieux répondre à la partie de la personne venue avec l'espoir de changement.

2.3. La pratique contemporaine de l'induction hypnotique

La première étape est la prise de contact entre le patient et le thérapeute.
Ensemble ils définissent un objectif thérapeutique, et l'entretien permet de rassurer le sujet en démystifiant l'hypnose.

2.3.1. La fixation de l'attention

La démarche consiste avant tout à restreindre le champ de conscience du sujet en supprimant toute stimulation dérangeante, qu'elle soit sensorielle ou psychique.
Il faut capter l'activité mentale et intellectuelle du sujet, la contenir et l'apaiser jusqu'à atteindre l'état hypnotique.
L'attention du sujet peut se fixer sur n'importe quel objet : un point réel ou imaginaire, un stylo, une partie de son corps, une image intérieure et très souvent le symptôme du patient c'est-à-dire sa douleur ou son angoisse, comme le note D. MICHAUX en 2007 [(143)].
La meilleure induction est celle qui est le plus à l'écoute du sujet lui-même, certains étant plus sensibles à certaines images, d'autres à leurs sensations par exemple.

2.3.2. Induction extérieur/intérieur

Il s'agit d'un type d'induction assez classique, utilisant tout d'abord la fixation de l'attention du sujet sur l'environnement, la pièce qui l'entoure, en utilisant bien toute les modalités sensorielles possibles à savoir la vision, les bruits extérieurs, l'odorat, etc.
Ensuite l'on ramène progressivement la concentration du sujet sur ses propres sensations comme celles des vêtements sur la peau, puis sa propre respiration que l'on tend à ralentir.
M. ERICKSON explique lui-même en 1983 [(76)] : *« En induisant une transe, vous demandez à votre patient de vous donner toute son attention. Vous ne voulez pas qu'il compte les petites tâches sur le mur ; vous ne voulez pas qu'il tripote sa montre. Vous voulez qu'il vous donne toute son attention, et qu'il vous la donne si intensément qu'il ne va pas remarquer quoi que*

ce soit d'autre. Et lorsqu'il vous prête attention, il rétrécit son champ de conscience visuel ; il rétrécit son champ de conscience auditif ; et il dirige ses pensées et ses sensations à l'intérieur de lui-même… »

2.3.3. L'évocation d'un souvenir agréable

M. ERICKSON proposait toujours pour débuter de s'installer confortablement sur le fauteuil, dans la position souhaitée, éventuellement de décroiser les jambes et de poser les mains sur les genoux [(75)].

« Et votre mémoire retrouve maintenant un souvenir agréable où vous êtes très, très à l'aise, dans un grand confort, quelque chose de très agréable. Cela peut être un souvenir récent ou un souvenir ancien, quelque chose de très agréable, de confortable à revivre dans votre imagination.

Tranquillement, laissez votre mémoire vous donner des images plaisantes… puis éventuellement des sons, des sons agréables, qui accompagnent ce souvenir… ou encore des odeurs, de bonnes odeurs qui accompagnent ce souvenir…

Peut-être que votre corps se souvient aussi de sensations tactiles, est-ce par exemple une sensation de chaleur agréable d'un rayon de soleil, ou la fluidité d'une eau ou encore la texture d'un tissu, ou encore quelque chose d'autre de tactile que je n'ai pas nommé mais qui fait partie de votre expérience.

Vivez pleinement ce souvenir, comme dans un rêve, peut-être que votre corps ressent aussi des sensations internes de confort, de bien-être de ce moment là, vivez pleinement ce souvenir.

Et quand vous êtes bien dans ce souvenir, qu'une partie de votre corps, la tête par exemple bouge pour me dire oui, un signe de tête pour me dire oui, ou un doigt qui se soulève, pour me signaler que vous êtes bien dans ce souvenir… »

2.3.4. La fixation de la main à hauteur du visage

La personne est assise à côté de l'hypnotiseur, détendue sur sa chaise, la main droite levée à hauteur du visage : *« Je vais vous demander dans un instant d'entrer dans un état hypnotique… pour cela, faites bien attention à cette main… Regardez cette main, les doigts, la paume de cette main. Regardez donc sur cette main les différentes couleurs de la peau et*

les jeux de lumière. Remarquez les sensations que vous éprouvez… Peut-être vous rendez-vous compte de ces lignes qui se croisent ou s'entrecroisent, se mélangent aux ombres sans lumière, et voyez-vous ces reflets qui se modifient légèrement, ces formes qui deviennent comme flottantes… tandis que vos paupières s'alourdissent et veulent se fermer. Fermez les yeux, et avec votre imagination regardez toujours cette main… »

Notons qu'en disant "cette" et non pas "votre" main, nous développons un processus dissociatif ; de plus le passage sur "l'ombre sans lumière" correspond à une technique de confusion verbale, destinée à provoquer l'abandon du mode de raisonnement logique habituel. Cette manière de faire en insistant sur les modifications perceptuelles liées à la fatigue visuelle s'utilise aussi dans les autres types d'inductions visuelles, comme celles par fixation d'un point éloigné sur le mur par exemple, ainsi que l'explique Y. HALFON en 2007 [(143)].

Ensuite le praticien peut suggérer une anesthésie, ou une lévitation de la main par exemple.

2.3.5. La catalepsie ou lévitation de la main

Pour permettre plus facilement l'entrée en état de transe, le thérapeute peut induire différents phénomènes comme une catalepsie des yeux, une lévitation du bras, une analgésie.

Ces phénomènes sont des manifestations du processus dissociatif hypnotique et permettent de ratifier la transe, ce qui peut aider le sujet à comprendre que d'autres phénomènes inhabituels vont pouvoir se produire. Cela peut donc être utilisé comme levier pour atteindre d'autres objectifs thérapeutiques, dont le travail peut être associé à ces phénomènes dans la suite de la transe.

Un bras est considéré comme étant en catalepsie lorsque, placé dans une position, il s'y maintient dans le temps sans effort ni participation du patient, en l'absence de toute sensation désagréable.

Pour cela le praticien se tient à côté de la personne, puis peut pour l'aider à initier le mouvement prendre délicatement son poignet entre le pouce et l'index, afin de suggérer le mouvement de lévitation plutôt que pour lui faire directement.

A cela l'on associe un langage dissociatif : *« Votre corps peut avoir deux activités en même temps et parallèlement… une tension d'une partie de votre corps, pendant que le reste continue à se détendre…et que votre esprit observe tout cela, restant attentif à ce bras… »*

Puis viennent des métaphores de légèreté associées à la main en question, exprimées en synchronisation avec les inspirations du patient, au contraire du rythme verbal habituel en

hypnose qui est calqué sur les expirations régulières.
L'on peut prendre par exemple l'image du bras qui s'élève, comme tiré par un fil lui-même accroché à un ballon gonflé à l'hélium, qui part dans le ciel…

3) La phase de travail pendant la transe

3.1. Fonctionnement inconscient

Après l'induction hypnotique, la phase de travail repose sur le fonctionnement privilégié de l'inconscient, c'est-à-dire sur la sollicitation des ressources mentales inconscientes.
Lors de cette phase, l'inconscient opère une reprogrammation mentale et un réaménagement comportemental.
L'hypnose extrait l'individu de ses limitations acquises et favorise la réorganisation globale du fonctionnement cognitif en cours.
Le fonctionnement conscient est associé à la pensée logique, rationnelle et discursive. Le conscient fait un travail d'analyse, de classement, de catégorisation. Il situe les événements dans la temporalité avec un passé, un présent, un avenir. Le langage employé est celui de la dénotation, de l'explication et de l'interprétation.
A l'opposé, l'inconscient possède un mode de fonctionnement plus global. Il traite les informations de façon symbolique, associant de manière analogique des sons et des sensations qu'il lie et délie dans une dynamique intemporelle. Ce qui prédomine n'est plus la logique, mais les sensations et l'imagerie mentale. Le langage est celui de la connotation.
Il est donc primordial d'adapter son langage en hypnose, afin de permettre d'activer et de libérer le fonctionnement inconscient du conscient, selon G. SALEM en 2007 [(167)].

3.2. Le langage non verbal

Ce langage possède en état d'éveil une importance et un impact souvent mésestimés. En effet notre cerveau enregistre et traite les signaux non verbaux associés à la parole directement et souvent avant même que le sens global de la phrase ait été compris.
Il n'est pas souvent intentionnel, et influe considérablement le caractère et la valence

émotionnelle de l'information.
Parfois même ces informations sont enregistrées subconsciemment, le langage non verbal pouvant ne pas correspondre avec la situation ou les phrases proprement dites, et peuvent être responsables de symptômes divers comme par exemple, à l'extrême, dans les situations de traumatisme psychique où le message implicite sur l'instant est : *" Ça y est, je vais mourir "*.
Le paralangage, les gestes du médecin et la posture de son corps ont donc une influence notable lors de la consultation, car il renvoie à l'inconscient, au fonctionnement émotionnel, et prend donc toute son importance en hypnose.
La voix du praticien peut devenir celle de certains événements de l'enfance, des personnes familières de cette époque, ou de l'âge adulte : elle peut être celle qui apaise, qui endort ou qui gronde, la voix maternelle qui soigne et rassure…
Les pauses, les sourires, la tonalité du regard, la maîtrise de la voix et du timbre sont tout aussi importants que les mots pendant l'état hypnotique.
Il existe en hypnose une mélodie et un rythme particulier ponctuant le langage parlé, et qui est adapté à la situation clinique.
Comme l'explique J. HALEY en 1984, cité par D. MICHAUX [(143)] : *« Lorsqu'un hypnothérapeute suggère au sujet que sa main devient légère et s'élève, il lève la tête et hausse la voix pour montrer métaphoriquement quel mouvement la main doit accomplir. »*

3.3. Le langage figuratif

Etant très difficile d'obtenir des changements thérapeutiques par l'emploi conscient de sa volonté, il est nécessaire d'employer en hypnose un langage faisant appel à l'esprit inconscient, un langage similaire à celui du rêve.
L'on procède par analogies, images et métaphores.
Par exemple, au lieu de suggérer verbalement qu'une main s'engourdit dans le cadre d'une anesthésie hypnotique, nous pouvons amener le sujet à imaginer qu'il plonge sa main dans la neige ou dans un ruisseau glacé tout en suggérant l'analgésie en même temps.
Une autre possibilité est d'évoquer des souvenirs ou images d'expériences vécues au cours desquelles le phénomène fut perçu par le passé, effectivement l'imagerie mentale est tellement puissante en hypnose qu'elle mériterait d'être reconnue selon C. HAMMOND en 2004 comme une catégorie de suggestion à part entière [(143)].
Les métaphores les plus efficaces sont souvent celles qui sont apportées directement par le

patient, mais le thérapeute peut aussi bien construire les siennes en s'appuyant sur l'histoire du patient afin de générer les changements attendus.

3.4. Le langage dissociatif

Il permet de dissocier le fonctionnement conscient du fonctionnement inconscient afin d'abandonner les défenses ou résistances conscientes et d'atteindre le fonctionnement hypnotique où le patient est à la fois spectateur et acteur de ses réalisations.
Il s'agit donc de faciliter le contournement de l'esprit logique et de la raison habituels pour mobiliser les ressources inconscientes. Ainsi l'hypnose n'est pas comme le voudrait l'étymologie un sommeil, mais plutôt un réveil des capacités de l'inconscient à l'insu du conscient, top limitatif.
La dissociation est cependant une expérience naturelle quotidienne et banale, se produisant aussi sans hypnose, et même nécessaire à l'individu car participant à l'équilibre permanent entre le maintien de ses propres limites et sa relation dialectique à l'environnement.

Aussi, le langage dissociatif permet de fixer cette dissociation naturelle dans la transe et de la maintenir le long de la séance. Il est composé de différentes formules et conjonctions, voici à titre d'exemple : *« Maintenant, vous n'avez rien à faire… si ce n'est de* ***laisser*** *ces images s'installer devant vous****, tandis que*** *votre esprit conscient peut écouter ma voix…* ***laissant*** *l'esprit inconscient garder ce qu'il y a d'utile pour lui… »*

3.5. L'ajustement

Encore appelé "synchronisation" par certains auteurs, il s'agit de la capacité du thérapeute à adapter son langage verbal et non verbal au même niveau que ceux du patient. Cela implique les mimiques, les gestuelles, de même la synchronisation avec la respiration du patient selon G. SALEM en 2007 [(167)].
En effet cette cohérence peut renvoyer à la notion d'empathie, indispensable dans la relation soignante, il semble que de répondre en écho avec les mêmes mots, de redonner de sa propre voix le discours métaphorique du patient soient une part efficace du geste thérapeutique et permette de faciliter l'accès à ses propres ressources inconscientes.

3.6. La réponse minimaliste du sujet

Le fait de pouvoir maintenir une communication avec le patient durant la séance est important pour le thérapeute, afin notamment d'évaluer l'état et la progression du travail hypnotique.
En effet le sujet ayant normalement les yeux fermés en hypnose et ne parlant que rarement ou de manière peu compréhensible, le thérapeute n'a qu'une vague idée de son expérience intérieure et des émotions présentes dans la transe.
L'on construit donc une forme de communication sous la forme de "*signaling*" idéomoteur.
Celui-ci correspond en général à une réponse positive, un acquiescement car une réponse négative de l'inconscient serait interprétée comme une non-réponse à notre propre demande d'acquiescement.
L'on installe donc avec le patient un code de réponse plus ou moins inconsciente, qui peut être pendant la séance un léger hochement de tête, un mouvement de doigt désigné, une inspiration plus profonde, comme l'explique Y. HALFON en 2007 [(143)].

3.7. La rhétorique hypnotique

Durant la phase de travail le praticien utilise des moyens spécifiques de communication afin de mener le patient vers ses propres ressources.

3.7.1. La grammaire hypnotique

3.7.1.1. Les pronoms personnels

. le **« je »** renforce chez le sujet l'impression de se confondre avec l'hypnotiseur dans une relation fusionnelle, que l'on retrouve dans la relation mère/nourrisson. Or, certains auteurs comme L. KUBIE en 1961, cité par D. MICHAUX [(143)] identifient l'essence de la relation de l'hypnotiseur au sujet comme l'abolition des frontières du "je" et du "non je" de ce dernier, venant se confondre alors avec l'hypnotiseur.
Il peut de plus être utilisé lors de l'apprentissage de l'autohypnose.
. le **« il »** permet d'accentuer le langage dissociatif, en parlant par exemple d'une partie du corps que le sujet observe : *« cette main devient légère, elle s'élève lentement vers le visage… »*

. le « **nous** » accentue la complicité entre le patient et le praticien, et met l'accent sur un travail qui est fait en équipe. Il situe les protagonistes comme co-thérapeutes, dans la réalisation d'un même objectif.
. le « **vous** » est utilisé plutôt en début ou fin de séance afin de se réassocier, car il crée une certaine distance avec le thérapeute et peut isoler.

3.7.1.2. Les temps de conjugaison

En hypnose la conjugaison employée diffère de celle que nous utilisons habituellement, en effet la relation au temps se trouve être modifiée. De plus, nous parlons au cerveau figuratif.
. Il est préférable de parler des expériences négatives du passé, au passé. Nous les laissons derrière nous, les éloignons de l'expérience présente : *« Quand vous aviez vécu cet accident… »*
. Les expériences positives du passé se conjuguent au présent. Il s'agit de réactualiser un sentiment de confort ou un apprentissage, une ressource dans l'ici et le maintenant afin de pouvoir projeter, généraliser cela dans le futur en train de se construire.
Une technique utilise même des fautes de conjugaison volontaires car cela n'est pas perçu comme tel en hypnose mais permet, en plus de l'emploi de la confusion décrite ci-après, de revivre au présent un événement passé : *« Revoyez-vous en classe, plus jeune et vous **écoutez** le professeur… »*
. Les anticipations du futur, comme préparer un examen ou un accouchement par exemple, se conjuguent au présent. Elles ne s'inscrivent pas dans l'avenir, qui lui peut être incertain.
Par exemple dire *« demain je fais »* a beaucoup plus d'impact que *« demain je ferai »* ou *« demain je vais le faire »*.
. Il peut exister un passé du futur, correspondant à la technique d'ERICKSON [(75)] de "pseudo-orientation dans le temps" : *« Ça s'est passé comme cela, la semaine prochaine »* disait le lapin à Alice…
L'inversion temporelle est un outil hypnotique important lors de la réalisation des séances.

3.7.1.3. La négation

Le langage hypnotique mobilise l'imagination du patient, or le concept de négation fait défaut au langage figuratif.
En effet lorsque l'on dit : *« Ne pensez pas à une voiture rouge »*, nous sommes d'abord

obligés de penser à cette voiture de couleur rouge avant de comprendre la phrase. De même si l'on dit à un patient anxieux ou douloureux : *« Ne faites pas attention à cette sensation dans votre jambe »*, on l'amène justement à être attentif à sa jambe.
Ainsi il vaut mieux ne pas utiliser la négation pendant la transe hypnotique, afin d'éviter de provoquer des réactions non voulues.
Néanmoins, elle peut parfois être utilisée pour contourner certaines résistances en suggérant de ne pas répondre à la proposition faite : *« Je vous demande de ne pas vous détendre trop vite, de ne pas fermer les yeux trop vite… »*, et peut faciliter la coopération : *« Je ne sais pas si vous avez remarqué cette main qui devient plus légère… ».*

3.7.1.4. Les questions

Elles permettent une forme particulièrement intéressante de suggestion indirecte, en focalisant l'attention et la conscience de la personne, stimulant ses associations inconscientes et facilitant sa réceptivité.
La question n'amène pas forcément une réponse, mais permet de susciter un travail chez le sujet d'autant plus que la forme permissive accentue la centration sur la personne et l'activation de ses ressources intérieures, selon G. SALEM [(167)].
De plus les suggestions interrogatives introduisent de façon simple les truismes ou les "double liens", dont nous parlerons un peu plus loin, facilitant ainsi les séquences d'acceptation, comme par exemple : *« Pouvez-vous vous souvenir, comme il est agréable et relaxant de s'allonger au soleil chaud et de sentir la chaleur sur votre peau ? »*

3.7.1.5. La suggestion composée

Il s'agit d'énoncer et de relier plusieurs propositions, dont les premières sont des évidences et la dernière aléatoire est une suggestion. Cela amène l'esprit du patient à les associer comme étant toutes évidentes : *« Vous êtes maintenant dans mon bureau… confortablement installé dans ce fauteuil… et vous trouvez progressivement un soulagement à votre inconfort. »*
De plus, les suggestions sont plus efficaces lorsqu'elles sont reliées entre elles, se renforçant mutuellement.
L'on utilise en outre ce type de suggestion pour déclencher des comportements post-hypnotiques, c'est-à-dire des réactions inconscientes une fois la séance d'hypnose terminée : *« Pareillement, dès que vous vous sentez nerveuse demain, vous n'avez qu'à appuyer fort sur*

votre pouce et sentir la douleur puis vous apercevoir que les sensations nerveuses et désagréables disparaissent. »

3.7.1.6. La suggestion implicite

Elle est donc sous-entendue, et laisse le sujet construire inconsciemment mais à son rythme l'aspect hypnotique des implications psychologiques. Elle s'intègre généralement dans une directive globale divisée en trois partie. La première fixe le cadre temporel et centre le patient sur la suggestion à suivre, la seconde correspond à la suggestion implicite, et la troisième est une réponse comportementale indiquant que la suggestion a été suivie, ainsi que l'explique Y. HALFON en 2007 [(143)] :
« Dès que vous saurez… / qu'il n'y a ici que vous ou moi, ou seulement vous et ma voix…/ votre main droite va descendre en direction de votre cuisse… »

3.7.1.7. La suggestion post-hypnotique

Comme dit précédemment, il s'agit de la suggestion directe ou indirecte donnée au sujet alors qu'il expérimente le processus hypnotique, et à laquelle il répond inconsciemment après être sorti de la séance d'hypnose. Elle est censée être adressée à l'inconscient, et se manifeste ultérieurement parvenant alors à la conscience du sujet, mais généralement de façon incomplète. Une suggestion post-hypnotique peut se montrer efficace longtemps après qu'elle ait été donnée. Elle peut être associée à certains comportements : *« Lorsque vous serez réveillé dans un moment, comme l'on se réveille chaque matin, vous vous sentirez plein d'énergie, et l'inconscient pourra vous faire à nouveau bénéficier de ses ressources… »*

<u>3.7.2. Les truismes et la séquence d'acceptation</u>

3.7.2.1. Le truisme

C'est une observation de "bon sens" qui paraît être si évidente qu'elle semble incontournable. C'est une forme masquée d'argumentation irréfutable, utilisée pour amener l'acceptation de la suggestion qui suit, en se basant sur l'acceptation du truisme : *« Chaque personne est unique,* ***nous le savons tous****, c'est pourquoi vous pouvez éprouver l'hypnose profonde dans votre propre façon unique . »*

En effet il est important afin d'obtenir des réponses affirmatives de créer dans l'esprit du patient une disposition à l'acceptation.
Le truisme est beaucoup utilisé en hypnose pour créer une séquence d'acceptation, le "*yet set*" ericksonnien qui entraîne consciemment ou non des acquiescements, amenant plus facilement la réalisation d'une proposition faite par l'hypnothérapeute [(76)].

3.7.2.2. La séquence d'acceptation

Il est toujours très intéressant de commencer par une séquence d'acceptation autour d'évidences sensorielles pour induire l'état hypnotique. Les suggestions que l'on présente sous la forme de truismes créent une séquence d'acceptation : *« Vous êtes assis dans le fauteuil et vous entendez les différents bruits autour de vous, vous pouvez écouter ma voix et sentir l'air calme de la pièce, en effet chacun de nous a déjà fait l'expérience de marcher par une froide journée d'hiver avec l'air froid sur le visage, tandis que le reste du corps est bien protégé par les vêtements…, tout en prenant conscience de la position de votre corps… et vous pouvez entrer dans un état de plus grande détente en fermant les yeux, votre respiration se faisant plus calme et plus profonde. »*

3.8. La construction des suggestions

Comme nous l'avons déjà évoqué, il existe principalement deux modes de suggestions hypnotiques : les suggestions directes et les suggestions indirectes. Elles ne s'excluent pas mutuellement et sont même complémentaires dans le processus hypnotique.
Leur utilisation dépend de leur nature, du fonctionnement du patient, de sa réceptivité et de son désir de contrôler ou non la situation.

3.8.1. Les suggestions directes

Elles permettent d'atteindre un objectif bien défini rapidement, gèrent le problème ou la réponse spécifique désirée ouvertement et clairement. Elles sont souvent utilisées lors de l'induction ou vers la fin d'une séance, surtout lors d'une hypnose se voulant plus directive.
Elles peuvent toutefois engendrer certaines résistances, ne mobilisant que peu les ressources inconscientes du patient.

Voici par exemple : *« Installez-vous confortablement dans le fauteuil et quand vous êtes bien installé, fermez les yeux. »*

3.8.2. Les suggestions indirectes

Elles se rapportent à une réponse spécifique désirée, mais sont données de façon voilée ou détournée afin de contourner les croyances limitatives conscientes du sujet, selon G. SALEM [(167)]. Elles s'adressent plus à l'inconscient, et peuvent se présenter sous forme de contes, d'analogies, de métaphores, de jeux de mots. Elles permettent une approche plus permissive, et laissent une plus grande liberté de réponse au patient, qui peut ainsi choisir ce qu'il y a de plus utile pour lui parmi les propositions.
Par exemple le fait de rappeler l'apprentissage de l'écriture à l'école ouvre le champ de la possibilité, en plus d'activer les ressources et activités automatiques : *« Rappelez-vous, à l'école lorsque vous vous étiez sur cette chaise… devant ce bureau, et que vous écout**ez** le professeur parler, au début cela vous sembla terriblement difficile d'apprendre l'alphabet… toutes ces lettres… en majuscules, puis minuscules… ces formes…, puis un jour vous y arriv**ez**…, et les lettres se forment aujourd'hui sans difficulté, sans même avoir besoin d'y penser… car vous en êtes capable… »*

3.8.3. La confusion

Il s'agit d'une autre forme de suggestion destinée à dépotentialiser la conscience du sujet, à le sortir de ses cadres logiques habituels.
Le praticien dit ou fait quelque chose d'inhabituel, d'illogique ou d'incongru qui déroute le patient. Il existe de nombreuses manières possibles, et c'est, entre autres, un moyen particulièrement efficace pour provoquer l'amnésie de la séance d'hypnose : *« Vous n'aurez pas besoin d'oublier sans penser vous souvenir, ni de ne pas vous souvenir d'oublier ou non. »* L'on emploie ici la triple négation.

3.8.4. L'alternative illusoire ou le double lien

M. ERICKSON [(75)] propose cet outil linguistique afin de faciliter l'hypnose : il s'agit d'énoncer quelque chose de telle façon que la personne pense avoir le choix alors qu'en fait,

ce n'est pas vraiment le cas.
Cela permet de contourner un cadre de référence mental trop bien appris mais inadapté ou trop rigide l'empêchant d'utiliser ses aptitudes et de trouver une solution à son problème.
L'alternative illusoire renvoie au concept de double lien car elle offre au patient la possibilité de structurer une réponse dans une direction thérapeutique passant inaperçue pour l'esprit conscient.
Par exemple l'on peut dire à un patient douloureux : *« Vous pouvez être attentif, fixer votre attention sur la partie meurtrie de votre corps, ou fixer votre attention sur votre respiration… »*
Le patient garde le choix sur l'objet de son attention, mais la suggestion sous-jacente est celle de la fixation de l'attention et c'est ce qui compte vraiment dans l'induction hypnotique.

3.8.5. Le "comme si"

Le but est de construire un "monde du possible", de rompre avec la croyance limitative que rien ne peut changer et que le réel se répète indéfiniment.
Le fait de proposer une alternative à la réalité, l'invitation même à faire "semblant", permet de construire une réalité mentale différente et d'induire à son tour des modifications sur le plan intellectuel, émotionnel et physiologique comme le rapporte D. MICHAUX en 2007 [(143)].
En effet, qui n'a pas constaté, même à l'état de veille, entendant la suggestion : *« Imaginez que vous croquez un aliment que vous aimez, et appréciez-le dans votre bouche »* que la salivation se déclenche, alors qu'il est impossible de la provoquer volontairement ?
De même le fait de demander à un patient dépressif de prendre le temps d'imaginer ce qu'il va faire quand il ira mieux est bien plus thérapeutique que de lui demander de faire un effort pour aller mieux.

4) Comportements hypnotiques

Nous avons déjà évoqué les différences existantes entre l'état hypnotique et l'état de veille au niveau comportemental, notamment avec les expériences d'ORNE en 1959. Evoquons cependant les indices permettant d'évaluer l'état hypnotique d'une personne, au niveau des comportements spontanés puis suggérés.

4.1. Comportements spontanés

4.1.1. Indices corporels

Ces signes donnent une appréciation de l'état du sujet, sans pour autant être spécifiques ni pathognomoniques de l'état hypnotique.

Le sujet adopte en général une posture de repos, les yeux fermés et montre une diminution nette de sa réactivité aux stimuli extérieurs. Il est peu enclin à la parole et présente un état de détente corporelle, une relaxation de la musculature volontaire, une inhibition des mouvements volontaires, des mouvements automatiques, des contractions musculaires saccadées, une activation passagère des muscles lisses, une inhibition du réfexe de déglutition, une dysarthrie légère avec bradyphémie, une baisse de la tension artérielle, des modifications perceptuelles ou sensorielles, du schéma corporel.

4.1.2. Indices psychologiques

Nous avons aussi déjà parlé des études sur la neurophysiologie de l'hypnose, dont celle de H. CRAWFORD de 1995 [(55)] révélant des performances accrues au niveau de la mémoire visuelle et spatiale, l'imagerie et les tâches de mémoire figurative en hypnose.

Soulignons qu'il existe principalement, en hypnose, une baisse du niveau d'attention par rapport à la réalité extérieure, notamment au niveau de la conscience de la situation et du corps dans l'espace, et une diminution des activités de contrôle. D'où l'image souvent employée de "lâcher-prise".

Il existe de plus des modifications dans la perception de l'environnement, avec en général perception moindre des bruits parasites comparée à la voix du thérapeute, ainsi qu'un relâchement des associations d'idées.

La pensée se fait plus sur un mode analogique que digital, avec une interprétation littérale des mots c'est-à-dire que le sens concret est retenu en premier à défaut de l'abstraction ou de la négation.

La logique est particulière, différente, avec la possibilité d'accepter des incompatibilités logiques dans la perception, la sensation ou la cognition.

Il existe en outre une distorsion temporelle.

4.2. Comportements suggérés ou phénomènes hypnotiques

De nombreux phénomènes hypnotiques, désignant les expériences ou comportements issus des suggestions hypnotiques, peuvent être observés et il serait ardu d'en faire une liste exhaustive. Cependant nous pouvons les résumer ainsi :

4.2.1. Effets sensitivo-moteurs

Au niveau du système moteur volontaire il est possible d'induire des contractions musculaires variés ou bien d'inhiber le mouvement : paralysie, rigidité ou catalepsie.
Il est aussi possible de stimuler le système moteur involontaire : provoquer la salivation, la sécrétion d'enzymes digestives ou des réactions allergiques par exemple.
Au niveau sensitif, les suggestions hypnotiques peuvent entraîner une hyperesthésie, une hypoesthésie, une anesthésie ou perte de sensibilité, une analgésie ou disparition douloureuse, ou encore des hallucinations sensitives selon Y. HALFON en 2007 [(143)].

4.2.2. Effets mnésiques et idéationnels

L'amnésie est un phénomène hypnotique bien connu, pouvant concerner des événements passés ou le fait même d'être en transe. L'amnésie post-hypnotique, l'oubli de ce qui s'est passé durant la séance, est un marqueur de transe profonde.
Certains souvenirs oubliés peuvent revenir grâce à l'hypnose. En revanche, il faut être prudent dans ce domaine afin de ne pas provoquer la création de souvenirs erronés.
Il existe une distorsion temporelle en hypnose , et il est possible de créer une contraction ou une expansion du temps durant la séance.
La progression en âge, le fait de faire des projections dans le futur, ainsi que la régression en âge : retourner dans le passé sont des expériences hypnotiques assez courantes. Le sujet qui effectue une réelle régression en âge revit littéralement les événements comme s'il avait de nouveau l'âge en question, et, par exemple, va communiquer de la même façon qu'à cet âge.
Les différentes émotions comme la colère ou la joie peuvent être provoquées, et les processus symboliques comme les rêves induits, l'écriture automatique, l'aphasie ou l'agnosie existent aussi.

Les hallucinations provoquées peuvent être positives, c'est-à-dire une perception sensorielle sans objet à percevoir, ou négatives : la disparition d'une perception.
Contrairement aux mouvements actifs que l'on obtient dans 70 à 80% des cas, les hallucinations pendant ou après l'hypnose sont plus rares : 30 à 45% de réussite selon D. MICHAUX en 2007 [143].

4.3. Profondeur et mesure de l'hypnose

Les outils de mesure ont évolué avec le temps, distinguant en général les transes légères, moyennes et profondes, selon une hiérarchie supposée du niveau de difficulté des suggestions. La réalisation d'une suggestion rarement observée indique en général un niveau de transe hypnotique supposé élevé.
Il existe donc plusieurs outils de mesure, les plus fiables étant les échelles de Stanford mises au point vers la fin des années 1950 en Californie par WEITZENHOFFER et HILGARD [197].

Elles permettent de disposer d'un jeu d'outils de mesure se prêtant réellement à une utilisation psychométrique. Il s'agit de procédures d'induction hypnotique standardisées avec plusieurs suggestions de difficultés variables, permettant de déterminer la susceptibilité hypnotique des sujets. Ces échelles ont un fort niveau de cohérence et montrent une grande stabilité des mesures, ce qui en a fait la référence incontournable des études portant sur l'hypnose. L'échelle de Stanford forme A est présentée en Annexe III.

Inspiré de la description des niveaux de transe hypnotique de G. SALEM de 2007 [167] ainsi que de celle de DAVIS ET HUSBAND rapportée par Y. HALFON en 2007 [143], voici un tableau résumant certaines caractéristiques des niveaux de transe, en sachant qu'il n'est pas exhaustif et qu'il existe parfois de grandes différences interindividuelles.

Profondeur	Symptômes selon Davis et Husband / *selon Salem* *(italique)*
Réfractaire	
Hypnoïde	Relaxation Battement des paupières Fermeture des yeux Relaxation physique complète
Transe légère	Catalepsie oculaire Catalepsie des membres Catalepsie rigide Anesthésie (main gantée) *Légers mouvements, relaxation, battements des paupières* *Salivation augmentée* *Baisse de la fréquence respiratoire et mouvements respiratoires approfondis,* *Affaissement du menton et relaxation des muscles du visage, congestion des lèvres*
Transe moyenne	Anesthésie partielle Anesthésie post-hypnotique Changements de personnalité Simples suggestions post-hypnotiques Illusions kinesthésiques ; amnésie totale *Augmentation de la relaxation et de la sensation de calme intérieur* *Changements du rythme respiratoire et du tonus musculaire congruent au thème* *Poursuite des réajustements corporels adaptatifs* *Mouvements oculaires rapides et réponses concrètes aux suggestions*
Transe profonde	Capacité d'ouvrir les yeux sans modifier la transe Suggestions post-hypnotiques fantaisistes Somnambulisme complet Hallucinations visuelles positives post-hypnotiques Hallucinations auditives positives post-hypnotiques Amnésies post hypnotiques systématisées Hallucinations auditives négatives Hallucinations visuelles négatives, hyperesthésies *Etat somnambulique* *Lévitation possible des bras* *Activité physique ralentie* *Réponse ralentie aux suggestions et difficulté à parler sans stimulations extérieures*

Soulignons que le somnambulisme correspond à la conjonction d'une forte suggestibilité dans tous les domaines et d'un fort vécu hypnotique.

5) La fin de la séance

La fin de la séance est un moment important de toute procédure hypnotique.
Il est possible, avant de procéder au retour du sujet, de proposer des suggestions post-hypnotiques variées, à type d'amnésie ou d'insight, de bien-être prolongé, de transe ultérieure plus profonde, d'extension du progrès, etc. Il est possible d'associer le déclenchement de la réalisation de ces suggestions à un stimulus particulier : un mot, fermer le poing. Cela correspond à la création d'un "ancrage".
Le retour doit ensuite se faire graduellement, avec des suggestions de bien-être et de repos.
Il s'agit de procéder dans le sens inverse de l'induction faite et de réassocier l'esprit et le corps du patient. Il faut le ramener dans ses sensations corporelles, puis dans la pièce environnante et ce à son rythme, selon D. MICHAUX en 2007 [(143)].
Il se peut que le sujet revienne trop rapidement et ressente des lourdeurs dans les membres, des nausées, des céphalées ou encore ait l'impression de rester dissocié. Cela rentre dans l'ordre en ré-hypnotisant le patient et en le faisant revenir plus lentement à un état de conscience plus habituel, avec des suggestions de disparition de symptômes.

Nous avons donc terminé notre tour d'horizon rapide des techniques et processus hypnotiques, permettant une utilisation appropriée de l'hypnose, et ce, dans de nombreux domaines.
Il n'existe, en effet, quasiment aucune contre-indication à l'hypnose. Elle semble néanmoins devoir être évitée chez les patients psychotiques en décompensation et dans les troubles de la personnalité de type paranoïaque du fait pour les premiers du risque d'aggravation du syndrome dissociatif et pour les seconds, de difficulté de maintien de la relation thérapeutique hors de la sphère conflictuelle.
En revanche, sa pratique a été évaluée dans des domaines de la médecine très variés, comme le traitement de la douleur chez des patients cancéreux, douloureux chroniques ou encore aux urgences, chez les grands brûlés, en anesthésie chirurgicale ou odontologique, en obstétrique, dans le traitement de l'asthme ou du syndrome du colon irritable, les migraines, les acouphènes, etc.
Elle a aussi démontré son efficacité dans la réduction de l'anxiété associée à un certain nombre de procédures médicales ou chirurgicales, selon D. HAMMOND en 2010 [(106)].

En psychiatrie, son utilisation touche aussi un champ relativement vaste, d'autant que d'autres types de thérapie peuvent être associées à l'hypnose comme la thérapie cognitivo-comportementale, l'EMDR ou encore la psychanalyse ; notons les addictions, certains syndromes dépressifs, les troubles du comportement alimentaire, la plupart des troubles anxieux comme les troubles phobiques, les troubles obsessionnels compulsifs et particulièrement les troubles psychotraumatiques, que nous allons donc développer dans cette troisième partie.

PARTIE III – HYPNOSE ET PSYCHOTRAUMATISME

A/ PSYCHOTRAUMATISME ET ETAT DE STRESS AIGU

1) Le psychotraumatisme

1.1. Définitions

Le terme de catastrophe, issu des racines grecques anciennes *katá* signifiant "vers le bas" et *strophé* signifiant "tour", regroupe les événements destructeurs et soudains causant un grand nombre de victimes et provoquant une désorganisation sociale par altération des réseaux de transport ou communication par exemple. Ces événements génèrent chez les impliqués un sentiment de grande détresse associé à la perte de contrôle de son destin.

Le stress est la réaction à la fois physiologique et psychologique immédiate, d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace. Il s'agit d'une réaction réflexe mettant en œuvre un processus neurobiologique complexe, associant les axes catécholaminergiques et corticotropes, et permettant l'adaptation et la survie de l'individu.
Il s'accompagne d'une symptomatologie neurovégétative à type de tachycardie, sudation, tremblements…

Le trouble de l'adaptation est retenu selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition Text Revision* ou DSM-IV-TR devant une souffrance marquée et une altération durable du fonctionnement relationnel en lien avec un stress environnemental.
Il peut être associé à une symptomatologie thymique, anxieuse et/ou comportementale. Les symptômes surviennent dans les trois mois suivant l'exposition au facteur de stress, et ne durent pas plus de six mois après la disparition de ce facteur [(7)].
Selon la *Dixième Edition de la Classification Internationale des Maladies* ou CIM 10, les troubles de l'adaptation sont des états de détresse et de perturbation émotionnelle entravant le fonctionnement et les performances sociales, qui surviennent au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant.

Les délais d'apparition et de durée sont les mêmes que dans le DSM IV-TR, mais la CIM 10 insiste sur la prédisposition et la vulnérabilité individuelle, précisant cependant que le trouble ne serait pas advenu en l'absence du facteur de stress en question [150].

Le traumatisme psychique ou psychotraumatisme est selon le Psychiatre et Général Louis CROCQ en 1992 [58] le phénomène d'effraction psychique et de débordement des défenses causé par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie, ou pour l'intégrité physique ou psychique d'un individu, et qui y est exposé en tant que victime, témoin ou acteur. Cette expérience est ressentie dans l'effroi, l'horreur et l'absence de secours.
Issu du vocable chirurgical, il reprend l'idée de l'intrusion d'un corps étranger au sein de l'appareil psychique, provoquant des efforts d'assimilation ou d'expulsion.
L'on distingue **les traumatismes de type I**, événement unique lié à un agent stressant aigu non abusif ayant un début et une fin bien définis : incendie, agression, catastrophe naturelle, etc. ; et **les traumatismes de type II** liés à des événements répétés ou menaçant de se reproduire à tout instant. L'agent stressant est ici chronique et abusif : violence familiale, abus sexuels, faits de guerre …
Le Général CROCQ emploie le terme de "syndrome psychotraumatique", qui recouvre tout le panel des états pathologiques immédiats, post-immédiats et chroniques provoqués par un traumatisme psychique.
Il préfère en effet cette appellation à celle de "stress post-traumatique" du DSM qui met l'accent sur la dimension biophysiologique du trouble mais induit une certaine confusion entre stress et trauma. Effectivement, les psychiatres français restent très attachés à la dimension psychopathologique du traumatisme, et distinguent la clinique du psychotraumatisme de celle du stress. De plus le concept de stress issu de l'école anglo-saxonne entraîne une confusion sur les temporalités des phénomènes psychotraumatiques car il est associé à une réaction biologique aiguë et non durable contrairement aux perturbations durables liées au traumatisme.

1.2. Historique de la psychotraumatologie

Le domaine de la psychotraumatologie, encore méconnu il y a quelques décennies, a considérablement évolué au cours de l'Histoire, s'articulant principalement autour des guerres

et connaissant son plein essor lors des grands conflits armés du XXème siècle.

Cependant la clinique du psychotraumatisme est ancienne et apparaît bien avant sa terminologie moderne, ainsi plusieurs descriptions évocatrices remontent à l'Antiquité.

Citons par exemple le guerrier athénien Epizélos atteint de cécité hystérique émotionnelle en pleine bataille de Marathon, rapportée par Hérodote en 390 av. J.C. et cité par L. CROCQ en 2003 [(60)].

De même LUCRECE écrit en 40 av. J.C. dans *De Natura Rerum* : *« Les hommes dont l'esprit est occupé des grandes et violentes actions qu'ils ont accomplies, répètent et revivent leurs exploits dans leurs rêves, beaucoup affrontent la mort. »*

Au Moyen-Age, l'on retrouve d'autres descriptions dans la chanson de Roland de 1110 sur la bataille de Roncevaux par exemple, ou encore dans les Chroniques de Froissart sur la Guerre de Cent Ans en 1338.

Ambroise PARE, chirurgien des champs de bataille, recueille, quant à lui, les plaintes d'hallucinations et de cauchemars terrifiants du Roi Charles IX après le massacre de la Saint Barthélemy en 1572.

Au XVIIème siècle, PINEL rapporte la frayeur de Pascal lorsque son carrosse manqua de se renverser dans la Seine en 1654. Ce dernier ne dormait plus par la suite qu'avec un fauteuil sur la gauche de son lit, souffrant de cauchemars répétés avec crainte de sombrer dans un abîme…

Les événements de la Révolution et de l'Empire fournirent des cas de "névroses de la circulation et de la respiration consécutives aux émotions morales", préfigurant la névrose traumatique. Lors des guerres napoléoniennes, les chirurgiens comme DESGENETTES et PERCY dénomment "syndrome du vent du boulet" l'état stuporeux qui saisit les soldats épargnés de justesse par un boulet passé tout près d'eux, comme le note L. CROCQ en 2003 [(60)].

Ce sont, en effet, bien les chirurgiens qui s'intéressent les premiers aux conséquences des affrontements sur l'esprit humain, et les descriptions historiques s'inscrivent principalement dans un contexte militaire.

Suite à un accident de train en Grande-Bretagne au XIXème siècle, le chirurgien ERICHSEN situe l'origine organique de ces troubles dans la moelle épinière lésée par le choc, hypothèse revue par les américains PUTNAM et WALTON resituant la lésion au niveau cérébral en 1883, et proposant le terme de "*railway brain*" : cerveau de la voie ferrée.

En 1875, ERICHSEN propose un modèle de panne neurologique provoquée par des facteurs psychologiques, le bouleversement émotionnel lié à la violence du choc et le vécu d'impuissance engendrant les dysfonctionnements organiques.
Le neurologue allemand OPPENHEIM entérine en 1888 l'hypothèse d'une psychopathologie traumatique en incriminant la commotion émotionnelle provoquée par l'accident. Il explique l'absence de corrélation entre la violence du choc physique et l'intensité des symptômes, et décrit les différents composantes du trouble désormais nommé "névrose traumatique".
Si CHARCOT pense que le psychotraumatisme n'entraîne des symptômes conversifs que chez les sujets prédisposés à l'hystérie, la névrose traumatique devient à sa mort en 1893 une entité clinique autonome pour la communauté internationale.
P. JANET travaille sur le concept de dissociation et d'automatisme psychologique [(115)] à l'origine selon lui des intrusion répétées *«d'idées fixes sub-conscientes »* dans la conscience du sujet.
Ce dernier est selon lui atteint d'une perturbation mnésique à l'origine *« d'une incapacité à évoquer consciemment et volontairement ses souvenirs, tandis qu'il souffre d'une reproduction automatique, irrésistible et inopportune de ces mêmes souvenirs que la conscience générale ne gouverne plus, et qui se développent indépendamment d'une manière excessive ».*

La Première Guerre Mondiale est la cause d'une exposition d'une grande partie de la population aux événements traumatiques, et de nombreux termes sont employés pour désigner le psychotraumatisme : la "névrose de guerre" de MOTT en 1918, le "choc des tranchées" de SOUTHARD en 1919, le "*shell shock*" de MYERS ou encore le "syndrome du vent de l'explosif" de MEIGE en 1915.
Le français G. MILIAN distingue en 1915 [(144)] une symptomatologie aiguë, dite "hypnose des batailles", des soldats hébétés qui souffrent de distorsion temporelle et d'hallucinations variées de l'assaut, ainsi qu'une symptomatologie chronique nommée "l'hystérie de guerre", potentiellement responsable d'une modification durable de la personnalité du patient par la suite.
La psychiatrie militaire reste toutefois divisée entre les tenants d'une origine neuro-organique du trouble, par un mécanisme de compression-décompression lié aux explosions et responsable de lésions neurologiques, et les tenants d'une origine psychopathologique par choc émotionnel.

Il est intéressant de noter que le syndrome post-commotionnel est une entité clinique actuelle comprenant des symptômes somatiques, cognitifs et affectifs, décrite chez les traumatisés crâniens.

Malgré la déconsidération et le déclin héroïque liés à la reconnaissance d'une origine émotionnelle et psychique au trouble, celle-ci prend de plus en plus de place notamment du fait de l'association de troubles anxio-dépressifs et conversifs associés.

S. FREUD développe quant à lui en 1919 [(91)], au regard des intrusions mnésiques répétitives subies par les victimes, une théorie de compulsion de répétition associée à une pulsion de mort, Némésis de la pulsion de vie. Il décrit la menace vitale, la surprise et l'effroi vécus par le traumatisé et métaphorise l'action du traumatisme comme une effraction de la barrière pare-excitation psychique, avec perturbation de l'économie psychique par le traumatisme, y demeurant comme un corps étranger ne pouvant être assimilé ou évacué.

A l'inverse de CHARCOT, FREUD voit l'hystérie comme consécutive à un traumatisme, lui-même venant faire écho à un traumatisme antérieur, infantile, responsable de la structure névrotique hystérique du sujet. Ce traumatisme premier peut appartenir au monde réel, comme un abus sexuel, ou au monde intra-psychique, au sein des rapports fantasmatiques aux relations parentales.

Les partisans de la psychanalyse suivront son évolution théorique.

Sur le plan thérapeutique, FREUD prône la catharsis, c'est-à-dire l'épuration en faisant revivre l'événement assorti de toute sa charge d'affects.

Au-delà du repos et de toute la gamme de sédatifs de l'époque, la narco-analyse sous éther ou chloral, l'hypnose et la psychothérapie appuyée de persuasion sont pratiquées.

Certains comme K. ABRAHAM tentent une sorte de psychanalyse simplifiée, tandis que d'autres tel C. VINCENT sont plus agressifs avec notamment le "torpillage faradique" qui est un conditionnement aversif par excitation électrique douloureuse.

En revanche, les abréactions cathartiques sous hypnose ou narcose de A. PROCTOR et M. CHIADINI font preuve d'efficacité, et K. ABRAHAM ou encore S. SIMMEL en établiront des applications en psychanalyse [(57)].

La Seconde Guerre Mondiale permet toutefois de reconsidérer l'importance du traumatisme en lui-même, et le psychotraumatisme devient de nouveau perçu comme la conséquence normale d'une confrontation à une violence intense ou à une situation extraordinaire.

Les termes de “syndrome d’épuisement“, ou encore de “syndrome des déportés“ voient le jour.

Aboutissement de cette compréhension, la première édition américaine du DSM intègre en 1952 le diagnostic de *« Gross Stress Reaction »*, réaction à un stress important.

C’est principalement avec la guerre du Vietnam dans la seconde moitié du XXème siècle, et l’étude d’une vaste population de soldats américains rentrés du front avec des conséquences psychiques, qu’une synthèse des nombreuses propositions diagnostiques est effectuée à travers la création du *« Post-Traumatic Stress Disorder »* ou état de stress post-traumatique, PTSD étant l’acronyme anglo-saxon.

Le psychotraumatisme réintègre ensuite le champ de la psychiatrie civile, principalement dans les années 1970 du fait des rapprochements effectués entre les symptômes des vétérans de guerre et ceux des personnes violées, à la suite des groupes de pression féministes militant pour la reconnaissance des conséquences psychologiques des violences sur femmes et enfants. Ce syndrome se retrouve donc aussi dans la population civile, non-exposée à des faits de guerre.

En effet le Docteur C. NAVARRE rappelle dans son livre de 2007 [(147)] que les destructions matérielles, les catastrophes civiles de grande ampleur engendrent *« une désorganisation sociale et une altération des réseaux fonctionnels tels que les réseaux production-distribution-consommation d’énergie, de nourriture, d’eau potable et non potable, de soins médicaux, de circulation des biens et des personnes, de communication-information, d’éducation, de maintien de l’ordre, de gestion des cadavres ».*

Les attentats des tours jumelles du World Trade Center à Manhattan le 11 Septembre 2001, qui ont causé la mort de près de 3000 personnes et fait près de 6300 blessés, sont un exemple de catastrophe humaine majeure.

Le diagnostic de *« acute stress disorder »*, état de stress aigu ou ESA fait son apparition dans la 4ème édition du DSM, en 1994. Il désigne le trouble post-immédiat de durée limitée pouvant précéder le PTSD.

L’Organisation Mondiale de la Santé fait apparaître à son tour le diagnostic de PTSD dans sa 10ème édition de la CIM, en 1992. Elle lui ajoute le diagnostic de modification durable de la personnalité.

La psychotraumatologie se développe et une recherche importante lui est désormais consacrée, explorant en particulier la temporalité des troubles, les différentes formes

cliniques, les mécanismes neuro-physiologiques et les prises en charge thérapeutiques.
En France, ayant constaté l'état de choc émotionnel des blessés hospitalisés à la Salpêtrière suite à l'attentat meurtrier à la bombe en 1995, à la station de RER Saint-Michel, le Président J. Chirac demande au Ministre de la Santé de créer un dispositif adéquat pour prendre en charge la souffrance psychique, au même titre que la souffrance physique chez les personnes victimes de catastrophes.
C'est donc sous la direction du Général Louis CROCQ, en tant que Médecin Général et Psychiatre des armées expérimenté en psychiatrie de guerre, qu'un réseau national d'intervention psychiatrique d'urgence est constitué afin de prendre en charge dans le civil les victimes d'attentats et de catastrophes.
Il s'agit du Réseau National des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique ou CUMP, cellules appelées à se déployer en France mais aussi Outre-Mer, lors de catastrophes ou d'accidents collectifs graves, en collaboration avec le SAMU.
Leurs interventions sont déjà nombreuses. Citons, par exemple, l'intervention suite à l'explosion de l'usine AZF de Toulouse en 2001, lors des conflits en Côte d'Ivoire en 2004, en Haïti suite au séisme de janvier 2010…

1.3. Déclinaison des troubles

Suite à un traumatisme ou une catastrophe, les réactions psychiques se déclinent selon un critère de temporalité :

1.3.1. La réaction immédiate

Lors de la confrontation à un événement potentiellement traumatique, un individu peut présenter dans les minutes qui suivent et jusqu'à 24 heures :

- un état de stress adapté : adaptation à une situation inhabituelle comprenant un état d'alerte face au danger dans les sphères cognitives, affectives, volitionnelles et comportementales. C'est une réaction focalisatrice d'attention, mobilisatrice d'énergie et incitatrice à l'action, coûteuse en énergie et accompagnée de nombreux symptômes neuro-végétatifs. Il peut conduire à l'épuisement physique et psychique.

➢ <u>un état de stress dépassé</u> : réaction inadaptée du fait d'un débordement des mécanismes de défense psychique, pouvant se présenter sous quatre formes distinctes :

. la sidération : état de stupéfaction cognitive, de stupeur affective et de sidération motrice. La pensée est court-circuitée, la volonté et les affects inexistants.

. l'agitation : état d'excitation psychique et comportementale, l'action étant désorganisée et stérile.

. la fuite panique : plus ou moins adaptée, en général désordonnée, pouvant soustraire le sujet au danger ou au contraire l'y précipiter. Elle peut être solitaire ou collective, contagieuse au groupe.

. l'action automatique : exécution de séquences de gestes répétés et imitateurs d'apparence normale, mais échappant à la conscience du sujet et pouvant donner lieu à une amnésie.

➢ <u>des réactions névrotiques</u> : réaction anxieuse avec appréhension exagérée ou attaque de panique, réaction pseudophobique déclenchée par un stimulus rappelant la catastrophe mais plus souvent retrouvée après le stress immédiat, réaction expresso-émotive avec cris, agitation, états seconds plus fréquents chez les personnalités hystériques [(147)].

➢ <u>des réactions psychotiques</u> : réaction confusionnelle avec obnubilation et désorientation spatio-temporelle, réaction délirante avec bouffée délirante polymorphe ou décompensation d'un délire chronique mais plus souvent après un intervalle libre de quelques jours, réaction mélancoliforme ou maniaque. Elles sont plus rares.

La CIM-10 désigne les troubles de cette période immédiate sous le diagnostic de "réaction aiguë à un facteur de stress".

Tous les sujets impliqués dans une catastrophe font l'objet d'une réaction de stress. On admet que 15% des individus présentent une réaction de stress parfaitement maîtrisée, et que 15% ont une réaction de stress dépassé voire névrotique ou psychotique. Les 70% restants auraient une réaction apparemment normale et adaptée, mais précaire et à la merci du moindre facteur panique [(147)].

<u>1.3.2. La réaction post-immédiate</u>

Elle s'étend du 2ème au 30ème jour maximum. Elle peut comprendre :

- le retour à la normale : les désordres émotionnels liés au stress aigu disparaissent en principe sans suite ni séquelles, même lors d'une réaction initiale de stress dépassé.

Quelques crises d'angoisse demeurent possibles dans les jours qui suivent, mais la quiétude habituelle est vite retrouvée, sans envahissement par des souvenirs liés à l'événement.

- la phase de latence d'un syndrome psychotraumatique : il n'y a pas, dans ce cas, de symptômes évidents, mais une difficulté à recouvrer son cadre de vie antérieur. Il existe une obnubilation par le souvenir de la catastrophe, un sentiment de torpeur et de détachement, une analgésie émotionnelle et une distance sociale inhabituelle.

Cela peut aller jusqu'à un vécu de déréalisation ou de dépersonnalisation.

Des troubles mnésiques, une anxiété importante voire des crises d'angoisse, des symptômes dépressifs et des reviviscences peuvent également persister.

Une forme clinique paradoxale existe avec une dispersion et une exubérance euphorique témoignant d'un état euphorique-agité, proche d'un état hypomane.

- l'Etat de Stress Aigu ou ESA : il s'agit d'un diagnostic du DSM-IV, trouble survenant dans les 4 semaines suivant le traumatisme et d'une durée maximum également de 4 semaines, et que nous décrirons en seconde partie.

1.3.3. Les troubles chronicisés

Les séquelles chroniques sont situées 30 jours après le traumatisme, sont d'une durée de plus d'un mois, et sont essentiellement constituées de :

- l'état de stress post-traumatique ou PTSD : terme du DSM depuis 1980, adopté par la CIM-10 en 1992, correspondant au diagnostic français de syndrome psychotraumatique différé et durable ; le vocable de PTSD est actuellement admis par la communauté scientifique internationale.

Notons toutefois que l'éclosion d'un PTSD peut avoir lieu au 15ème jour suivant le traumatisme par exemple, diminuant ainsi la durée de la période post-immédiate.

Le risque de développer un PTSD est plus élevé chez des personnes ayant présenté un état de stress dépassé ou un état de stress aigu mais il apparait aussi chez certains n'ayant montré aucun trouble manifeste au préalable. Nous le détaillerons en partie B.

- <u>modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe</u> : expression recouvrant le diagnostic ajouté en 1992 par les auteurs de la CIM-10 [150], correspondant à l'évolution possible du PTSD mais pouvant aussi bien, selon les auteurs, survenir en l'absence de phase préliminaire d'état de stress post-traumatique manifeste.

Le facteur de stress doit être d'une intensité telle que la vulnérabilité psychologique individuelle ne rentre pas en ligne de compte : torture, camp de concentration, assauts terroristes répétés…

Les modifications sont permanentes, caractérisées par une certaine rigidité et un déficit des capacités adaptatives. Elles doivent persister depuis au moins deux ans et altérer le fonctionnement social, interpersonnel et professionnel.

Elles se manifestent, comme le souligne le Dr C. NAVARRE en 2007 [147], par un triple blocage des fonctions du moi : fonction de filtration de l'environnement, de présence dans le monde et de relation à autrui.

Le blocage de la fonction de filtration se traduit par l'incapacité de distinguer dans l'environnement les stimuli dangereux des stimuli anodins d'où l'état d'alerte et la méfiance permanents, l'évitement des stimuli pathogènes, les sursauts au bruit, la résistance à l'endormissement –car il faut relâcher sa vigilance, et les réveils nocturnes fréquents.

Le blocage de la fonction de présence se manifeste par la perte d'intérêt pour les activités antérieurement motivantes, l'éloignement et l'attitude hostile vis-à-vis du monde, l'aboulie, l'impression d'avenir péjoratif et de perte d'espoir .

Le blocage de la fonction de relation à autrui se manifeste par une analgésie affective et un retrait social, le sentiment de ne pas être aimé ou compris, une irritabilité et une dérive sinistrosique [147].

Ces modifications peuvent donner au sujet l'impression d'un changement profond d'identité.

2) L'Etat de Stress Aigu

Acute Stress Disorder en anglais, il s'agit donc d'un diagnostic du DSM-IV désignant un ensemble de symptômes pouvant survenir dans la période post-immédiate, à partir de la 2ème journée c'est-à-dire 24h après le traumatisme, jusqu'au 30ème jour maximum.

La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines, mais peut être moins longue.

Les taux rapportés fluctuent de 13% pour les survivants d'accidents de la voie publique, 33% pour les témoins d'une fusillade ou encore 19% parmi les victimes de crimes violents selon C. BREWIN *et al.* en 1999 [31].

Il comprend 8 catégories de critères selon le DSM-IV-TR [7] :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1- le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
2- la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

N.B. : Chez les enfants un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois, ou plus, des symptômes dissociatifs suivants :

1- un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle,
2- une réduction de la conscience de son environnement, par exemple "être dans le brouillard",
3- une impression de déréalisation,
4- une dépersonnalisation,
5- une amnésie dissociative, par exemple l'incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une ou de plusieurs des façons suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.

D. Evitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme, par exemple pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens.

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative, par exemple difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice.

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser les ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance, par exemple une substance donnant lieu à abus ou un médicament, ou à une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou II.

Une corrélation entre le diagnostic d'état de stress aigu et la constitution d'un PTSD est observée par plusieurs auteurs comme C. BREWIN en 1999 [(31)]. Il y aurait environ 80% des sujets présentant un état de stress aigu qui développerait un PTSD.
La prise en charge consiste à réduire la réponse émotionnelle et à apporter une aide grâce à des stratégies de "*coping*" plus efficaces, c'est-à-dire des stratégies de résolution des problèmes comme l'appel à l'aide d'un tiers et des stratégies de réduction des émotions.
Le "*Critical incident stress debriefing*" ou CISD, "bilan psychologique d'événement" en français, est une autre option souvent utilisée mais dont l'efficacité reste discutée : il s'agit d'une intervention individuelle ou de groupe de la période post-immédiate visant la verbalisation libre de l'expérience vécue au plan cognitif et émotionnel.
La thérapie cognitivo-comportementale ou encore l'EMDR peuvent être utiles pour prévenir la constitution d'un PTSD, et, d'un point de vue pharmacologique, un anxiolytique type

benzodiazépine peut être prescrit avec précaution en cas d'anxiété invalidante, ou un hypnotique en cas d'insomnie. Les études récentes semblent de plus prometteuses quant à l'utilisation du bêta-bloquant Propranolol dans la prévention du PTSD, donc en période post-immédiate.

B/ ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

1) Généralités

1.1. Epidémiologie

La prévalence d'exposition à un événement traumatique sur la vie entière dans la population générale varie selon les études de 40 à 90% selon N. BRESLAU [29], notamment selon des paramètres tel que l'âge, le genre, le type d'événement ou encore de définitions utilisées.
La prévalence du PTSD dans une population de personnes exposées à un traumatisme est de l'ordre de 25 à 35% selon P. BRILLON en 2007 [33], mais varie cependant selon les études et le type de catastrophe étudiée : de 3% pour certaines catastrophes naturelles jusqu'à 85% dans les suites de viols. T. LEMPERIERE en 2006 explique qu'il s'agit en effet de l'événement le plus traumatogène dans les enquêtes en population générale [134]. Notons que les femmes ont environ 9 fois plus de risque que les hommes d'être victimes de violences sexuelles.

La prévalence du PTSD sur la vie entière est estimée entre 7 et 10%. Elle est plus élevée chez les femmes aux alentours de 13 à 18% dans plusieurs études dont celle de N. BRESLAU *et al.* en 1998 [29]. En effet, celles-ci ont 4 fois plus de risque que les hommes de développer un PTSD pour un même traumatisme.
La plupart de ces études sont américaines, toutefois les chiffres retrouvés en Europe sont plus faibles avec, par exemple, l'enquête européenne ESEMeD d'ALONSO *et al.* en 2004 [5] qui situe la prévalence sur la vie dans la population française à 3,9% , avec un taux quasi double chez les femmes.
Cette différence de prévalence entre les USA et l'Europe peut s'expliquer via les divergences sur la définition du critère A1 du DSM-IV. En effet, les américains élargissent la définition à

toute personne ayant éprouvé –"*experienced* ", un sentiment traumatique sans obligation de confrontation –"*confronted* ", à la scène traumatique, comme en Europe. Ainsi l'événement traumatique le plus fréquemment cité aux Etats-Unis est l'annonce d'un décès selon P. BRILLON en 2007 [33].
La nouvelle et cinquième version du DSM devrait permettre de faire évoluer ces critères diagnostiques afin d'homogénéiser la recherche internationale.

1.2. Vulnérabilité et facteurs de risque

Les différences d'incidence du PTSD chez les sujets exposés à un événement traumatique indiquent qu'une certaine forme de vulnérabilité ou certains facteurs de risque influent sur le développement du syndrome. Nous pouvons les classer selon une certaine chronologie :

1.2.1. Facteurs pré-traumatiques

Les facteurs individuels de vulnérabilité sont le sexe féminin avec un risque de PTSD multiplié par deux à exposition égale, l'âge avec une plus grande vulnérabilité des enfants et personnes âgées, le bas niveau socio-économique, les antécédents de trouble anxieux et/ou dépressifs, les expériences traumatiques antérieures y compris les sévices physiques ou sexuels dans l'enfance, certains troubles de personnalité de type anxieux ou état limite, un style de *coping* privilégiant l'autocritique et l'évitement selon T. LEMPERIERE en 2006 [134].
Les études de jumeaux suggèrent par ailleurs qu'il existe une prédisposition génétique.
W. TRUE *et al.* en 1993 [191] ont étudié 4000 paires de jumeaux monozygotes et dizygotes ayant servi dans l'armée américaine durant la guerre du Vietnam, et retrouvé une participation de variations génétiques pour au moins un tiers dans les variations de susceptibilité de développer un PTSD.

1.2.2. Facteurs péri-traumatiques

Il s'agit des facteurs intervenant au moment ou dans les suites proches du traumatisme.
Comme nous l'avons déjà évoqué, le développement d'un PTSD tient en partie aux particularités de l'événement traumatique : caractère imprévisible ou incontrôlable, son type

avec un potentiel traumatogène plus élevé des agressions criminelles, terroristes et sexuelles, l'impact physique, ainsi que les pertes humaines ou matérielles associés.
Au niveau neurobiologique, un climat d'hyperadrénergie péri-traumatique facilite la consolidation mnésique et donc la constitution des troubles post-traumatiques selon F. DUCROCQ en 2005 [66].
R. CORONAS en 2010 [52] étudie la fréquence cardiaque comme facteur prédictif d'un PTSD, et retrouve un seuil cut-off de fréquence à 84 battements/minute, avec une sensibilité à 62,5% et une spécificité de 75%. Seule la fréquence mesurée dans l'ambulance au décours du traumatisme est significative et prédictive de l'apparition d'un PTSD à 4 mois.
Certaines modifications du fonctionnement corticotrope sont aussi impliquées. Le niveau de cortisol mesuré juste après un accident de la route est plus faible chez les sujets développant par la suite un PTSD, alors qu'il est habituellement augmenté dans la réponse habituelle au stress, comme le rapporte R. YEHUDA en 1998 [201].

Quant aux facteurs psychologiques, les études montrent que la présence d'une dissociation péri-traumatique multiplie globalement par 3 le risque de survenue d'un PTSD, comme celle de P. BIRMES en 2003 [19]. Il s'agit de la diminution de la prise de conscience de l'environnement, la dépersonnalisation, la déréalisation et l'amnésie dissociative, différente donc de l'amnésie consécutive au traumatisme crânien. Les éléments dissociatifs constituent le facteur de risque le plus important pour la survenue d'un PTSD. D'où l'importance de les repérer, mais nous y reviendrons toutefois un peu plus loin.
La détresse péri-traumatique est aussi considérée comme prédictive de l'apparition du PTSD. Elle inclut les réactions de peur ou d'impuissance, d'horreur apparaissant pendant ou immédiatement après l'exposition traumatique. Selon les études, le coefficient de corrélation entre la détresse péritraumatique et les symptômes de PTSD varie de 0,34 à 0,67. Citons celle de M. BOUDOU *et al.* en 2007 [23].
Nous avons déjà évoqué l'Etat de Stress Aigu, dont le diagnostic signe l'apparition d'un PTSD dans environ 80% des cas [31]. Ceci étant, 60% des sujets n'ayant pas d'Etat de Stress Aigu développeront tout de même un PTSD.

1.2.3. Facteurs post-traumatiques

Les situations de vie stressantes et négatives survenant à la suite de l'épisode traumatique,

comme le décès d'un proche ou un épisode dépressif, peuvent exacerber la détresse vécue par la personne traumatisée et influencer le développement des symptômes de PTSD, selon M. CLAIR en 2006 [51].

Les stratégies cognitives de gestion du stress, les différences dans l'évaluation du traumatisme initial et de ses effets ainsi que dans l'évaluation des symptômes précoces ont, en outre, un rôle dans le maintien des différents symptômes du PTSD.

Elles sont analysées notamment par E. DUNMORE en 2001 [67].

Enfin, notons que le contexte social et familial, l'attitude globale de la société ou des médias, et les considérations médico-légal dont l'indemnisation interfèrent aussi dans une certaine mesure avec l'évolution possible des troubles psychotraumatiques.

1.3. Mesure et évaluation

Différentes échelles d'évaluation de la symptomatologie psychotraumatique ont été élaborées par différents auteurs. Les plus reconnues sont :

- La Clinical Administered PTSD Scale ou CAPS de D. BLAKE *et al.*, 1995 [21] : échelle d'hétéroévaluation construite sur les critères du DSM-IV. Elle mesure la fréquence et l'intensité de chaque symptôme de manière standardisée sur le mois précédent.

Ses qualités psychométriques ont été largement explorées. C'est l'instrument de référence pour la recherche et l'expertise en matière de diagnostic du PTSD.

- La Posttraumatic Check List Scale ou PCL-S, validée en français par V. VENTUREYRA *et al.* en 2002 [194] : échelle d'autoévaluation de la sévérité du stress post-traumatique sur le dernier mois pouvant aussi être divisée en 3 sous-échelles correspondant aux dimensions de répétition, d'évitement et d'hyperactivité neurovégétative. Il existe un seuil qui permet de poser le diagnostic de PTSD, fixé le plus souvent à 44 sur 85. Elle est présentée en Annexe I.

- L'Echelle d'Impact de l'Evénement Révisée ou IES-R d'HOROWITZ, révisée en 1997 par D. WEISS et C. MARMAR [196] : échelle d'autoévaluation validée en français, de bonne qualité psychométrique. Elle explore la sévérité de 3 groupes de symptômes que sont les intrusions, l'évitement et l'hyperactivité neurovégétative, sur les 7 derniers jours. Elle ne permet pas de poser un diagnostic mais peut être utilisée aussi bien pour la symptomatologie

du PTSD que pour celle de l'Etat de Stress Aigu. Elle figure en Annexe II.

Il existe d'autres types d'échelles moins utilisées, et parmi celles non-spécifiques du psychotraumatisme, citons le module PTSD de la *Structured Clinical Interview for DSM ou SCID* élaboré par M. FIRST *et al.* en 1996 [87], puis le module L du *Mini International Neuropsychiatric Interview ou MINI* avec la version française de Y. LECRUBIER *et al.* en 1997 [133].

2) Clinique et évolution du PTSD

Le diagnostic d'Etat de Stress Post-Traumatique comprend selon le DSM-IV-TR six catégories de critères [7] :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents:

1- le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

2- la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

N.B.: Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une ou de plusieurs des façons suivantes:

1- souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.

N.B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2- rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3- impression ou agissements soudains “comme si“ l’événement traumatique allait se reproduire, incluant le sentiment de revivre l’événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d’une intoxication.

N.B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

4- sentiment intense de détresse psychique lors de l’exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l’événement traumatique en cause.

5- réactivité physiologique lors de l’exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l’événement traumatique en cause.

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale, ne préexistant pas au traumatisme, comme en témoigne la présence <u>d’au moins trois des manifestations suivantes</u> :

1- efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
2- efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
3- incapacité de se rappeler d’un aspect important du traumatisme.
4- réduction nette de l’intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
5- sentiment de détachement d’autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
6- restriction des affects, par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres.
7- sentiment d’avenir “bouché“, de ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, avoir un cours normal de la vie.

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative, ne préexistant pas au traumatisme, comme en témoignent <u>deux des manifestations suivantes</u>:

1- difficulté d’endormissement ou sommeil interrompu.
2- irritabilité ou accès de colère.
3- difficulté de concentration.

4- hypervigilance.
5- réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation –symptômes des critères B, C et D, dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Il existe l'Etat de Stress Post-Traumatique : - **Aigu** : si la durée des symptômes est de moins de trois mois,
- **Chronique** : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

De plus, la survenue du PTSD peut être **différée** : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.
N'oublions pas toutefois qu'il peut tout aussi bien survenir dans la période post-immédiate, au 8ème jour par exemple, la période de latence asymptomatique ou paucisymptomatique étant de durée variable.

Nous retrouvons donc bien les 3 dimensions du PTSD avec les symptômes d'intrusion ou de reviviscence correspondant au **B**., d'évitement et d'émoussement dans la partie **C**., et les symptômes neurovégétatifs dans le **D**.
La description clinique de la CIM-10 est sensiblement la même que celle du DSM-IV-TR.

En outre, n'oublions pas tout le cortège des troubles comorbides associés comme les syndromes dépressifs et tentatives de suicide, les conduites addictives, et différents troubles du spectre anxieux, retrouvés dans 33 à 80% des cas selon certains auteurs comme N. BRESLAU en 2002 [(29)].

En ce qui concerne l'évolution, il existe des PTSD transitoires de quelques mois, ou plus durables sur plusieurs années voire définitifs.
Selon la CIM-10 l'évolution se fait vers la guérison dans la plupart des cas mais peut aussi être chronique sur plusieurs années, voire donner lieu à une modification durable de la personnalité.

Il existe aussi des évolutions avec rémission partielle des symptômes, relancés notamment lors de stimuli évocateurs comme les dates anniversaires, mais notons qu'environ 30% des cas guérissent en moins de trois mois et 50% en moins d'un an.
Dans un quart des cas, le PTSD persiste au-delà de cinq ans. T. LEMPERIERE [134] rapporte une durée d'évolution en moyenne plus longue chez la femme que chez l'homme, l'absence de troubles antérieurs, de séquelles physiques associées et de comorbidité étant un élément de pronostic favorable.
Dans la National Comorbidity Study de 1995 de R. KESSLER [121], la durée médiane d'évolution du PTSD dans le cas des traumatismes les plus traumatogènes est de 3 ans avec traitement et de 5 ans sans traitement, sans toutefois tenir compte des éventuels traumatismes multiples.

3) Pathogénie

3.1. Aspects théoriques

3.1.1. Approche psychanalytique

3.1.1.1. Conception du traumatisme psychologique de Janet

Pierre JANET aborde pour la première fois en 1889, le traumatisme psychologique dans sa thèse *l'Automatisme psychologique* [115]. Sa conception sera, par la suite, reprise par FREUD.
Nous avons déjà évoqué les grandes instances de la psychologie janétienne ainsi que le mécanisme pathologique essentiel de la désagrégation psychique consécutive à un défaut de synthèse intégrative par rétrécissement du champ de la conscience. Selon JANET, les phénomènes pouvant venir perturber cette synthèse du Moi sont multiples : sociaux, héréditaires ou encore psychologiques comme les traumatismes.
Il décrit le traumatisme psychologique comme secondaire à des excitations dues à un événement violent, faisant effraction dans le psychisme et y demeurant par la suite tel un "corps étranger". Celui-ci provoque une dissociation de la conscience : la souvenance brute de sensations, d'images liées à l'événement, dénommée "idée fixe" par JANET.
Elle se loge dans le préconscient tel un parasite ignoré du conscient. Elle existe dans "une seconde pensée séparée de la première". Ceci est à l'origine de manifestations psychiques ou psychomotrices telles que des hallucinations, cauchemars, sursauts, actes automatiques.

L'idée fixe est toutefois autant dissociée que dissociante. En effet les tentatives d'assimilation itératives sont responsables d'un épuisement psychique, lui-même à l'origine d'une baisse de capacité de synthèse de la conscience et donc une dissociation supplémentaire avec son cortège de symptômes.

Le concept d'idée fixe est donc lié à celui de dissociation de la conscience, hypothèse pathogénique proposée par JANET pour l'hystérie.

L'idée fixe, isolée et autonome, suscite des représentations mentales, des éprouvés et des activités élémentaires automatiques alors que le reste de la conscience continue de gérer des pensées, des sentiments et des activités de façon harmonieuse et adaptée au monde extérieur.

Il met également en évidence le temps de "méditation ou d'incubation", correspondant au temps de latence avant l'apparition des symptômes.

Enfin JANET précise qu'il existe des fragilités individuelles, un psychisme affaibli rencontrant déjà des difficultés à maintenir une efficiente synthèse du Moi.

3.1.1.2. Conception freudienne

Celle-ci évolua au fil du temps. FREUD considère initialement la névrose traumatique comme une forme d'hystérie, reprenant les hypothèses janétiennes de corps étranger et de dissociation, et remplaçant le concept d'idée fixe par le terme de "réminiscence".

Puis vint la phase de "la théorie sexuelle" où le traumatisme actuel vient faire écho à un traumatisme plus ancien, une agression sexuelle de l'enfance, jusqu'alors refoulé mais dont le réveil provoque l'apparition des symptômes.

S. FREUD définit le traumatisme en 1926 [(90)] comme *« une expérience d'absence de secours dans les parties du Moi qui doivent faire face à une accumulation d'excitation, qu'elle soit d'origine externe ou interne, et qu'il ne peut maîtriser. »*

Les névroses traumatiques sont, pour lui, des névroses narcissiques, avec repli de la pulsion de vie ou "libido" sur le Moi plutôt que vers le monde extérieur, les excitations véhiculées par le traumatisme étant des excitations libidinales. Ainsi le danger vient de l'extérieur dans les névroses de guerre, contrairement aux névroses de transfert où il est interne.

Lors de l'événement traumatique la barrière psychique du sujet, non préparée, est franchie et le traumatisme demeure dans la psyché comme un corps étranger, provoquant de vains efforts d'assimilation ou d'expulsion.

FREUD, lui-même angoissé de savoir ses trois fils exposés au front lors de la Première Guerre Mondiale, développe en 1920 dans *Au-delà du principe de plaisir* [(91)] cette théorie des

pulsions, du "*destrudo*" correspondant à une fascination ou à une pulsion de mort venant répondre à la pulsion de vie contenue dans la libido. Il fonde sa réflexion sur le paradoxe qu'il note du cauchemar traumatique contrevenant au plaisir hédonique du rêve. Il identifie la "compulsion de répétition" visant à répéter le désagréable pour s'y habituer, pour mieux appréhender la représentation du danger et finalement réparer la surprise initiale.
Il utilise l'image d'une "vésicule vivante", système énergétique en constant remaniement, protégée en surface par le "pare-excitations" qui tente d'expulser, de décharger ces stimulations devenues internes.

3.1.1.3. La théorie de la pensée de Bion

Evoquons rapidement W.R. BION [(172)], qui devint psychanalyste en Angleterre et pionnier de la psychothérapie de groupe après avoir été conducteur de char au front lors de la Première Guerre Mondiale. Fortement influencé par son vécu, il développe une théorie de la pensée qui se trouve alors divisée en éléments Alpha et Bêta.
Les éléments Alpha correspondent à des impressions sensorielles transformées en rêves, souvenirs, pensées oniriques, etc., permettant une symbolisation primaire car assimilées par le psychisme, et donc organisées et réutilisables.
Les éléments Bêta ou "l'impensant" sont des impressions sensorielles non assimilées, des protopensées sans lien entre elles, des vécus émotionels bruts dénués de toute signification.
Il existe une fonction Alpha dont le rôle est de transformer, métaboliser les éléments Bêta en contenu psychique pensable, c'est-à-dire en éléments Alpha. Cette fonction Alpha provient du Moi et sa faculté dépend de l'environnement maternel dont le sujet a bénéficié lorsqu'il était nourisson et petit enfant. En effet, cette fonction serait assurée par la mère dans les premières années de la vie, en reconnaissant et recueillant les ressentis violents du nourisson et les métabolisant en éléments Alpha, affects moins violents et réintégrables par le nourrisson.
Plus concrètement, c'est elle qui transforme la faim en satiété, ou qui sait encore rassurer son enfant : *« Ne t'inquiète pas, je ne vais pas te laisser tomber dans l'eau du bain, je ne vais pas te noyer, ce n'est pas la peine de t'agripper ainsi… »*
Pour ce faire, la mère use de sa propre "capacité de rêverie". Ainsi l'ensemble formé par la prolifération d'éléments Alpha donne naissance à la "barrière de contact", qui assume le rôle d'une membrane semi-perméable assurant le maintien d'un équilibre psychique entre les fantasmes et émotions d'origine interne et la réalité extérieure, base d'une relation normale avec la réalité.

Si la mère n'est pas apte à recevoir les ressentis violents de l'enfant, ou encore si la barrière de contact est détruite, les affects pulsionnels et impressions sensorielles non élaborés ne peuvent être transformés en éléments Alpha. Ils deviennent des éléments Bêta, non intégrés et forment l'écran Bêta composé "d'objets bizarres", comme les hallucinations ou d'autres éléments psychotiques.
Ainsi, selon Bion, la capacité de penser de nouveau, d'intégrer et même d'oublier après tout traumatisme, est lié au bon fonctionnement de la fonction Alpha de l'individu, contenant protecteur et sécurisant qui permet de métaboliser les contenus effrayants.
La médiation thérapeutique aura donc pour but de restituer ou de remplacer la fonction alpha dépassée du patient.

3.1.1.4. L'Ecole française

La clinique française considère l'expérience subjective de l'effroi, le "*schrek*" freudien, comme le mécanisme pathogénique central du psychotraumatisme. La soudaine confrontation non préparée avec le réel de la mort entraîne une effraction des défenses psychiques et génère une angoisse de néantisation, comme le souligne le Pr L. CROCQ en 1992 [(58)] ; en effet le sujet, dont le réel est jusque-là édulcoré par le fantasme et le rêve, se retrouve directement ou indirectement confronté à sa propre mort dans un vécu d'éprouvé brut non métabolisable, car ne trouvant aucun signifiant pour la lier au réseau des représentations. Le Pr F. LEBIGOT, psychiatre militaire [(132)], explique en outre en 2011 que cette effraction provoque une absence de pensée et d'affect liée à son indicibilité.
Le syndrome de répétition est ainsi compris comme une tentative itérative du psychisme d'expulser ce corps étranger qu'est le réel de la mort, via une abréaction salvatrice.
L'effroi peut survenir immédiatement ou peu de temps après l'événement traumatogène et reste dépendant de la structuration psychique de chacun et des capacités de défense du moment. Il marque une rupture du sentiment de continuité de l'existence, un gel du temps. Les représentations du monde et de soi sont bouleversées, avec une altération du sentiment de maîtrise, d'invulnérabilité mais aussi de la temporalité du sujet. En effet, comme le rappelle le Dr S. DELEGUE en 2003 [(62)] l'évocation du passé ravive très vite le traumatisme tandis que la projection dans l'avenir proche devient difficile chez les sujets souffrant du syndrome de répétition. Présent, passé et futur s'estompent devant la répétition douloureuse du traumatisme que le sujet vit constamment, le temps devenant circulaire autour du trauma.
Ainsi le traumatisme est toujours actuel, et le travail thérapeutique, notamment en hypnose,

peut se baser, comme nous le verrons, sur le recouvrement d'une temporalité linéaire.

3.1.2. Approche cognitiviste

Il s'agit d'une approche récente d'inspiration anglo-saxonne, qui suggère que le PTSD survient lorsque le traitement adéquat des informations émotionnelles est dépassé.
Les souvenirs persistent sous une forme non traitée par laquelle ils peuvent faire intrusion dans la conscience, les différences individuelles dans la réponse aux mêmes événements traumatiques étant expliquées comme consécutives à des différences dans l'évaluation du traumatisme et de ses effets.
Les processus d'assimilation permettant d'intégrer de nouvelles données aux patterns comportementaux préexistants, ou encore d'accommodation correspondant à une modification de l'organisme pour s'adapter aux conditions extérieures, entrent en jeu.
Les théories cognitives mettent aussi l'accent sur la métacognition : la prise de conscience de ses propres schémas et modes de pensées ; en effet des interprétations négatives des pensées intrusives, par exemple *« je deviens fou »*, après les accidents de la route prédisent la présence persistante du PTSD après une année dans l'étude d'EHLERS *et al.* en 1998 [(67)].
Les sujets ayant tendance à attribuer l'occurrence d'un événement incontrôlable à des causes internes, stables et globales présentent plus de risque de développer un PTSD, contrairement à ceux qui attribuent l'événement à des causes externes, temporaires et spécifiques selon S. JOSEPH *et al.* en 1991 [(119)].

3.1.3. Approche comportementale

Nous avons déjà évoqué le conditionnement classique ou "pavlovien" résultant de l'apprentissage associatif entre un stimulus et un comportement conditionné.
Il pourrait être impliqué dans la genèse des symptômes de reviviscences provoquées. En effet certains patients présentent des souvenirs vivaces de l'événement traumatique en réponse à des odeurs ou des bruits associés à la situation angoissante, car des stimuli initialement neutres acquièrent lors de l'exposition traumatique des propriétés aversives de part leur association avec le traumatisme.
De plus un deuxième type de conditionnement intervient, le conditionnement opérant qui n'est pas lié à une réponse réflexe initiale mais à la notion d'apprentissage et de renforcement

positif ou négatif. Il permettrait d'expliquer les symptômes d'évitement qui seraient liés à un apprentissage opérant des réponses d'évitement aux stimuli aversifs.
Ces deux types de conditionnement forment ce que l'on appelle le conditionnement de peur, dans le cadre de la théorie de O. MOWRER de 1960 [146].
Enfin, les conduites d'évitement provoquent un évitement de tous les indices pouvant rappeler l'événement, avec repli, à l'origine d'une hypersensibilisation au stress, et des symptômes d'hypervigilance.
De nos jours, de nombreux paradigmes de recherche chez l'animal et chez l'homme reposent encore sur ce modèle, pour l'étude des troubles anxieux, en général, et du PTSD en particulier, comme dans les études de DEBIEC & LEDOUX en 2004, GOLUB, MAUCH, DAHLHOFF & WOTJAK en 2009.

3.1.4. La dissociation péri-traumatique

Le symptôme dissociatif est défini comme *« une perturbation touchant des fonctions normalement intégrées comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement »* selon l'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION en 2000 [7].
Il s'agit dans le PTSD des symptômes d'amnésie, d'émoussement affectif ou encore les images intrusives nommées *flash-back*.
Nous avons déjà évoqué la corrélation existant entre la dissociation péri-traumatique, dans les heures suivant le traumatisme, et le survenue du PTSD. Cependant il est une remarque importante qui concerne le processus de dissociation : plusieurs auteurs en effet dénoncent l'erreur psychopathologique que constituerait la réduction de ce processus à un mécanisme pathologique et prédictif d'une évolution morbide durable. Cette vision évacue, de fait, les aspects adaptatifs et protecteurs que représente la dissociation pour un psychisme confronté à une menace extraordinaire. Effectivement, devant les risques imminents de destruction de l'intégrité mentale, le mécanisme de défense immédiat mis en place correspondrait à une dissociation psychique, permettant un fonctionnement mental dissocié de cette réalité insupportable, dans un état de conscience modifié ou inhabituel assurant la survie du psychisme.
Différentes études comme celle de R. BRYANT *et al.* en 2000 [37] soulignent d'ailleurs l'effet protecteur de la dissociation sur le développement des symptômes d'hypervigilance.
Plus que l'existence de phénomènes dissociatifs lors du traumatisme, c'est la persistance de

ceux-ci qui s'avèrerait délétère pour l'individu, que ce soit dans la genèse de l'Etat de Stress Aigu comme dans celle du PTSD selon J. BRIERE *et al.* en 2005 [32].
Ainsi les auteurs actuels s'interrogent sur le rôle de la dissociation dans la psychopathologie traumatique : simple critère prédictif d'une évolution vers un PTSD, véritable processus étiopathogénique, mécanisme de défense à double tranchant ?
Quelle que soit la réponse à cette question, il semble toutefois être devenu nécessaire d'intégrer les processus dissociatifs dans le cadre d'un fonctionnement psychologique plus global, comme certains auteurs ont pu le proposer dans le domaine de l'hypnose.

Soulignons, pour plus de clarté, que l'expression "dissociation" est polysémique. En effet, il est aussi employé pour désigner la dissociation schizophrénique, n'ayant rien de commun en terme de sémiologie et de psychopathologie avec la dissociation traumatique ou hypnotique. La dissociation psychotique ne correspond pas une compartimentation partielle et temporaire des fonctions psychiques, mais plutôt à une fragmentation définitive de ces mêmes fonctions.

3.2. Aspects neurobiologiques

Il est tout d'abord nécessaire de distinguer le stress aigu bénin, transitoire et adaptatif du stress aigu pathologique, marque de la désadaptation de l'individu au changement de milieu. Les traumatismes psychiques relèvent de ce dernier cas, et s'interprètent donc comme la conséquence mentale d'un état de stress biologique inadapté, le cerveau se réorganisant autour de la mémorisation de l'instant de confrontation à l'agent stresseur.
Nous discernerons pour plus de clarté les anomalies neurologiques fonctionnelles et les anomalies neuro-endocriniennes.

3.2.1. Anomalies neurologiques fonctionnelles

3.2.1.1. L'amygdale

L'amygdale est un noyau pair situé dans la région antéro-interne du lobe temporal ; elle fait partie du système limbique et est impliquée dans la reconnaissance et l'évaluation de la valence émotionnelle des stimuli sensoriels, dans l'apprentissage associatif et dans les réponses comportementales et végétatives associées en particulier dans le stress et l'anxiété.

Elle possède des connexions importantes notamment avec l'hippocampe et le cortex préfrontal, et est activée par l'action synergique des catécholamines et les glucocorticoïdes.
Les études de neuro-imagerie fonctionnelle par IRMf et PET-scan comme celle d'ETKIN de 2007 [80] démontrent une réactivité amygdalienne excessive à la présentation d'indices relatifs au traumatisme initial, sans qu'il y ait pour autant d'altération anatomique notable.
Ceci pourrait conduire à une surconsolidation de la valence émotionnelle du souvenir traumatique, expliquant la détresse péri-traumatique et les symptômes de reviviscence.

3.2.1.2. L'hippocampe

L'hippocampe est une structure cérébrale paire faisant aussi partie du système limbique et situé dans le lobe temporal médian. Il est impliqué dans le codage des informations spatiales, la mémoire déclarative et épisodique, et dans la mémorisation du contexte dans lequel le stress s'inscrit. Il est aussi impliqué dans la réponse au stress en limitant l'ampleur des activations corticotropes et autonomes.
Chez les sujets souffrant de PTSD l'on constate une atrophie de l'hippocampe ainsi qu'une hypoactivité hyppocampique en imagerie fonctionnelle.
Toutefois J. PRUESSNER en 2010 [156] explique que ces anomalies peuvent à la fois être la conséquence du stress et donc des fortes concentrations de glucocorticoïdes et de glutamate, ou encore être préexistantes et constituer un facteur de vulnérabilité.
Ces données vont dans le sens du modèle cognitif de la peur conditionné, dans lequel l'amygdale aurait un rôle central alors que les structures hippocampiques et corticales seraient incapables de contrôler les réactions émotionnelles explosives. L'hypoactivité hippocampique correspondrait aux perturbations de la mémoire épisodique, contextuelle, souvent observée au cours des PTSD, au-delà même des difficultés à rappeler les détails de l'événement traumatique. Certains auteurs y rattachent les symptômes de dissociation péri-traumatiques avec déréalisation, désorientation, etc.

3.2.1.3. Le système perceptif

Chez les patients souffrant de PTSD il existe une véritable réorganisation des mécanismes de perception autour de l'événement traumatique. La détection des stimuli est plus rapide, et l'on retrouve en IRMf une augmentation de la réactivité du cortex sensoriel primaire, au contraire d'une réactivité thalamique réduite : R. LANIUS *et al.*, 2003 [130].

Le thalamus est, entre autres, impliqué dans le filtrage des informations sensorielles.
De plus, les études retrouvent comme celle de A. KING *et al.* en 2009 [124], une activation du cortex insulaire droit chez les sujets présentant un PTSD, pouvant marquer la réaction somatique de stress.

3.2.1.4. Le cortex frontal

Il est au centre du réseau cérébral impliqué dans les PTSD. Son volume anatomique et son activité fonctionnelle en réponse aux stimuli liés au traumatisme initial sont généralement réduits.
En fait, il existe une atteinte très disparate des flux informationnels dont il est le siège.
Plus précisément, il existe une hyperactivité du Cortex Cingulaire Antérieur dorsal et une hypoactivité du Cortex Cingulaire Antérieur ventral, retrouvée en IRMf notamment par K. FELMINGHAM en 2009 [86]. Le CCA dorsal joue un rôle dans la détection des conflits tandis que le CCA ventral oriente vers la résolution de ceux-ci.
Cela expliquerait le défaut d'extinction du conditionnement aversif, et donc des symptômes selon certains auteurs, comme BRUNET.
Il y aurait aussi une hypoactivité de l'aire de Broca, située dans la région inféro-postérieure du lobe frontal, impliquée dans la production du langage articulé.

J. HAYES *et al*. ont réalisé en 2012 [109] une méta-analyse quantitative de l'activité cérébrale retrouvée jusqu'alors dans le PTSD par IRM fonctionnelle et PET-scan. **Les figures 3 et 4** montrent les principales régions cérébrales concernées, lors de la provocation des symptômes par stimuli visuels, auditifs, etc., ou lors de la réalisation de tâches cognitives associées au traumatisme comme la classification de mots ou d'images choisies.

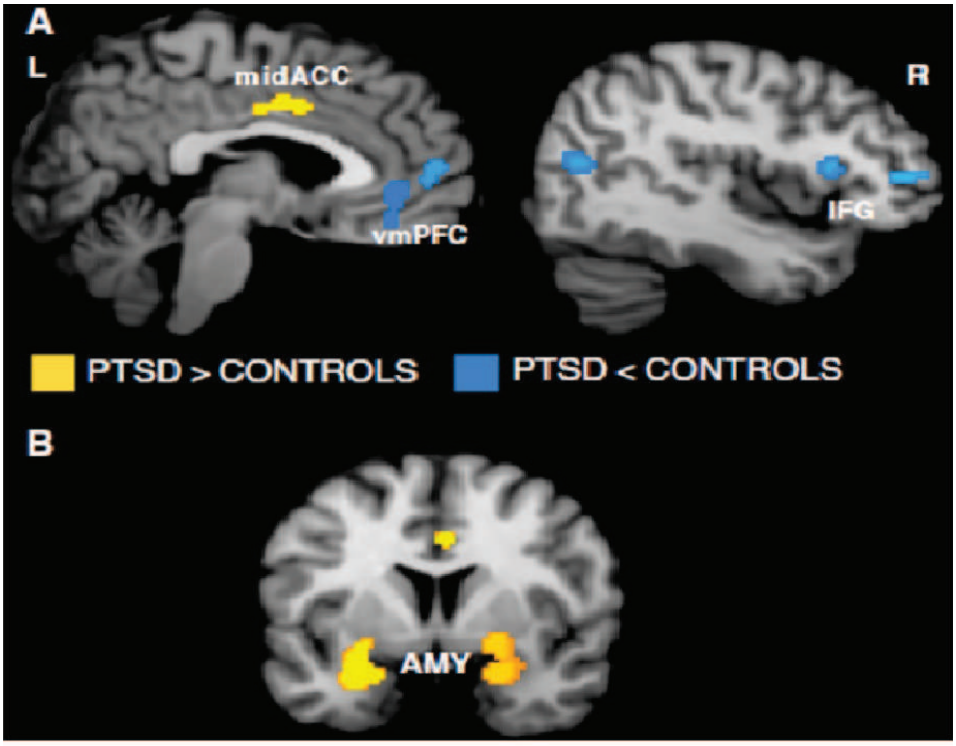

Figure 3 : **Méta-analyse des études de neuroimagerie fonctionnelle dans le PTSD.**

Suite à différents stimuli et tâches cognitives en lien avec le traumatisme, zones hyperactives dans le PTSD en jaune et hypoactives en bleue. Amy : amygdale, IFG : gyrus frontal inférieur, L : gauche, R : droit, midACC : cortex cingulaire antérieur médian, vmPFC : cortex préfrontal ventromédial.

Reproduit depuis Hayes *et al.* 2012.

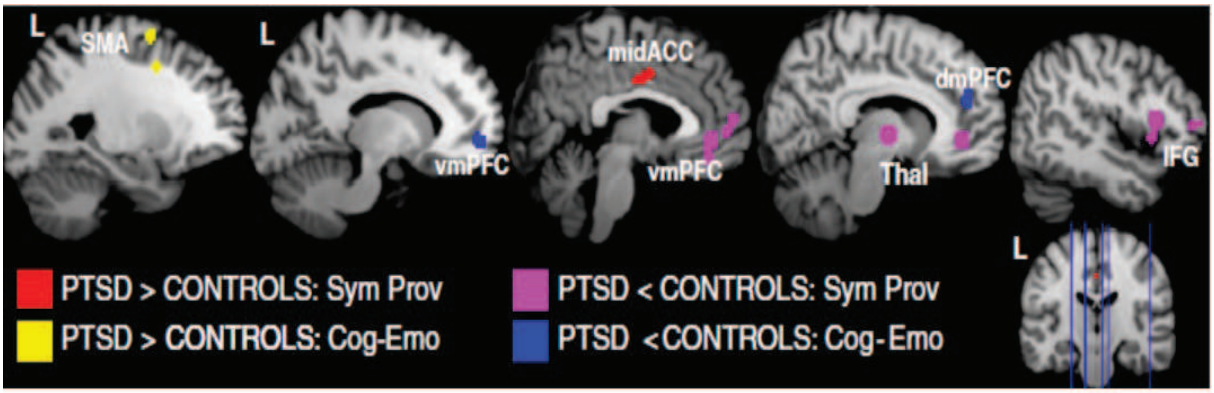

Figure 4 : Activation des régions cérébrales dans le PTSD selon le type de stimulation.

L'hyperactivité est indiquée en rouge lors de la provocation des symptômes et en jaune lors des tâches cognitivo-émotionnelles.
L'hypoactivité est indiquée en violet lors de la provocation des symptômes et en bleu lors des tâches cognitivo-émotionnelles.
dmPFC: cortex préfrontal dorsomédian, **IFG**:gyrus frontal inférieur, **L**: gauche, **midACC**: cortex cingulaire antérieur médian, **SMA**: aire motrice supplémentaire, **Thal**: thalamus, **vmPFC**: cortex préfrontal ventromédian.
Reproduit depuis Hayes *et al.* 2012.

3.2.2. Anomalies neuro-endocriniennes

3.2.2.1. Hypothèse de « stress inadapté »

Cette hypothèse repose sur l'isolement épidémiologique d'un excès d'activation sympathique et d'un défaut d'activation corticotrope comme facteur de risque de la transition entre l'Etat de Stress Aigu et le PTSD.

- L'on observe avec le PTSD une hyperactivité et une hypersensibilité des systèmes noradrénergiques, avec un excès de catécholamines : adrénaline et noradrénaline dans le liquide céphalorachidien. Cela est à mettre en relation avec les symptômes centraux d'hypervigilance, *flash-back*, mémorisation émotionnelle et périphérique à type d'hypertension artérielle ou encore de tachycardie, comme l'explique F. CANINI en 2011 [(40)].

- Il existe, de plus, un fonctionnement très particulier de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui est à la fois hypoactif et hypersensible, selon R. YEHUDA en 2002 [(202)] : taux bas de cortisol circulant, augmentation de la sensibilité des récepteurs aux glucocorticoïdes, une augmentation de la sensibilité de l'axe corticotrope au rétrocontrôle inhibiteur du cortisol, une augmentation du taux de Corticotropin-Releasing Hormone sécrétée par l'hypothalamus dans le liquide céphalorachidien.

Or une sécrétion insuffisante de glucocorticoïdes lors de la confrontation au stresseur est considérée comme facteur de risque pour les PTSD, un taux bas de cortisol expliquant l'intensité de la réponse émotionnelle initiale et l'hyperconsolidation de la trace mnésique.

Il semble, en effet, que la libération de cortisol soit insuffisante pour limiter la décharge sympathique, provoquant une libération excessive ou prolongée de noradrénaline.

D'où l'intérêt des bêtabloquants afin de limiter l'hyperadrénergie au décours du traumatisme.

L'hypothèse prédominante est donc la constitution d'une mémoire émotionnelle au niveau du système limbique provoquée par une hyperadrénergie centrale associée à un défaut d'extinction de cette mémoire en lien avec un dysfonctionnement de l'axe corticotrope.

Des anomalies de fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien précèdent probablement le traumatisme psychique. Des traumatismes vécus dans l'enfance ou des facteurs héréditaires pourraient être à l'origine de ces anomalies, modifiant ensuite les réponses au stress à l'âge adulte.

3.2.2.2. Hypothèse « d'excès de réactivité cérébrale »

- L'excès d'activation cérébrale est suggérée par l'intense libération cérébrale de catécholamnines, mais aussi de Cortico-Releasing-Factor au niveau de l'amygdale et du Locus Coeruleus, noyau du tronc cérébral. Il s'agit d'un peptide impliqué dans l'activation sympathique et la réponse au stress. Il pourrait intervenir dans la symptomatologie car ses concentrations dans le liquide céphalorachidien sont élevées dans le PTSD, comme le retrouve J. BREMNER en 1997 [(27)].
- L'hypothèse d'une activation glutamatergique est confortée par plusieurs études dont celle de D. JAVITT en 2004 [(118)]. Le glutamate est un neurotransmetteur excitateur intervenant dans la transmission informationnelle et dans la mémorisation à long terme, en potentialisant la transmission synaptique notamment dans l'hippocampe et l'amygdale.
- L'excès de réactivité cérébrale peut aussi s'expliquer par un déficit d'inhibition cérébrale lors de la confrontation au stresseur, en lien avec une dysrégulation de la neurotransmission GABAergique. Le GABA est un neurotransmetteur inhibiteur qui intervient dans la vigilance, l'anxiété et la mémorisation, or sa neurotransmission est altérée dans les états de stress.

Cela pourrait s'expliquer par une libération réduite, ou encore la dégradation de la fonctionnalité des récepteurs par réduction d'expression cérébrale, ou bien du fait d'un polymorphisme génétique, selon G. VAIVA *et al.* en 2006 [(192)].

3.2.2.3. Hypothèse de « dysmodulation fonctionnelle »

Il existe des systèmes modulateurs impliqués dans la vulnérabilité aux pathologies du stress.

- Le neuropeptide Y est un neurotransmetteur s'opposant à l'action activatrice des catécholamines et du Cortico-Releasing-Factor lors du stress. Il a donc une potentialité anxiolytique et régulatrice du stress. R. YEHUDA retrouve, en 2006 [(200)], des taux de neuropeptide Y inférieurs chez des vétérans avec PTSD par rapport aux vétérans indemnes. Ils ont d'ailleurs un taux de base faible et peu stimulable. Ainsi le neuropeptide Y pourrait intervenir dans la résilience au stress.
- Le tonus opiacé endogène, avec les endorphines et enképhalines, apparaît protecteur vis-à-vis du stress. L'administration de morphine en post-traumatique aurait un effet protecteur par rapport au développement des PTSD, selon plusieurs études dont celle de T. HOLBROOK en 2010 [(112)].
- Le système dopaminergique central est activé dans les situations imprévues, et donc

particulièrement dans les états de stress. La dopamine est libérée dans le cortex frontal et dans de nombreuses structures sous-corticales impliquées dans les émotions.

Les patients porteurs de PTSD présentent une augmentation de l'élimination urinaire de dopamine ; toutefois les études génétiques soulignent un lien entre le polymorphisme des gènes codant pour le récepteur de la dopamine D2, puis pour des transporteurs de la dopamine et le risque de PTSD, telle celle de B. BROEKMAN en 2007 [34].

- La sérotonine est un neuromédiateur largement libéré durant le stress. Elle intervient, entre autres, sur la réactivité à l'environnement via la régulation de l'humeur, de l'agressivité et de l'anxiété ainsi que sur la récupération post-stress par son action sur le sommeil, l'appétit et la mémorisation. L'efficacité de la neurotransmission sérotoninergique est dégradée dans les PTSD, comme le suggèrent l'activité thérapeutique des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine ou ISRS, ou encore, la réversion des altérations anatomiques et fonctionnelles de l'hippocampe après ce même traitement, mises en évidence par J. BREMNER en 2004 [28].

Il existe également un lien entre le polymorphisme des gènes codant pour des transporteurs de la sérotonine, impliqués dans sa recapture, et le risque de PTSD, selon B. BROEKMAN [34].

Toutefois en raison de peu de preuves directes d'une dysfonction sérotoninergique dans les états de stress, il convient de cibler les indications des ISRS en fonction des différents types de symptômes ou des comorbidités en lien avec la transmission sérotoninergique : éveil, impulsivité, intrusion mnésique ou syndrome dépressif.

3.2.2.4. Hypothèse « d'excès de mémorisation »

- Nous avons déjà évoqué le rôle de l'hippocampe et de l'amygdale dans la mémorisation contextuelle et émotionnelle du traumatisme, qui modifie d'ailleurs la réactivité ultérieure notamment les seuils de perception sensorielle et le conditionnement amygdalien de peur, participant donc d'une véritable réorganisation du cerveau autour de l'émotion accompagnant la confrontation stressante.
- L'extinction de cette mémoire émotionnelle est possible par le contrôle inhibiteur de l'amygdale via le cortex frontal et l'hippocampe. Or une hypoactivité du cortex frontal est retrouvé dans de nombreuses études en IRMf, comme dans celle d'ETKIN en 2007 [80].

Quant à la dysfonction de l'hippocampe, elle pourrait s'expliquer par l'histoire périnatale du sujet, son inhibition par les glucocorticoïdes dans l'Etat de Stress Aigu ou du fait de lésions anatomiques consécutives au PTSD.

• Lorsqu'il est activé, le cerveau secrète des facteurs neurotropes lui permettant de se réorganiser de manière à prendre en compte le passé immédiat. Le BDNF est une protéine, facteur de croissance et de différenciation neuronale qui intervient dans différente zones du cortex cérébral et l'hippocampe. Il a été observé par DELL'OSSO en 2009 [(63)] des taux sériques de BDNF plus faibles chez les patients présentant un PTSD que chez les sujets témoins. Ce mécanisme délétère, contré par l'action des antidépresseurs, fait actuellement l'objet de recherches intenses.

Pour clore ce chapitre, l'exposition aiguë à un facteur de stress entraîne un véritable remaniement de certaines fonctions cérébrales autour de l'événement traumatique.
La réorganisation neurobiologique oscille entre déficit fonctionnel et fonctionnement excessif, et il paraît indispensable, d'un point de vue thérapeutique, de bloquer au plus vite cette réorganisation en agissant sur l'un ou plusieurs de ces différents systèmes neuro-hormonaux.
La rapidité d'instauration de ces mécanismes de mémorisation implique de considérer les Etats de Stress Aigus comme une urgence thérapeutique, du fait du risque d'évolution vers le PTSD.
Il apparaît au final que la survenue du PTSD n'est pas liée au hasard, mais que les conditions du trauma dépendent de déterminants génétiques, neurobiologiques et psychologiques s'intégrant de façon interactive au cœur d'un contexte social.

4) Thérapeutique

4.1. Le « débriefing » psychologique

Il s'agit d'une intervention précoce de prévention secondaire du PTSD, visant à atténuer la détresse psychologique aiguë et à prévenir ou diminuer l'intensité des conséquences psychologiques du traumatisme.
Le but est de minimiser le risque d'installation de patterns cognitifs et comportementaux mal adaptés.
Il fut développé initialement par un psychologue et pompier de New-York en 1983, Jeffrey MITCHELL, sous la forme du "*Critical Incident Stress Debriefing*" ou CISD.

Il s'agit d'une rencontre organisée en petits groupes d'environ dix personnes, dans les 24 à 72 heures suivant l'événement. Celle-ci se déroule en plusieurs phases dans le cadre d'un entretien semi-structuré d'une à deux heures. Il comprend notamment la narration factuelle de l'incident, l'expression des pensées ou émotions ressenties, une séquence d'information notamment sur les symptômes du PTSD et les différentes évolutions possibles.
J. MITCHELL développa ensuite un programme d'intervention plus large: le "*Critical Incident Stress Management*" ou CISM [(145)], intégrant des interventions pré-incident pour les soldats par exemple, des interventions de crise avec soutien sur le terrain puis des interventions post-incident à type de CISD, de soutien pour les proches, etc.
Des variantes de la procédure ont été développées par la suite, et les indications du débriefing psychologique s'étendirent aux victimes directes de catastrophes.
Le débriefing collectif est aussi l'occasion de repérer les sujets en souffrance et de les orienter vers une prise en charge adaptée.

Face au CISD empreint du pragmatisme américain, l'école française dont le Général CROCQ est un fervent défenseur, adopta une version plus souple durant laquelle la victime est encouragée à mettre en mots librement ce qu'elle vient de vivre. Cette approche est centrée sur le trauma, avec une catharsis restitutive de sens permettant au sujet de se réapproprier l'expérience. Il est recommandé de laisser le patient trouver librement ses propres leviers thérapeutiques en ne cherchant ni à dramatiser ni à le déculpabiliser.
En France, les CUMP proposent également le débriefing lors de catastrophes civiles. Le fait d'aller au-devant des victimes sur le terrain est sous-tendu par l'idée que les impliqués directs d'une catastrophe ne voient pas forcément d'emblée l'intérêt de ce type d'intervention.
Alors que le CISD de MITCHELL est centré sur la verbalisation détaillée et précoce de l'événement, certaines études comme celle de J. BISSON *et al*. en 1997 [(20)] suggèrent qu'une verbalisation détaillée et précoce du traumatisme risquerait de participer à un processus de re-victimisation, agissant plus comme un facteur sensibilisant que désensibilisant.
Si la plupart des études contrôlées randomisées à ce jour restent partagées quant l'efficacité du débriefing, d'autres dont la revue de A. VAN EMMERIK *et al.* en 2002 [(73)] montrent que la méthode ne permet pas de prévenir le développement du PTSD, mais qu'elle apporte un soulagement notable aux victimes.
Si l'opportunité d'une verbalisation de l'événement dans ses différentes composantes semble essentielle, elle doit cependant pouvoir s'intégrer dans une prise en charge globale associant

psycho-éducation, soutien psycho-social, et orientation vers des soins spécialisés si nécessaire.

4.2. Les psychothérapies

4.2.1. Approche psychanalytique

Il s'agit d'une approche thérapeutique possible, où les outils psychanalytiques comme le transfert ou l'association libre contribuent à la compréhension des mouvements intrapsychiques du patient.

Comme le rappelle le Général L. CROCQ en 2003 [59] le traumatisme étant *« considéré comme phénomène d'effraction dans les défenses psychiques du sujet et comme confrontation non préparée avec le réel de la mort, le trauma ne pourra être résolu que par une psychothérapie cathartique pendant laquelle la verbalisation de l'expérience traumatique permet de réintroduire du sens là où le défaut de signifiant avait laissé place à l'indicible ».*

La psychothérapie a pour objectif d'aider le sujet à tisser un lien entre l'événement traumatique et son passé, de donner une signification au traumatisme dans la vie de la personne en étudiant notamment les conflits inconscients susceptibles d'être réactivés par le traumatisme.

F. LEBIGOT explique en 2011 [132] que certaines conditions sont requises pour cela : l'instauration précoce du traitement, la présence de bonnes assises oedipiennes et un traumatisme peu sévère.

Seront, entre autres, à travailler le lien de "fascination" possible pour le trauma, ainsi que la culpabilité parfois retrouvée et mise en scène dans les rêves où le traumatisme apparaît alors comme une sanction. La résolution interviendrait lors de la réintégration dans la société et lorsque le sujet cesse de se vivre comme une exception.

Les études évaluant l'efficacité de la thérapie psychodynamique sont très peu nombreuses actuellement. Il existe simplement une présomption de son efficacité dans le PTSD comme le souligne le rapport de l'INSERM 2004 [164].

Pour les patients à qui ce type d'approche centré sur la parole ne convient pas, une orientation vers d'autres techniques de prise en charge est souhaitable.

4.2.2. La Thérapie Cognitivo-Comportementale ou TCC

Nous avons déjà décrit les principes de la TCC. Celle-ci a démontré son efficacité dans plusieurs études en ce qui concerne le PTSD. D'après le guide de recommandations cliniques n°26 du NICE ou *National Institute of Clinical Excellence*, de 2005 [148], une TCC individuelle centrée sur le trauma devrait être proposée dans le mois qui suit le traumatisme à tous les patients présentant une symptomatologie post-traumatique ou un PTSD sévère.

Toutefois certains auteurs comme SERVANT et HEROUIN précisent en 2003 [175] que si la TCC améliore les symptômes et la qualité de vie des patients, elle ne garantit pas une résolution psychologique du traumatisme.

Il s'agit d'une thérapie brève, donc limitée dans le temps : 8 à 12 séances à raison de deux séances hebdomadaires. Le traitement comporte plusieurs composantes dont une phase initiale d'information sur la réponse normale au stress aigu, une auto-surveillance des symptômes, une phase d'exposition prolongé dont le principe est d'apprivoiser le souvenir traumatique en se remémorant la scène, tout en traitant le souvenir, ce afin de diminuer l'anxiété associée.

L'exposition est graduelle, tout d'abord par l'imagination ou le récit jusqu'à la confrontation réelle à des situations, lieux ou objets plus anxiogènes pour le patient tout en associant des techniques anxiolytiques, comme la relaxation. Cette désensibilisation vise principalement la dimension d'évitement du syndrome psychotraumatique.

La thérapie par exposition prolongée présente un intérêt dès la phase d'Etat de Stress Aigu, mais peut être débutée jusqu'à 5 mois après le traumatisme sans perte de chance pour le patient selon une étude israélienne de A. SHALEV en 2012 [176].

La TCC comprend aussi des techniques de gestion de l'anxiété visant plus spécifiquement l'hyperactivation neurovégétative, comme la relaxation, l'affirmation de soi ou la régulation respiratoire.

Enfin, la restructuration cognitive est une part importante de la TCC. Elle consiste à modifier les schémas de pensées inadéquats, comme la culpabilité ou la dangerosité excessive du monde, renforcés par le traumatisme.

4.2.3. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou EMDR

Il s'agit de la deuxième thérapie ayant prouvé son efficacité dans le PTSD, et recommandée notamment par le guide n°26 du NICE de 2005 [148]. Citons l'étude de G. HOGBERG *et al.* de 2008 [111] qui retrouve un taux de répondeurs à la technique EMDR de 60%, avec un maintien

des bénéfices à 35 mois. Le mécanisme avancé serait une dissociation des émotions et des souvenirs. La stimulation sensorielle par balayage visuel, imprimé par les mouvements alternatifs du thérapeute lors de la narration de la scène traumatique par le patient, permettrait une concentration de l'activité cérébrale sur le présent et donc un réencodage mnésique, associant le souvenir à une charge émotionnelle moindre voire nulle. Cela doit se faire, de même que pour la TCC, de façon graduée et dans un contexte sécurisant.
Une série de méta-analyses concernant le traitement du PTSD, comme celle de R. BRADLEY *et al.* en 2005 [(25)], a montré que la TCC et l'EMDR avaient un effet positif dans plus de la moitié des cas, soit un impact plus favorable que la pharmacothérapie.

4.2.4. L'hypnothérapie

Elle sera évoquée précisément dans la partie suivante, mais soulignons déjà que plusieurs caractéristiques inhérentes à ce type de prise en charge en font un traitement particulièrement adapté dans le psychotraumatisme, même si la preuve de son efficacité reste à confirmer. L'hypnose fut entre autres beaucoup utilisée dans ce cadre par les psychiatres militaires lors des grands conflits armées du XXème siècle. Elle est actuellement proposée dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2007 [(108)] afin d'agir sur certains symptômes cibles du PTSD.

4.2.5. Approches à l'étude

La rTMS : *repetitive Transcranial Magnetic Stimulation* ou Stimulation Magnétique Transcrânienne est en cours d'étude dans l'indication du PTSD. Elle peut être proposée en traitement adjuvant au traitement de fond lorsque la réponse aux thérapeutiques habituelles est insuffisante.
La psychothérapie de soutien, individuelle ou groupale, non centrée sur le trauma mais promouvant la résilience ou le "*coping*" selon les américains, est dans certaines études aussi efficace que les thérapies centrées sur le trauma.
Enfin, de nouvelles approches comme les Thérapies Orientées Solutions ou encore les thérapies psycho-énergétiques comme la Reed Eye Movement Acupressure Psychotherapy ou les Emotional Freedom Techniques, fondées sur la libération émotionnelle, sont en cours de développement.

4.3. La pharmacothérapie

D'après le guide des recommandations cliniques n°26 du NICE [148], le traitement médicamenteux ne doit être envisagé qu'en seconde intention, lorsque le patient refuse une psychothérapie centrée sur le trauma.
Certains auteurs, comme STECKLER et RISBROUGH en 2012 [183], envisagent, en cas de PTSD établi, la place des traitements médicamenteux comme adjuvants à la prise en charge psychothérapeutique, afin d'en faciliter les effets.
Toutefois d'autres auteurs conçoivent le traitement pharmacologique de manière prophylactique, ou encore comme traitement de maintenance.

4.3.1. Les antidépresseurs

Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine ou ISRS ont montré leur efficacité sur la prévention des rechutes ou réactivations traumatiques, et sur la sévérité des symptômes du PTSD chez 60% des patients mais seul 25% obtiendraient une rémission complète des symptômes selon T. STECKLER *et al.* en 2012 [183].
Dans la revue sur la pharmacothérapie du PTSD réalisée par D. STEIN *et al*. en 2006 [184], les auteurs concluent que les ISRS sont le traitement de première intention afin de réduire les symptômes du PTSD, d'agir sur les comorbidités dépressives et le retentissement fonctionnel au long cours.
Les recherches ont toutefois besoin d'être poursuivies dans ce domaine, notamment devant les importantes lacunes des preuves médicales rassemblées à ce jour.
Selon les recommandations 2012 de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry ou WFSBP [8] les traitements de première intention possibles sont la Fluoxétine, la Sertraline, la Paroxétine ou la Venlafaxine qui est un Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline.
La réponse thérapeutique survient en 8 à 12 semaines maximum, et la durée du traitement est d'au moins 12 à 24 mois.

Les autres familles d'antidépresseurs comme les Tricycliques ou les Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase, efficaces mais moins bien tolérés cliniquement, ne sont pas indiquées en première intention. Notons cependant que quel que soit leur mécanisme d'action, les

antidépresseurs interagissent avec les systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques, normalisent l'activité de l'axe corticotrope en réponse au stress, et ont un effet trophique positif sur l'hippocampe en y favorisant la neurogénèse.

4.3.2. Les antipsychotiques atypiques

La Rispéridone et l'Olanzapine sont souvent employés en cas de résistance au traitement, mais d'avantages de preuves d'efficacité sont nécessaires, comme le rapporte l'avis de 2008 du Comité américain sur le traitement du PTSD, cité par T. STECKLER [(183)].

4.3.3. Les benzodiazépines

Elles sont anxiolytiques et amnésiantes, mais ne modifient pas les symptômes spécifiques du PTSD ; de plus elles sont addictogènes. Elles ne sont pas indiquées dans le traitement du PTSD d'après D. STEIN en 2006 [(184)]. Elles sont contre-indiquées dans les premières heures suivant le traumatisme selon la WFSBP [(8)], car elles pourraient interférer avec l'amélioration spontanée.

4.3.4. Les anticonvulsivants

Il s'agit d'un groupe hétérogène, comprenant notamment la Lamotrigine qui démontra une efficacité supérieure au placebo dans certaines études, et qui est étudié pour son effet "*anti-kindling*" dans la théorie de l'embrasement, mais sans conclusion univoque.
Leur effet inhibiteur de la neurotransmission glutamatergique est une piste prometteuse, mais nécessite de nouvelles études plus approfondies.

4.3.5. Les bêta-bloquants

Nous avons évoqué ci-dessus les travaux de CORONAS retrouvant comme facteur prédictif de l'installation d'un PTSD un seuil de fréquence cardiaque supérieur à 84 battements par minute.
L'on comprend donc l'intérêt de molécules sympatholytiques comme le Propranolol, antagoniste alpha-1 cardiaque et béta-2 non cardiaque, agissant sur les symptômes d'hyperadrénergie.

Les études, comme celle de VAIVA et DUCROCQ en 2003 [193], retrouvent un bénéfice de l'utilisation du Propranolol dans la prévention primaire et secondaire du PTSD.
Il limiterait de plus la reconsolidation des souvenirs traumatiques au niveau de l'amygdale, dans le cadre d'une prévention tertiaire.
L'intérêt du Propranolol dans le cadre d'une prévention primaire, donc administré chez les populations exposées au risque de trauma tels les militaires ou pompiers, semble se confirmer mais le rapport bénéfice-risque doit encore être évalué.
Les auteurs de la WFSBP signalent que l'administration de Propanolol dans les heures suivant le traumatisme diminue l'intensité symptomatologique notamment du syndrome d'hypervigilance mais ne modifie pas l'incidence du PTSD [8].

4.3.6. L'hydrocortisone

L'administration intraveineuse d'hydrocortisone s'est révélée être supérieure au placebo dans la prévention de l'émergence de symptômes post-traumatiques en unité de soins intensif dans l'étude de G. SCHELLING de 2004 [171].

La revue de littérature de 2012 sur la prévention pharmacologique des PTSD liés aux combats réalisée par C. SEARCY et son équipe [174] conclut que les Corticostéroïdes et le Propranolol sont les molécules les plus prometteuses, contrairement aux médicaments GABAergiques.

Retenons de ce chapitre que, quelle que soit l'approche utilisée, les résultats sont souvent incomplets dans les formes de syndrome psychotraumatique chronicisées et invalidantes.
La combinaison des techniques semble potentialiser les chances d'amélioration clinique et de qualité de vie du patient, l'enjeu restant bel et bien l'intervention précoce afin de décapiter la chronicisation du trouble et d'éviter le lourd cortège des comorbidités associées.

Parmi les psychothérapies possibles dans la prise en charge du stress post-traumatique, l'hypnothérapie fait partie des parents pauvres de la recherche. Pourtant, outre son association possible à d'autres formes de psychothérapie, certains arguments non négligeables en font une thérapie particulièrement adaptée dans la prise en charge du psychotraumatisme.

C/ TRAITEMENT DES ETATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUES PAR L'HYPNOSE

1) Liens entre psychotraumatisme et hypnose

1.1. Psychotraumatisme et hypnotisabilité

L'hypnotisabilité ou susceptibilité hypnotique, est couramment utilisée comme une mesure des capacités à entrer en transe hypnotique et à répondre aux suggestions.
Si sa conception évolua au fil de l'Histoire, parfois considérée comme marqueur psychopathologique, elle est actuellement considérée comme une capacité psychologique existant chez tout un chacun, selon la vision d'Hippolyte BERNHEIM.
Cela fut validé méthodologiquement, et si J. COUNCIL rapporte en 1999 [(54)] que 90% de la population générale est hypnotisable, les thérapeutes ericksonniens, eux, estiment que toute personne peut l'être.
Nous avons déjà évoqué les échelles d'évaluation psychométriques de la susceptibilité hypnotique, dont celle de Stanford, permettant la recherche expérimentale sur l'hypnose.
L'étude de la susceptibilité hypnotique en population générale nous renseigne sur l'existence de variations selon certains critères. Ainsi les enfants sont décrits plus accessibles aux techniques hypnotiques que les adultes.
Il existe aussi des différences au sein d'une population souffrant de troubles psychiatriques.
Certaines pathologies psychiatriques chroniques sont en lien avec une moins bonne susceptibilité hypnotique alors que d'autres semblent corrélées à une hypnotisabilité plus importante que la population générale : les troubles du comportement alimentaire, les troubles phobiques, les troubles dissociatifs et conversifs, certains troubles de la personnalité et enfin, le PTSD.

En effet, le PTSD a bénéficié d'une attention accrue. SPIEGEL, HUNT et DONDERSHINE ont comparé en 1988 [(181)] l'hypnotisabilité de 65 vétérans du Vietnam souffrant de PTSD à celle d'un groupe contrôle de 85 témoins volontaires et d'un autre groupe de 115 patients présentant un trouble psychiatrique chronique. L'hypnotisabilité était significativement plus importante chez les patients psychotraumatisés que dans les deux populations contrôles. Les

témoins volontaires sains présentaient, quant à eux, une hypnotisabilité supérieure à celle de tous les autres groupes psychopathologiques évalués : schizophrénie, trouble thymique et trouble anxieux généralisé. Les facteurs âge et traitement médicamenteux n'avaient aucune influence.

Les vétérans souffrant de PTSD présentaient par ailleurs des capacités supérieures en imagerie mentale, mesurées par la *Sheehan's Vividness of Imagery Scale*.

R. BRYANT *et al*. démontrèrent en 2001 [36] que l'hypnotisabilité est également plus importante dans une population souffrant d'Etat de Stress Aigu que dans une population témoin ou que dans une population souffrant d'un tableau sub-clinique d'ESA, c'est-à-dire sans symptomatologie dissociative.

Les études ultérieures ont confirmé le lien existant entre l'hypnotisabilité et les symptômes de stress post-traumatique, comme le souligne la Revue de S. YARD *et al*. en 2008 [199].

Toutefois les auteurs soulignent le fait que, dans la plupart des études, l'hypnotisabilité est mesurée après l'événement potentiellement traumatisant.

D'où le questionnement circulaire sur la nature du lien : est-ce le traumatisme psychique qui provoque une augmentation de l'hypnotisabilité, ou bien est-ce un haut niveau d'hypnotisabilité individuelle qui fragilise face à un événement traumatique ?

Il est actuellement difficile de répondre à cette question, tant que des études prospectives n'auront pas mesuré l'hypnotisabilité d'individus avant et après un événement potentiellement traumatisant, peut-être en ciblant des populations susceptibles de faire l'expérience d'un traumatisme selon S. YARD [199].

Cette question est intriquée avec les hypothèses sur le rôle de la dissociation dans le PTSD.

Notons qu'il existe une source de confusion fréquente relative à l'amalgame possible entre hypnotisabilité et dissociabilité. En effet, malgré les limites des échelles d'évaluation, l'hypnotisabilité est un concept incluant différentes composantes : les capacités d'absorption, d'imagination, la dissociabilité, la suggestibilité… La dissociation constitue l'une de ces composantes, tandis qu'elle est au cœur des interrogations psychopathologiques du psychotraumatisme.

La relation qui les unit semble donc, là encore, se situer au carrefour des capacités individuelles antérieures et des caractéristiques de l'événement traumatique.

Il n'en reste pas moins intéressant de noter que la technique hypnotique semble être donc particulièrement adaptée aux individus ayant développé un syndrome psychotraumatique.

1.2. Analogies mentales entre les deux états

Comme le rapporte D. SMAGA en 2008 [179], il existe d'autres similitudes entre l'état de stress post-traumatique et l'état hypnotique, malgré leurs apparences initiales si éloignées.
Tout d'abord, dans les deux cas, les perceptions, les sensations et un fonctionnement psychique analogique sont au premier plan, bien avant le langage ou la réflexion logique.
Ils ont ensuite en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité et du contrôle des mouvements corporels.
En effet, l'on exerce tous à l'état normal un contrôle conscient des souvenirs et des sensations à sélectionner dans le champ de conscience, ainsi que des mouvements à effectuer. Or ce contrôle conscient et sélectif est altéré dans les troubles dissociatifs, l'importance de l'altération pouvant varier selon les instants.
En ce qui concerne la temporalité, le vécu traumatique est empreint d'une sorte d'intemporalité ou d'une distorsion de l'appréciation du temps caractéristique du choc psychique. Le trauma réorganise le rapport au temps et à notre finitude. Le temps du traumatisme est le temps investi alors que le moment présent est partiellement désinvesti, comme l'explique S. DELEGUE en 2003 [62]. Or, l'état hypnotique modifie aussi la perception de la temporalité par rapport à nous même, ou au monde extérieur. Il permet de se recentrer sur le moment présent, qui est vécu pleinement alors que le passé et le futur s'estompent pour devenir abstraits.

1.3. Analogies neurophysiologiques

V. LUDWIG en 2013 [137] retrouve un lien entre la susceptibilité hypnotique et certains traits de personnalités liés à un fonctionnement atténué du lobe frontal, comme l'impulsivité. Cela va dans le sens des études mettant en évidence une relation entre un fonctionnement frontal atténué et la réponse hypnotique.
E. VERMETTEN souligne en 2004 [195] que les changements comportementaux et psychophysiologiques chez les patients souffrant de troubles post-traumatiques présentent des analogies avec ceux observés durant la transe hypnotique.
En effet, l'activité cérébrale retrouvée dans l'état hypnotique présente certaines similitudes

avec celle retrouvée dans l'état de stress post-traumatique.
Dans les études de rappel émotionnel du souvenir traumatique comme dans la neuro-imagerie des processus hypnotiques, des structures cérébrales semblables sont impliquées : thalamus, hippocampe, amygdale, cortex préfrontal médial, cortex cingulaire antérieur.
Il est donc intéressant de noter que certaines zones cérébrales dont l'activité est modifiée dans le PTSD sont justement mobilisables dans le travail hypnothérapeutique.
Nous avons vu notamment dans l'étude d'EGNER de 2005 [(69)] qu'il existe en hypnose une sorte de dissociation neurologique ou découplage des fonctions exécutives, avec l'activation du CCA et l'inhibition relative du cortex frontal latéral, permettant une meilleur résolution de certaines tâches cognitives.

2) La dissociation : un outil thérapeutique

Nous avons déjà évoqué la dissociation psychique liée au traumatisme, et le fait que si la participation de processus de dissociation psychique à certains états pathologiques ne fait aucun doute, les dérèglements de ce mécanisme ne doivent pas pour autant se confondre avec son existence normale et physiologique au quotidien, à l'image d'une narcolepsie qui désignerait abusivement le sommeil comme un état pathologique.
En effet, les capacités dissociatives protègent d'un débordement émotionnel ou sensoriel excessif, ou permettent encore, grâce à l'attention sélective, de focaliser l'attention sur les informations utiles en délaissant les autres comme l'explique D. SMAGA en 2008 [(179)].
Un exemple de dissociation physiologique fréquente, appelée "*highway hypnosis*" ou hypnose des autoroutes, est celui de l'automobiliste qui entre dans un état de rêverie et qui, absorbé par ses pensées, réalise soudainement le chemin parcouru, ne se rappelant parfois même plus avoir pris cet embranchement ou traversé ce carrefour…. Cet état, qui correspond à une transe hypnotique très légère, est dû à un rétrécissement du champ perceptif permettant une activité endogène plus importante. Il permet à la conscience de se libérer de la gestion comportementale et de l'activité pourtant complexe de conduite automobile, qui se réalise alors sur un mode plus automatique.
Toutefois l'unité psychique n'est pas pour autant rompue, car l'attention flottante assure la possibilité d'une réassociation rapide afin de réagir si besoin à un événement soudain.

La dissociation interroge sur nos conceptions du fonctionnement psychique normal.

Nos fonctions psychiques ne connaissent-elles pas une nécessaire dissociation permanente dans un intervalle de synthèse unitaire permanente ? La dissociation est-elle la source de ce lien unissant psychotraumatisme et hypnotisabilité ?
Toujours est-il que l'apparition de phénomènes dissociatifs lors d'un traumatisme psychique correspondrait bien à un mécanisme protecteur, devenant pathologique par son intensité persistante et inadéquate.
Notons que la dissociation comme modification d'état de conscience sur le mode de l'absorption et de la déconnexion de soi ou de l'environnement, qu'elle soit normale ou pathologique, ne saurait être comparée à la "dissociation structurelle", équivalant elle à une compartimentalisation des processus psychiques dont certains ne sont plus accessibles à la volonté, comme le souligne O. VAN DER HART en 2004 (107).
C'est le cas des personnes victimes de traumatismes répétés à l'origine d'une fragmentation de leur personnalité.

Nous avons précédemment évoqué le rôle de la dissociation dans le travail hypnothérapeutique, permettant comme dans tout travail psychothérapeutique d'ailleurs de porter son attention sur son vécu intérieur au détriment des stimulations extérieures parasites.
Comme l'indique Yves HALFON en 2007 (143) la dissociation est dans son lien à l'hypnose *« une irruption du monde intérieur dans la conscience, vécue sur un mode sensoriel habituellement réservé au monde extérieur ».*
Il propose une conceptualisation de la dissociation comme séparation d'une partie de soi-même, séparation qui va permettre de distinguer deux éléments jusqu'à présent amalgamés comme une main du reste du corps, une cognition d'un affect, une fonction sensorielle de la synthèse intégrative des perceptions. Cette partie dissociée bénéficie alors d'une relative indépendance et donc d'un fonctionnement semi-autonome par rapport au reste du sujet : lévitation de la main, écriture automatique…
L'emploi de la dissociation en transe hypnotique a pour objectif de permettre au sujet d'être à la fois acteur et spectateur de ce qu'il vit.
Nous avons effectivement évoqué les formulations de langage favorisant la dissociation en hypnose, ainsi que la réification d'un psychisme séparé en deux entité distinctes comme l'esprit conscient et l'esprit inconscient ou encore l'esprit rationnel versus émotionnel.
La dissociation est donc inhérente à l'hypnose, et tient de même une place essentielle dans les outils psychothérapeutiques utilisés notamment dans le traitement du psychotraumatisme.

En effet, les considérations actuelles sur la dissociation comme phénomène psychologique naturel protecteur permettent de rassurer le patient souffrant de symptômes dissociatifs anxiogènes, et d'effectuer un recadrage thérapeutique de ces phénomènes, selon D. SMAGA en 2008 [179].

Une façon de lutter contre le sentiment de passivité et d'impuissance face aux symptômes dissociatifs est d'expérimenter une dissociation induite dans le cadre d'une transe hypnotique, car cela s'effectue dans un contexte sécurisant et adapté au patient. Ce dernier apprivoise progressivement ce phénomène, dont il ne reste plus victime mais devient acteur.

De plus la dissociation est utilisée dans certains exercices thérapeutiques, comme celui de l'écran de cinéma, afin de s'exposer aux souvenirs traumatiques tout en maintenant la charge anxio-émotionnelle à distance.

Il est aussi possible en hypnose, comme nous allons le développer maintenant, de multiplier les niveaux de dissociation afin de diminuer d'autant l'anxiété associée et de faciliter le travail thérapeutique.

3) Les outils hypnotiques dans la névrose traumatique

Il existe un certain nombre de techniques hypnotiques possibles dans le traitement du PTSD, en sachant que pour garantir la meilleure efficacité il convient d'effectuer un choix adapté au profil et à l'histoire du patient, et souvent d'associer plusieurs outils thérapeutiques, spécifiques ou non du psychotraumatisme.

3.1. Techniques non spécifiques

Ces techniques visent à traiter la symptomatologie anxieuse non spécifique observée dans le PTSD. En effet ce dernier est constitué d'un cortège de symptômes d'anxiété sans particularité propre mais pouvant s'observer dans d'autres pathologies, et de signes spécifiques, notamment le syndrome de répétition avec ses cauchemars et la reviviscence du traumatisme.

- Tout d'abord l'induction hypnotique doit prendre en compte l'état d'hypervigilance du patient et sa crainte de revivre le traumatisme, source fréquente de réticence à l'hypnose.

L'on peut donc proposer une séance d'entraînement sans but thérapeutique initialement.

L'induction lente par fixation d'un point sur la main est souvent indiquée, permettant au patient de garder l'idée d'un certain contrôle sur ce qui se déroule et d'être rassuré sur le fait qu'il reste conscient, continuant de percevoir les bruits extérieurs tout en pouvant se détendre…

A cause de la tendance à la reviviscence, l'on occupe activement le sujet durant la transe avec un débit verbal soutenu, assez directif en évitant les propositions trop généralistes du type *« laissez venir une sensation, une image »* qui risquent d'aboutir à une reviviscence désagréable du traumatisme comme le souligne S. DELEGUE en 2003 [(62)].

. Le havre de paix ou "*safe place*" est un outil intéressant en cas d'anxiété importante, pouvant servir de point de départ sécurisant pour un travail hypnothérapeutique plus approfondi.

Il s'agit de créer un espace de bien-être rassurant où le patient peut se rendre et ressentir un sentiment de sécurité et d'apaisement, afin de contraster avec l'état d'alerte et de la perte du contrôle émotionnel quotidien. Cet espace peut être basé sur un lieu rassurant, un "ailleurs ou nulle part confortable", un souvenir agréable ou encore être entièrement construit de novo. Il convient d'induire un vécu perceptuel maximal, et d'y associer un travail d'hypno-relaxation.

. Il est possible d'utiliser des phénomènes hypnotiques basés sur la dissociation sensori-motrice comme la lévitation du bras ou l'engourdissement d'un doigt, afin de ne plus subir mais d'apprendre à contrôler ses sensations et cette capacité réifiée de dissociation tournée à son avantage.

. Parmi les techniques non spécifiques il est possible d'utiliser diverses métaphores adaptées à l'histoire du patient, notamment lorsque l'abord direct de la scène traumatique est trop anxiogène, afin de suggérer de manière analogique certains recadrages cognitifs et des changements thérapeutiques. Les métaphores permettent aussi de réaliser un travail de réification du symptôme en objet, à l'image d'un barrage de rivière pour une résistance psychique, ensuite remodelé ou transformé afin d'obtenir une diminution voire une disparition symptomatique.

. Il est courant d'utiliser des suggestions assez généralistes d'amélioration ou d'évolution, ou bien visant certains symptômes cibles comme les cauchemars en suggérant un bon sommeil réparateur avec des rêves différents par exemple. L'on s'appuie ensuite sur les changements obtenus pour ratifier les capacités d'évolution du patient et induire d'autres changements, ainsi que l'explique D. SMAGA en 2008 [(179)].

. L'hypnose peut être associée à des techniques psychanalytiques dans un but d'exploration des conflits intra-psychiques non résolus, responsables pour certains auteurs de l'expression de symptômes de stress post-traumatiques à l'occasion d'un événement potentiellement traumatisant.

3.2. Techniques de travail du souvenir traumatique

. La technique la plus classique, développée par l'équipe de l'hôpital militaire Desgenettes de Lyon et rapportée par D. MICHAUX [(143)], utilise une dissociation entre les images du traumatisme et la charge émotionnelle afin d'obtenir une meilleure gestion du souvenir traumatique et de traiter le syndrome de répétition.

Il s'agit de faire visualiser au patient la scène traumatique sur un écran de cinéma, en lui donnant la possibilité de ne plus subir passivement ces images intrusives mais de prendre le contrôle du défilement grâce à une télécommande imaginaire, le tout en facilitant un climat de sécurité et de confort afin d'en dissocier les émotions désagréables.

L'on peut proposer au sujet d'agir sur la taille de l'écran, le réduire ou l'éloigner si la charge émotionnelle reste trop importante.

Il est possible de multiplier les niveaux de dissociation afin de diminuer d'autant l'angoisse associée, en proposant par exemple au patient de s'observer lui-même sur le fauteuil en train de regarder le film, lorsque l'exposition visuelle directe reste trop anxiogène.

C'est une technique de double dissociation, permettant d'être présent sans l'être totalement, d'être à la fois spectateur et acteur.

L'on propose ensuite au patient de faire un arrêt sur une image choisie de la scène, et d'induire une modification de cette image, de changer par exemple la couleur d'un détail de l'image.

Cet exercice hypnotique permet à la fois de se désensibiliser par rapport à la scène traumatique en mettant en place une mentalisation des faits non plus gérée par l'effroi et l'impuissance, de retrouver la maîtrise du souvenir traumatique qui revient automatiquement à la conscience et enfin de lui faire perdre son caractère immuable et stéréotypé, et donc son pouvoir anxiogène, en le transformant progressivement.

L'efficacité de cette technique est tout à fait surprenante, et ses effets souvent immédiats viennent contredire les travaux qui, généralement, présentent les conséquences du traumatisme comme relativement peu réversibles [(143)].

. SPIEGEL décrit en 1987 une variante de l'écran de cinéma, avec l'emploi d'un double écran. Le patient visualise en état hypnotique un écran séparé en deux avec sur une partie la scène traumatique et sur l'autre les aspects positifs de son comportement sur le moment, ou encore les souvenirs agréables l'unissant au défunt par exemple. Cette méthode met en perspective le traumatisme comme un élément de l'histoire du patient et non comme un tout envahissant.

Elle facilite l'expression des sentiments de colère, d'impuissance ou de culpabilité et met en avant les capacités valorisantes du patient de manière à lutter contre la mésestime de soi consécutive au trauma.

. L'hypnose peut permettre également d'effectuer une abréaction en faisant revivre le traumatisme et les affects associés dans le but d'une catharsis. Elle permet de retrouver des éléments oubliés ou réprimés du traumatisme pour les réintégrer dans le vécu du sujet. Le succès de la technique d'abréaction dépend de la nouvelle vision de la situation traumatique et du vécu affectif qu'elle induit.

. Il existe de nombreux autres outils thérapeutiques en lien avec la scène traumatique, facilitant le travail de réassociation, l'évacuation des émotions et la métabolisation du traumatisme par le sujet. Citons par exemple celui de "la restauration narcissique", s'employant souvent avec la technique de l'écran. Il s'agit d'une thérapie faisant intervenir le patient comme son propre thérapeute, à l'aide d'un procédé reliant le sujet actuel à celui de la scène traumatique afin qu'il puisse le rassurer sur ses propres réactions et son avenir.

Si les principaux exercices hypnotiques se basent sur des principes de thérapie cognitivo-comportementale avec exposition progressive et désensibilisation, il est aussi possible d'associer à l'hypnose certaines techniques d'EMDR afin de traiter le souvenir traumatique.

Il y a toutefois d'une manière ou d'une autre, avec ce groupe de techniques, confrontation plus ou moins directe avec la scène traumatique. Or cette confrontation est souvent très anxiogène pour le patient. Si le changement d'orientation ou de réalité subjective induit par la transe facilite une confrontation non anxiogène à l'événement traumatique, celle-ci peut rester difficile.

Il faut alors changer un peu plus la réalité du patient en approfondissant la transe, voire utiliser un autre type de technique évitant la confrontation directe : la régression temporelle.

3.3. Technique de régression temporelle

L'hypothèse de travail est la suivante : les traumatisés ont une temporalité subjective toute particulière, liée au syndrome de répétition.
En effet du point de vue du patient, l'impression est plutôt celle d'une disparition de la temporalité. La projection dans l'avenir proche est difficile, et l'évocation du passé ravive très vite le traumatisme. Passé, présent et futur s'estompent devant la répétition douloureuse du traumatisme, qui est toujours bien actuel.
Il vit dans l'éternel présent du traumatisme qui se répète, non pas comme un souvenir mais comme s'il se reproduisait à chaque instant, sursautant au moindre bruit car il est toujours sur les lieux de l'accident ou de l'agression.
Ainsi le temps linéaire normal, avec un passé, un présent et un futur est remplacé par un temps circulaire, qui tourne autour du moment traumatique.

A partir de cette hypothèse, le Dr S. DELEGUE propose au IIIème Forum d'Hypnose et de Thérapie brève en 2003 [(62)], d'utiliser l'hypnose pour aplanir le temps et redonner du poids au passé et au futur.
L'objectif est de redonner consistance au passé du sujet en expérimentant une transe profonde avec régression temporelle, c'est-à-dire d'induire en hypnose la reviviscence d'un souvenir lointain, antérieur au traumatisme. L'on crée ainsi un pont affectif entre le passé et le présent du sujet.
Il faut que la reviviscence soit complète, maniant au maximum les modalités sensorielles, afin que le passé soit de nouveau vécu comme présent grâce à la transe hypnotique.
Il convient, cette fois-ci, encore de s'adapter au patient afin d'éviter une abréaction ou une reviviscence du traumatisme, en évitant les suggestions trop ouvertes ou les suggestions d'images par exemple chez les sujets souffrant de répétitions intrusives d'une image traumatique. L'on suggère une régression en quelque sorte "atemporelle" en évitant d'orienter par étape le sujet vers son passé, ce qui risquerait certainement de nous faire tomber sur le moment traumatique.
La régression temporelle peut s'appuyer sur un phénomène hypnotique observé, comme par exemple une lévitation de la main : *« … et il y a en vous toutes ces expériences où vous levez la main, où vous êtes fier de lever la main… à l'école vous connaissez la réponse à la question du maître… ou encore pour faire signe à cette personne, vous levez la main… »*

Elle peut aussi s'effectuer à partir d'un moment agréable apporté par le patient, mais où le syndrome de répétition a spontanément disparu, comme ce patient du Dr DELEGUE dont les cauchemars ont totalement disparu après une séance de reviviscence du plaisir à manger son dessert préféré fait par sa femme, lors d'un repas avec des amis quelques jours plus tôt. La régression fut confirmée après la séance, le patient ayant revécu avec de vives sensations un moment de son enfance où sa mère lui offrait cette pâtisserie.
Ainsi l'obtention d'une régression temporelle suffisamment profonde redonne du poids et de la consistance au passé du sujet. Celui-ci devient autre chose que l'événement traumatique, il s'ouvre sur d'autres souvenirs. Le temps retrouve sa linéarité et cela peut être suffisant pour obtenir une amélioration clinique notable.

4) L'hypnothérapie dans le traitement du psychotraumatisme

Dès les années 1980, les auteurs dont Erika FROMM prédisaient pour les décennies à venir un développement important de l'hypnose, dont l'étude devait évoluer de simples publications de cas, assez nombreuses sur le sujet, à de véritables essais randomisés contrôlés. Malheureusement ces études restent encore trop rares à ce jour ; nous allons toutefois citer celles qui nous paraisssent les plus intéressantes.

- La première étude randomisée controlée de l'hypnothérapie dans le psychotraumatisme date de 1989 : D. BROM, R. KLEBER et P. DEFARES [35] y comparent l'efficacité de trois psychothérapies différentes dans le traitement du PTSD, à savoir la désensibilisation, la thérapie psychodynamique et l'hypnothérapie.

L'hypnothérapie y est associée à une approche cognitivo-comportementaliste dans un but de confrontation au souvenir traumatique avec gestion des émotions conditionnées par ce rappel.
Les résultats montrent une diminution significative des symptômes d'intrusion dans les groupes "hypnothérapie" et "désensibilisation", alors que les symptômes d'évitement sont significativement plus faibles dans le groupe "thérapie psychodynamique".
Ces différences sont significatives en comparaison du groupe témoin et persistent 3 mois après la fin du traitement.
Il n'y a toutefois pas de différence d'efficacité entre les trois groupes de psychothérapie, qui sont tous trois plus efficaces que le placement sur la liste d'attente.

Pendant longtemps l'étude de BROM a constitué le seul étayage scientifique de l'utilisation de l'hypnothérapie dans le psychotraumatisme.

Ainsi dans le *Guidelines for Treatment of PTSD* de E. FOA en 2000 [88] l'hypnothérapie ne bénéficie que d'un faible niveau de preuve (C) pour le traitement du PTSD.
Son utilisation est recommandée chez les patients présentant un niveau au moins modéré d'hypnotisabilité, pour le traitement des cauchemars et des symptômes dissociatifs.
L'intérêt de l'hypnose pour la relaxation, l'amélioration de la relation médecin-malade et le travail de réassociation est aussi souligné. E. FOA, comme CARDEÑA en 2000, conseille l'utilisation de l'hypnose en association avec d'autres traitements psychothérapeutiques ou médicamenteux, afin de renforcer leur efficacité.

- Plusieurs auteurs dont H. HOLLANDER *et al*. en 2009 [113] soulignent l'intérêt d'associer l'hypnose à l'EMDR dans le traitement du psychotraumatisme dans une forme de thérapie appelée Eye Closure Eye Movements ou ECEM. Ils avancent, s'appuyant sur des séries de cas cliniques, plusieurs avantages par rapport à l'EMDR seule, notamment une meilleure tolérance des séances avec une plus grande efficacité sur les symptômes dissociatifs.

- R. BRYANT *et al*. [38] en 2005 ont comparé les effets d'une Thérapie Cognitivo-Comportementale seule ou adjointe à l'hypnose, face à une simple thérapie de soutien chez des patients souffrant d'Etat de Stress Aigu.

Le groupe TCC associé à l'hypnose montre une diminution significativement plus importante des symptômes de répétition en post-traitement immédiat que dans le groupe TCC seule.
L'évolution à 6 mois et 3 ans montre une moindre prévalence du PTSD dans ces deux groupes par rapport au groupe thérapie de soutien, sans pour autant de différence d'efficacité entre ces deux groupes TCC ou TCC et hypnose, selon R. BRYANT *et al.* en 2006 [39].
Toutefois la méthodologie de l'étude est contestable. En effet l'hypnose y est réduite à la diffusion d'une bande audio d'une induction standard préenregistrée, 15 minutes avant chaque exercice d'exposition imaginaire. Il n'y a donc pas d'hypnothérapeute, d'adaptation au patient ni de possibilité d'évaluation de l'existence et de la qualité de la transe hypnotique.

➢ En 2008, E. ABRAMOWITZ *et al.* [1] publient une étude randomisée comparative sur les effets de l'hypnothérapie et d'un traitement hypnotique par Zolpidem dans la prise en charge des troubles du sommeil des patients souffrant de syndromes psychotraumatiques consécutifs à des expositions militaires.

42 patients répondant au critère diagnostic du PTSD selon le DSM-IV sont répartis en 2 groupes comparables selon les différentes échelles d'évaluation et leurs caractéristiques socio-démographiques. Un premier groupe reçoit un comprimé de 10mg de Zolpidem et un second groupe bénéficie de deux séances hebdomadaires d'hypnothérapie de 1h30, le tout durant deux semaines. Le thérapeute utilise entre autre des techniques de régression en âge, permettant au patient de revivre des périodes de sa vie où son sommeil était satisfaisant, en réalisant ce que l'on appelle des "ponts affectifs" vers le présent.

Les patients sont évalués avant, après puis à 1 mois du traitement, pour les symptômes psychotraumatiques avec la *Posttraumatic Diagnostic Scale* ou PDS et l'*Impact of Event Scale* ou IES, puis pour les symptômes dépressifs avec la *Beck Depression Inventory* ou BDI.

Le sommeil est évalué chaque matin par un autoquestionnaire durant le traitement et le mois suivant.

Les résultats de l'étude indiquent une réduction significativement plus marquée dans le groupe "hypnothérapie", au terme du traitement puis à 1 mois, pour les scores de la PDS ($p=0,034$), de l'IES principalement aux sous-scores d'intrusion et d'évitement ($p<0,0005$), et pour la BDI ($p<0,0005$).

La durée totale de sommeil est augmentée dans les deux groupes, sans différence d'efficacité.

Par contre, le groupe "hypnothérapie" bénéficie d'une plus grande amélioration de la qualité du sommeil ($p=0,003$) et d'une diminution plus importante du nombre de réveils nocturnes que le groupe "Zolpidem" ($p=0,006$).

Au matin, la capacité de concentration est meilleure dans le groupe "hypnothérapie" ($p=0,024$), tandis que la fatigue y est moindre ($p<0,0005$), alors que ces variables n'ont pas bougé dans le groupe "Zolpidem". Ces résultats sont stables à 1 mois après la fin du traitement.

Cette étude explore une facette importante de la prise en charge du PTSD, car les troubles du sommeil ont des répercussions importantes sur l'intensité des symptômes psychotraumatiques et dépressifs associés, comme le démontre leur baisse d'intensité dans ce travail.

➢ En 2010, E. ABRAMOWITZ et P. LICHTENBERG [(2)] réalisent une étude prospective ouverte sur l'efficacité d'une nouvelle technique hypnothérapeutique dans le PTSD, appelée *Hypnotherapeutic Olfactory Conditionning* ou HOC, par conditionnement olfactif hypnotique.

Il se basent sur le succès thérapeutique de cette technique, qu'ils utilisèrent en 2009 [(3)] sur un ancien militaire souffrant de PTSD suite à l'explosion d'une mine sous sa voiture, tuant tous ses collègues sous ses yeux. Il présentait un syndrome de reviviscence déclenché par l'odeur d'essence ou de viande grillée. En résumant grossièrement, le principe de la thérapie a été d'assimiler une odeur liée à des souvenirs agréables et à la construction d'une *safe place* , pour lui l'odeur de basilic, et d'exposer, au fil des séances, la scène traumatique par la technique de l'écran tout en remplaçant progressivement l'odeur désagréable de l'essence par celle du basilic. L'on nomme "point d'ancrage" le lien établi entre la quiétude de la *safe place* et l'odeur du basilic. La dernière séance revient sur les souvenirs des premières crises d'angoisse, en y remplaçant aussi l'odeur gâchette par celle du basilic.

Suite au traitement le score IES passa de 73 à 32, et le score de dissociation de la *Dissociative Experiences Scale* ou DES passa de 38 à 22. Les résultats sont restés stables après un an d'évolution.

L'étude prospective de 2010 concerne 37 patients souffrant de PTSD, recrutés dans le *Posttraumatic Stress Disorder Treatment Unit of the Mental Health Services of the Israel Defense Forces*, et traités par 6 séances hebdomadaires de 1h30.

Les traitements médicamenteux antérieurs sont poursuivis et continuent d'être adaptés par le psychiatre. Pour information, au moment de l'inclusion tous les participants reçoivent un ISRS, 50% des benzodiazépines, 25% des antipsychotiques à visée sédative.

Au terme des 6 semaines d'hypnothérapie, les résultats montrent une diminution significative des scores sur les trois échelles d'évaluation. L'IES-Révisée passe en moyenne de 77,1 à 48 , la BDI de 30,3 à 18,5 , et la DES de 47,3 à 33,7.

Ces résultats se maintiennent à 6 mois, avec une nouvelle diminution de l'IES-R à 1 an.

Sur l'ensemble, 58% des patients ont répondu au traitement avec une baisse d'au moins 50% de leurs scores à l'IES-R.

Il est également retrouvé une diminution des consommations de psychotropes à 1 an : 31% des patients ont diminué ou arrêté leurs ISRS, 55% leurs antipsychotiques et 100% leurs benzodiazépines.

Par ailleurs, le niveau d'hypnotisabilité mesuré par la *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale form C* ou SHSS :C est positivement corrélée à la diminution des trois échelles : les patients ayant une meilleure susceptibilité hypnotique ont une diminution accrue de leurs scores. A contrario, les patients ayant un score de SHSS :C <4 ne bénéficient que d'une diminution isolée de l'IES-R.
L'efficacité du traitement n'est pas affectée par le "facteur âge" au moment du trauma ni par la durée écoulée entre ce dernier et l'étude.
Les auteurs soulignent donc le caractère encourageant de tels résultats, d'autant que les patients souffrant de PTSD suite à des affrontements sont particulièrement difficiles à soulager ; les participants à cette étude souffrent de troubles psychotraumatiques évoluant en moyenne depuis 16 ans et ont déjà connu plusieurs approches thérapeutiques.
Grâce à la prise en charge par HOC, ils bénéficient d'une diminution des symptômes du PTSD et dépressifs, avec un maintien de cette amélioration à 1 an.

Cependant l'étude présente plusieurs limites. Elle est naturaliste, sans contrôle des traitements psychotropes, d'autant que le prescripteur est également l'hypnothérapeute.
D'autre part aucune information n'est disponible sur l'évolution du diagnostic de PTSD, et il n'y a pas non plus de groupe témoin.
Enfin, la prise en charge nécessite l'existence d'un stimulus olfactif, moins répandu dans la population civile ; toutefois les auteurs soulignent qu'ils ont appliqué la méthode HOC en 2009 à un cas de phobie des aiguilles et à un trouble panique avec succès, et ce en l'absence de stimulus olfactif.

- Une méta-analyse de 2008 réalisée par S. BENISH *et al.* [14] fit polémique en concluant à l'égale efficacité d'un bon nombre de psychothérapies dans la prise en charge du PTSD.

Etaient notamment inclus la gestion du stress, les traitements psychodynamiques, l'EMDR, l'hypnothérapie, la TCC, puis des thérapies basées ou non sur l'exposition.
Bien qu'il s'agisse de la plus grande méta-analyse d'études comparatives directes sur le sujet, avec 15 études et 958 participants, la principale critique faite à son égard reste le nombre relativement faible d'études incluses avec 17 comparaisons directes, certains auteurs comme HIGGINS et THOMPSON considérant qu'environ 20 comparaisons sont nécessaires pour obtenir une hétérogénéité statistique adéquate.

A. EHLERS *et al.* [70] reprochent également à BENISH *et al.* de n'avoir pas pris en considération les différences de puissance de taille des études analysées ainsi que l'évolution des protocoles et des techniques employées, et de n'avoir pas assez différencié les résultats des prises en charge psychothérapeutiques des évolutions naturelles des pathologies. Ils insistent sur l'importance du contenu psychothérapeutique, devant être axé sur le trauma, comme la TCC ou l'EMDR dont le niveau de preuve bénéficie à ce jour de très nombreuses publications.

- Une étude comparative randomisée longitudinale en simple aveugle fut réalisée par C. LESMANA *et al.* en 2009 [135], concernant l'efficacité de l'hypnothérapie associée à une approche spirituelle : la *Spiritual Hypnosis Assisted Therapy* ou SHAT, pour traiter des enfants de 6 à 12 ans souffrant de PTSD selon le DSM-IV-TR, suite aux attentats à la bombe de Bali en 2002.

En Indonésie, la médecine occidentale cohabite avec la médecine traditionnelle religieuse des guérisseurs, plus de 90% de la population étant hindouiste à Bali. Certains chercheurs actuels ont une approche holistique et intègrent dans leur prise en charge tous ces composants bio-psycho-socio-spirituels.

Le traitement par SHAT consiste en une séance d'hypnose de 30 minutes, assimilant des techniques de méditation traditionnelle à l'induction hypnotique, et une fois la transe hypnotique authentifiée, des suggestions en lien avec leurs croyances religieuses à des techniques de confrontation à la scène traumatique et de libération émotionnelle.

Un groupe contrôle de 178 enfants n'a reçu aucun traitement, alors qu'un second groupe de 48 a bénéficié d'une seule séance de SHAT, en traitement collectif de deux sous-groupes.

Les résultats montrent une amélioration significative ($p<0,0001$), à 2 ans de suivi, de 77,1% sur les symptômes du PTSD dans le groupe SHAT, comparée à une amélioration de 24,2% dans le groupe contrôle. Les symptômes sont évalués par une échelle conçue par les auteurs et basée sur le DSM-IV-TR.

L'on retrouve, de plus, en moyenne, une plus grande réduction des scores d'évaluation symptomatique d'hypervigilance, de reviviscence et d'évitement dans le groupe SHAT par rapport au groupe contrôle, entre l'évaluation pré-traitement et à 2 ans d'évolution ($p<0,005$).

L'on voit donc que, quelles que soient les polémiques ou limites des études sur le sujet, l'hypnothérapie dans la prise en charge du psychotraumatisme commence à bénéficier d'un meilleur étayage scientifique, bien qu'encore fragile.
Les résultats sont en effet encourageants, et la recherche future devrait permettre de les confirmer notamment par des études systématiques randomisées encore trop rares, ce malgré les difficultés qu'entraîne l'étude d'une psychothérapie se proposant justement d'échapper au carcan de la protocolisation.

D/ DISCUSSION

Ainsi nous avons vu que les troubles liés aux expériences traumatiques ont une forte prévalence sur la vie entière, et sont souvent sous-estimés malgré les conséquences graves et durables sur la santé psychique des victimes, leur vie affective, sociale et professionnelle.
Le syndrome psychotraumatique est composé principalement de symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hypervigilance, sans compter le cortège des co-morbidités psychiatriques associé.
La psychopathologie des états de stress post-traumatiques se situe au carrefour de l'interaction entre l'impact psychique d'un événement exogène potentiellement traumatisant, et l'intervention de facteurs de vulnérabilité endogènes.
L'étude du modèle psychopathologique nous révèle que le mécanisme psychologique principal du psychotraumatisme trouve probablement sa source dans le dérèglement d'un processus dissociatif initial protecteur, devenant pathologique par son intensité et sa pérennisation.
Or, nous avons vu que des processus dissociatifs sont justement mis en œuvre dans l'hypnose, qui apparaît donc comme une thérapie particulièrement adaptée au psychotraumatisme, d'autant que les sujets souffrant de ce syndrome présentent une meilleure susceptibilité hypnotique que la population générale.

En effet l'hypnose, phénomène naturel ayant longtemps souffert de préjugés, quitte aujourd'hui le domaine de l'occultisme pour celui des neurosciences notamment grâce aux progrès de la neuro-imagerie fonctionnelle. Ainsi l'état hypnotique est désormais avéré, correspondant à un état neurologique différent de la vigilance normale, ce qui appuie

l'hypothèse d'un état de conscience modifié révélant certaines capacités non accessibles à l'état de veille habituel.
L'hypnose offre un cadre sécurisant aux patients victimes de traumatismes afin de pouvoir travailler les patterns cognitifs liés aux souvenirs traumatiques, tout en diminuant ou supprimant la charge émotionnelle associée.
Elle présente de plus l'avantage de pouvoir s'associer à d'autres formes psychothérapeutiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale ou l'EMDR, ayant démontré leur efficacité dans la prise en charge du psychotraumatisme.

L'utilisation de l'hypnose dans le traitement des troubles liés aux traumatismes remonte pour certaines descriptions au début du XIXème siècle. Les grands conflits armés du XXème siècle furent l'occasion de publications d'une longue série de cas sur l'hypnose dans les cas de "*shell shock*", toutefois il fallut attendre 1989 pour que BROM *et al*. publient la première étude contrôlée randomisée sur le sujet. Si la supériorité du traitement par hypnose comparé à l'absence de traitement ne fait plus polémique aujourd'hui, les études contrôlées randomisées validant la pratique de l'hypnose pour le psychotraumatisme restent assez peu nombreuses, comparées à celles consacrées aux TCC ou à l'EMDR, qui détiennent d'ailleurs actuellement le meilleur niveau de preuve d'efficacité dans cette indication.
Nous pouvons donc nous poser la question des raisons de cette carence d'études concernant l'emploi de l'hypnose dans cette indication.

Nous pouvons certainement invoquer dans ce contexte les difficultés propres à l'évaluation des phénomènes psychothérapeutiques en général, qui par nature sont subtils, individuels, souvent intersubjectifs et qui, de fait, se prêtent peu à une quantification sur le modèle des sciences expérimentales.
Les auteurs du rapport de l'INSERM de 2004 sur l'évaluation des psychothérapies [(164)] font en effet un rapprochement entre les psychothérapies et les sciences idiographiques, autrement dit les sciences étudiant les phénomènes uniques, non reproductibles, dont on ne peut faire qu'une description individualisée comme l'histoire, la géographie ou l'archéologie. Or, l'on connaît l'importance de la métaphore archéologique dans la description du processus psychanalytique de FREUD.
En revanche, les sciences nomothétiques s'efforcent d'établir des lois, testent des hypothèses générales en se basant sur la reproductibilité et proposent des modèles de fonctionnement

psychologique. Le cas individuel est supposé, comme l'explique J. COTTRAUX en 1988 [53], *« porter en lui-même la forme entière de l'humaine condition »*, que l'on peut dégager par induction et repérer dans d'autres individus au cours d'études statistiques.
La recherche en psychothérapie semble finalement osciller entre les pôles nomothétique et idiographique.
Ainsi FREUD qui tenta toute sa vie d'établir des lois générales issues de l'expérience analytique, tout en pensant pourtant que le travail analytique individuel ne pouvait être soumis à l'enquête statistique.

Toutefois l'évaluation des psychothérapies, dont l'hypnothérapie, est plus complexe que l'évaluation de l'efficacité d'une pharmacothérapie, par exemple.
Tout d'abord, plutôt que de parler de subjectivité des mesures évaluant l'état psychique d'une personne, notons que les instruments de mesure en psychopathologie dépendent fortement d'un système théorique bien précis. Pour comprendre, prenons le domaine de la Physique avec la définition du mètre datant de 1983 : *« longueur du trajet parcouru dans le vide par la lumière pendant une durée de 1/299 792 458 de seconde »*. Cela suppose que la vitesse de la lumière dans le vide est une constante, et fait appel à la théorie ondulatoire de la lumière.
Or dans le champ de la psychopathologie ces systèmes théoriques ne sont pas toujours bien explicités, et peuvent ne pas être congruents avec les théories psychopathologiques sous-jacentes aux psychothérapies.
Chaque psychothérapie nécessiterait donc au mieux ses propres critères d'évaluation, rendant par là même difficile la comparaison entre différentes psychothérapies.
Si la situation idéale d'un instrument de mesure compatible avec le support théorique utilisé par la psychothérapie évaluée n'existe pas encore, le rapport de l'INSERM de 2004 propose l'alternative plus modeste de recourir à des critères cliniques, évaluant donc plutôt les effets de la thérapie.

Citons une autre particularité de l'évaluation des psychothérapies : l'impossibilité de comparer après randomisation et en double aveugle une psychothérapie active à un placebo, sur le modèle des études pharmacologiques.
En effet obtenir un groupe contrôle placebo pour une thérapie, ainsi qu'un thérapeute ignorant la thérapie qu'il doit pratiquer, sont des critères impossibles à honorer.
L'on compare donc plutôt la thérapie à une autre thérapie, ou à la mise sur une liste d'attente,

ce qui toutefois ne va pas sans poser quelques problèmes éthiques.
Constituer un groupe contrôle ne va pas sans problèmes, en effet les phénomènes relationnels et situationnels, les attentes des thérapeutes et des patients sont des ingrédients actifs de tout système psychothérapique, et par ailleurs difficilement reproductibles.
D'autre part les caractéristiques du thérapeute, son empathie, sa force de persuasion, ses compétences, etc., interviennent dans l'efficience de la thérapie ; or ces critères sont variables d'un thérapeute à l'autre, ce qui est aussi à prendre en compte.
Enfin, évoquons le fait que, pour être la plus efficace possible, l'hypnose doit être adaptative au patient. Les techniques hypnotiques utilisées doivent prendre en compte l'histoire et la personnalité du sujet, la singularité de l'anamnèse et du vécu de chacun, les capacités ou ressources disponibles… Si nous prenons par exemple deux patients souffrant de PTSD avec des scores d'évaluation symptomatique identiques, pour l'un, le travail avec confrontation directe pendant la transe sera possible, alors que, pour l'autre, il faudra recourir à des techniques indirectes, la première solution restant trop anxiogène.
Or cette adaptation individuelle peut paraître antinomique avec la protocolisation systématique mais nécessaire de la recherche scientifique en médecine.

Ainsi ces difficultés propres à l'étude des psychothérapies peuvent constituer un élément de réponse quant à la carence d'étude évaluant l'intérêt de l'hypnose dans le psychotraumatisme.
Toutefois l'évaluation des thérapies sur le principe de la médecine fondée sur des preuves est chose possible, comme le prouvent d'ailleurs les nombreuses publications sur la TCC.
E. CARDEÑA affirmait déjà en 2000 [(42)] qu'il était possible de démontrer l'efficacité des techniques hypnotiques.
Si S. LYNN en 2012 [(138)] affirme qu'il existe actuellement dans la littérature scientifique assez de garanties aux praticiens pour intégrer l'hypnose à leur gamme d'interventions dans le PTSD, il n'insiste pas moins sur la nécessité de nouvelles études contrôlées randomisées, de bonne qualité méthodologique, afin d'évaluer notamment les composantes et les mécanismes théoriques associés à l'efficacité du traitement.
L'expertise actuellement en cours de l'INSERM sur l'évaluation des psychothérapies sera peut-être en mesure de nous fournir de nouveaux éléments de réponse.

CONCLUSION

Si la nature de l'hypnose put nourrir de passionnants débats au cours de ces derniers siècles, la réalité de l'existence d'un état hypnotique n'est aujourd'hui plus contestée, notamment grâce aux progrès de l'imagerie cérébrale ayant permis l'identification d'un mode de fonctionnement cérébral différent de celui de l'état de veille en hypnose. L'hypothèse d'un état de conscience modifié se trouve donc confortée, et plusieurs caractéristiques inhérentes à l'état hypnotique en font une thérapie de choix des personnes souffrant d'Etat de Stress Post Traumatique.

Ces dernières bénéficient effectivement d'une meilleure susceptibilité hypnotique, et donc d'une plus grande efficacité de l'hypnose que la population générale ; de plus l'état hypnotique permet au sujet de recouvrer la maîtrise notamment de ses capacités de dissociation psychique, en passant du statut de victime passive à l'acteur de celles-ci.

En effet la psychopathologie du psychotraumatisme semble intégrer un dysfonctionnement de la dissociation physiologique et protectrice initiale, devenant pathologique par son intensité excessive et sa pérennisation.

Si les études concernant la prise en charge des patients psychotraumatisés par l'hypnose sont encourageantes, elles restent encore trop peu nombreuses à ce jour et l'hypnothérapie est simplement proposée dans les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé comme complémentaire de la TCC afin de réduire certains symptômes du PTSD.

Malgré les difficultés propres à l'évaluation d'une psychothérapie se révélant dans l'individualité, il paraît toutefois important de pouvoir confirmer les résultats actuels par de nouvelles études de qualité, l'hypnose étant en mesure de constituer un atout thérapeutique majeur dans la prise en charge des patients souffrant d'Etat de Stress Post-Traumatique.

ANNEXES

Annexe I : Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale ou PCL-S

PCL-S

Nom : Prénom : Âge : Sexe : Date : / / .

Instructions

Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le *mois précédent*.

L'événement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) :_____

Date de l'événement : _____/_____/_____

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).					
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5

Score total |__|__|__|

Annexe II : The Impact of Event Scale – Revised ou IES-R

Test IES-R (Weiss et Marmar, 1997)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un évènement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours, en ce qui concerne l'événement suivant :

ENTOUREZ LA RÉPONSE CORRESPONDANT À VOTRE CHOIX

	Pas du tout	Un peu	Moyenne-ment	Beau-coup	Énormé-ment
Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement.	0	1	2	3	4
Je me suis réveillé la nuit.	0	1	2	3	4
Différentes choses m'y faisaient penser.	0	1	2	3	4
Je me sentais irritable et en colère.	0	1	2	3	4
Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.	0	1	2	3	4
Sans le vouloir, j'y repensais.	0	1	2	3	4
J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.	0	1	2	3	4
Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui m'y faisait penser.	0	1	2	3	4
Des images de l'événement surgissaient dans ma tête.	0	1	2	3	4
J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement.	0	1	2	3	4
J'essayais de ne pas y penser.	0	1	2	3	4
J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.	0	1	2	3	4
Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés.	0	1	2	3	4
Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à m'endormir.	0	1	2	3	4
J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.	0	1	2	3	4
J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à me concentrer.	0	1	2	3	4
Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.	0	1	2	3	4
J'ai rêvé à l'événement.	0	1	2	3	4
J'étais aux aguets et sur mes gardes.	0	1	2	3	4
J'ai essayé de ne pas en parler.	0	1	2	3	4

Annexe III: Echelle de susceptibilité hypnotique de Stanford, forme A, feuille de cotation.

Sujet numéro	Date	Note totale
Nom	Opérateur	

Item	Critère de succès	Score (+/-)
1. Oscillation posturale	Chute spontanée	
2. Fermeture des yeux	Yeux fermés spontanément	
3. Abaissement de la main (gauche)	Abaissement d'au moins 20 centimètres à la fin des 10 secondes	
4. Immobilisation du bras (droit)	Le bras se lève de moins de 3 centimètres en 10 secondes	
5. Blocage des doigts	Séparation incomplète des doigts à la fin des 10 secondes	
6. Rigidité du bras (gauche)	Bras plié de moins de 5 centimètres en 10 secondes	
7. Rapprochement des mains	Mains à moins de 20 centimètres après 10 secondes	
8. Inhibition verbale (nom)	Nom non dit dans les 10 secondes	
9. Hallucination (mouche)	Tout mouvement, grimace, ou reconnaissance de l'effet	
10. Catalepsie des yeux	Les yeux restent fermés à la fin des 10 secondes	
11. Suggestion post-hypnotique (changement de siège)	Toute réponse motrice partielle	
12. Amnésie	Trois ou moins de trois items remémorés	
	Total des scores (+)	

LEXIQUE

APA: American Psychological Association
BDI: Beck Depression Inventory
BDNF: Brain-derived neurotrophic factor
CAPS: Clinical Administered PTSD Scale
CCA: Cortex Cingulaire Antérieur
CFL: Cortex Frontal Latéral
CIM-10: Classification Internationale des Maladies, 10ème édition
CISD: Critical Incident Stress Debriefing
CISM: Critical Incident Stress Management
CUMP: Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DES: Dissociative Experiences Scale
DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition Text Revision
ECEM: Eye Closure Eye Movements
EEG: électroencéphalogramme
EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ERP: Event-Related Potential
ESA: Etat de Stress Aigu
GABA: Acide-Gamma-Aminobutyrique
HAMA: Echelle d'Appréciation de l'Anxiété de Hamilton
HOC: Hypnotherapeutic Olfactory Conditionning
IES-R: Impact of Event Scale-revised
IRMf: Imagerie par Résonnance Magnétique fonctionnelle
ISRS: Inhibiteurs Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
MBCTD : Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression
MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction
MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview
NICE: National Institute for Health and Care Excellence
PCL-S: Posttraumatic Check List Scale
PDS: Posttraumatic Diagnostic Scale
PET-scan: Positron Emission Tomography-scan
PNL: Programmation Neuro-Linguistique
PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder
rCBF: regional Cerebral Blood Flow
REM: sleep : Rapid Eye Movement sleep
RMD: Réseau du Mode par Défaut
rTMS: repetitive Transcranial Magnetic Stimulation
SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente
SCID: Structured Clinical Interview for DSM
SHAT: Spiritual Hypnosis Assisted Therapy
SHSS-C: Stanford Hypnotic Susceptibility Scale form C
TCC: Thérapie Cognitivo-Comportementale
USA: United States of America
WFSBP: World Federation of Societies of Biological Psychiatry

BIBLIOGRAPHIE

1. ABRAMOWITZ EG, BARAK Y, BEN-AVI I, KNOBLER HY. Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: a randomized, zolpidem-controlled clinical trial. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2008;56(3):270–280.

2. ABRAMOWITZ EG, LICHTENBERG P. A new hypnotic technique for treating combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective open study. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2010;58(3):316–328.

3. ABRAMOWITZ EG, LICHTENBERG P. Hypnotherapeutic olfactory conditioning (HOC): Case studies of needle phobia, panic disorder and combat-induced PTSD. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2009;57(2):184–197.

4. AIM P. hypnose et arrêt du tabagisme. Aspects théoriques.Résultats d'une étude pilote.Elaboration d'un protocole d'étude. 2009.

5. ALONSO J, ANGERMEVER MC, BERNERT S, BRUFFAERTS R, BRUGHA TS, BRYSON H et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2004;420:21–27.

6. AMSLEM-KIPMAN A., M. THURIN M. TJ. Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale. 2005:407.

7. ASSOCIATION AP. *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000).Traduction française par J.D. Guelfi et al.* (Masson, ed.). Paris; 2000.

8. BANDELOW B, SHER L, BUNEVICIUS R et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive – compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2012;16:77–84.

9. BARABASZ A, BARABASZ M, JENSEN S, CALVIN S, TREVISAN MS, WARNER D. Cortical event-related potentials show the structure of hypnotic suggestions is crucial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1999;47(1):5–22.

10. BARDOT E. Francine Shapiro, Histoire de L'EMDR. *Traitement EMDR France*. 2013. Available at: http://emdr.fr/historique.htm.

11. BELLET P. Bernheim.L'Hypnose n'existe pas! *Hypnose et thérapie brève*. 2008;7:78–82.

12. BENHAIEM JM. François Roustang, la recherche autour de l'hypnose. *Hypnose et thérapie brève*. 2009;Avril(12):66–71.

13. BENHAIEM JM. *L'hypnose médicale*. Paris: Med.; 2003.

14. BENISH SG, IMEL ZE, WAMPOLD BE. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*. 2008;28(5):746–758.

15. BERGHMANS C., TARQUINIO C. SL. Full conscious meditation and psychotherapy in health and illness: literature review. *Santé Mentale au Québec*. 2010;35(1):49–83.

16. BERNHEIM H. *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*. (Paris:Doin, ed.).; 1891.

17. BERTONI N. Le réveil de l'hypnose.Réflexion sur l'hypnose et la suggestion à propos de cinq observations personnelles et d'une revue de la littérature. 1988.

18. BIOY A. La relation inter-individuelle en hypnose clinique et sa dynamique thérapeutique. Thèse de doctorat en psychologie. 2005:150–154.

19. BIRMES P, BRUNET A, CARRERAS D, DUCASSE JL et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(7):1337–39.

20. BISSON J, JENKINS PL, ALEXANDER J, BANNISTER C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*. 1997;171:78–81.

21. BLAKE DD, WEATHERS FW, NAGY LM et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*. 1995;8(1):75–90.

22. BLAKEMORE SJ, OAKLEY DA, FRITH CD. Delusions of alien control in the normal brain. *Neuropsychologia*. 2003;41(8):1058–1067. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0028393202003135. Accessed March 5, 2013.

23. BOUDOU M, SEJOURNE N, CHABROL H. Childbirth pain, perinatal dissociation and perinatal distress as predictors of posttraumatic stress symptoms. *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*. 2007;35(11):1136–42.

24. BOUSINGEN de D. GP. *Les méthodes de relaxation*. (Charles D, ed.). Bruxelles; 1968.

25. BRADLEY R, GREENE J, RUSS E et al. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162:214–227.

26. BRAID J. *Neurohypnologie.Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme*. Paris: Del.; 1843.

27. BREMNER JD, LICINIO J, DARNELL A, KRYSTAL JH et al. Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(5):624–629.

28. BREMNER JD, VERMETTEN E. Neuroanatomical changes associated with pharmacotherapy in posttraumatic stress disorder. *Annals New-York Academy of Sciences*. 2004;1032:154–7.

29. BRESLAU N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2002;47(10):923–929.

30. BREUER J. FS. *Etudes sur l'hystérie*. (PUF P, ed.).; 1895.

31. BREWIN CR, ANDREWS B, ROSE S, KIRK M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(3):360–366.

32. BRIERE J, SCOTT C, WEATHERS F. Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(12):2295–301.

33. BRILLON P. *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*. 3ème éditi. (Quebecor LE, ed.). Montréal; 2007.

34. BROEKMAN BF, OLFF M, BOER F. The genetic background to PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2007;31(3):348–62.

35. BROM D, KLEBER RJ, DEFARES PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1989;57(5):607–612.

36. BRYANT RA, GUTHRIE RM, MOULDS ML. Hypnotizability in acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(4):600–604.

37. BRYANT RA, HARVEY AG, GUTHRIE RM, MOULDS ML. A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000;109(2):341–344.

38. BRYANT RA, MOULDS ML, GUTHRIE RM, NIXON RD et al. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73(2):334–340.

39. BRYANT RA, MOULDS ML, NIXON RD et al. Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a 3-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(9):1331–1335.

40. CANINI F, TROUSSELARD M, ANDRUETAN Y. Mécanismes neurobiologiques des

états de stress. *Médecine et armées*. 2011;39(2):129–132.

41. CARDEÑA E, LEHMANN D, FABER PL, et al. EEG sLORETA functional imaging during hypnotic arm levitation and voluntary arm lifting. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2012;60(1):31–53.

42. CARDEÑA E. Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2000;48(2):225–238.

43. CARROY J. *Hypnose, suggestions et psychologie*. Presses Un.; 1991.

44. CARYOL A. de SPJ. *Derrière la magie*. (InterEditions, ed.).; 2010.

45. CHERTOK L. *Hypnose et suggestion*. (Édition P, ed.).; 1989.

46. CHERTOK L. *Hypnose et suggestion*. (Édition P, ed.).; 1989.

47. CHERTOK L. *Hypnose et suggestion*. (Édition P, ed.).; 1989.

48. CHERTOK L. *Résurgence de l'hypnose*. (Brouwer D de, ed.).; 1984.

49. CHERTOK L. KP. Hypnosis, Sleep and Electro-encephalography. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1959;128(3):227–38.

50. CHERTOK L., STENGERS I. GD. *Mémoires d'un hérétique.* (Découverte L, ed.).; 1990:305.

51. CLAIR ME. The relationship between critical incidents, hostility and PTSD symptoms in police officers. *Dissertation Abstract International*. 2006;67(6):34–45.

52. CORONAS R, GALLARDO O, MORENO MJ, SUAREZ D et al. Heart rate measured in the acute aftermath of trauma can predict post-traumatic stress disorder: A prospective study in motor vehicle accident survivors. *European Psychiatry*. 2011;26(8):508–512.

53. COTTRAUX J. Problèmes posés par l'évaluation des psychothérapies. *Psychologie médicale*. 1988;20:199–206.

54. COUNCIL JR. *Measures of hypnotic responding.* (Kirsch I, Kapafons A E, ed.). Washington DC: American Psychological Association; 1999:119–140.

55. CRAWFORD HJ, HARRISON DW, KAPELIS L. Visual field asymmetry in facial affect perception: moderating effects of hypnosis, hypnotic susceptibility level, absorption, and sustained attentional abilities. *The International Journal of Neuroscience*. 1995;82(1-2):11–23.

56. CRAWFORD HJ, KNEBEL T, KAPLAN L, et al. Hypnotic analgesia: 1. Somatosensory event-related potential changes to noxious stimuli and 2. Transfer learning to reduce chronic low back pain. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1998;46(1):92–132.

57. CROCQ L. La psychiatrie de la Première Guerre mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques. *Annales Médico-Psychologiques*. 2005;163(3):269–289.

58. CROCQ L. Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles. *Psychologie médicale*. 1992;5(24):427–432.

59. CROCQ L. Préambule. *Neuropsy News (Numéro Spécial)*. 2003;6.

60. CROCQ L. Préhistoire et histoire des syndromes psychotraumatiques. *Neuropsy News*. 2003;Numéro spé:10–18.

61. DEELEY Q, OAKLEY DA, TOONE B, et al. Modulating the default mode network using hypnosis. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2012;60(2):206–228.

62. DELEGUE S. L'intérêt d'approfondir la transe dans la névrose traumatique. *Actes du IIIème forum de la Confédération francophone d'hypnose et thérapie brèves.* 2003.

63. DELL'OSSO L, CARMASSI C, DEL DEBBIO A, CATENA DELL'OSSO M, BIANCHI C et al. Brain-derived neurotrophic factor plasma levels in patients suffering from post-traumatic stress disorder. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2009;33(5):899–902.

64. DESCARTES R. *Méditations métaphysiques*. Hatier 200.; 1641.

65. DOUTRELUGNE C. *Thérapies brèves: Principes et outils pratiques*. (Masson, ed.). Paris; 2005.

66. DUCROCQ F, VAIVA G. From the biology of trauma to secondary preventive pharmalogical measures for post-traumatic stress disorders. *Encephale*. 2005;31(2):212–226.

67. DUNMORE E, CLARK DM, EHLERS A. A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39(9):1063–84.

68. DUPONT JC. Charcot. A la conquête du cerveau. *Les génies de la science*. 2009;37:68.

69. EGNER T, JAMIESON G, GRUZELIER J. Hypnosis decouples cognitive control from

conflict monitoring processes of the frontal lobe. *NeuroImage*. 2005;27(4):969–78. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15964211. Accessed March 21, 2013.

70. EHLERS A, BISSON J, CLARK DM et al. Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*. 2010;30(2):269–276.

71. ELLENBERGER HF. *A la découverte de l'inconscient. Histoire de la psychiatrie dynamique* . Simep.; 1974.

72. ELOFSSON U.O.E., VON SCHEELE B., THEORELL T. SHP. Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of anxiety disordersxiety*. 2008;22(4):622–634.

73. Van EMMERIK AA, KAMPHUIS JH, HULSBOSH AM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*. 2002;360:766–771.

74. ERICKSON M.H. ELR. Expériences auto-hypnotiques de Milton H. Erickson. *Journal américain de l'hypnose clinique*. 1977;20:36–54.

75. ERICKSON M.H. ELR. *L'intégrale des articles de Milton H. Erickson - Tome 1: De la nature de l'hypnose et de la suggestion*. (Satas, ed.). New-York; 1980.

76. ERICKSON MH. *L'hypnose thérapeutique, quatre conférences.* (ESF, ed.). Paris; 1986:103.

77. ERICKSONIENNE IFD. Définitions de l'hypnose. 2011. Available at: http://www.hypnose.com.fr/definitions-hypnose.htm.

78. ESPINOSA J. Gregory Bateson 1904-1980, pionnier de la transdisciplinarité. *Hypnose et thérapies brèves*. 2005;1:68–69.

79. ESSER M. *La PNL en perspective*. (Labor, ed.). Bruxelles; 2003.

80. ETKIN A, WAGER TD. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(10):1476–88.

81. EVANS FJ. *Hypnosis and sleep: Techniques for exploring cognitive activity during sleep. In Hypnosis Research Developments and Perspectives*. (Aldin-Atherton, ed.). New-York; 1972:43–83.

82. FARIA JC De. *De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme*. Henri Jouv.; 1906:51.

83. FAURE H. L'automatisme psychologique. *Soins Psychiatrie*. 1985;Dec. 62:34–35.

84. FAYMONVILLE ME, BOLY M, LAUREYS S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology, Paris*. 2006;99(4-6):463–69. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16750615. Accessed January 28, 2013.

85. FAYMONVILLE ME, LAUREYS S, DEGUELDRE C, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*. 2000;92(5):1257–67.

86. FELMINGHAM KL, WILLIAMS LM, KEMP AH, RENNIE C et al. Anterior cingulate activity to salient stimuli is modulated by autonomic arousal in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research:Neuroimaging*. 2009;173(1):59–62.

87. FIRST MB, SPITZER RL, GIBBON M et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV).* (American Psychiatric Press I, ed.). Washington D.C.; 1996.

88. FOA EB, KEANE TM, FRIEDMAN MJ. Guidelines for Treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2000;13(4):539–588.

89. FONTANA D. *Gérer le stress*. (Mardaga, ed.). Collection Psychologie et Sciences Humaines; 1990:78.

90. FREUD S. *Abrégé de psychanalyse (1938)*. PUF. Paris; 2001.

91. FREUD S. *Au-delà du principe de plaisir.* (PUF, ed.). Paris; 1920.

92. FREUD S. *Correspondances, 1873-1939*. Gallimard.; 1966.

93. FREUD S. *Essais de psychanalyse*. Payot 2004.; 1921.

94. FREUD S. *Ma vie et la psychanalyse*. Gallimard.; 1974.

95. FREUD S. *Naissance de la psychanalyse (1895)*. 1979th ed. (PUF, ed.). Paris; 1979.

96. FREUD S. *Psychologie des foules et analyse du Moi - dans Essais de Psychanalyse*. 1981st ed. (Payot, ed.). Paris; 1921.

97. FREUD S. *Résultats, idées, problèmes - I. 1890-1920*. (PUF, ed.).; 1995.

98. FREUD S. *Résultats, idées, problèmes - II 1921-1938*. P.U.F.; 1995.

99. FREUD S. *Sigmund Freud présenté par lui-même (1925)*. Gallimard.; 1986.

100. GAY M-C. Les théories de l'hypnose. *Annales Médico-Psychologiques*. 2007;165:623–630.

101. GILL M.M. BM. *Hypnosis and related states: psychoanalytic studies in regression.* (Press IU, ed.). New-York; 1959.

102. GODIN J. *Hypnothérapie, encyclopédie médico-chirurgicale, psychiatrie*. (Techniques, ed.). Paris; 1991:37820 B 50.

103. GORDON D. M-AM. *Phoenix : Therapeutic patterns of Milton H. Erickson*. (Meta, ed.). Cupertino; 1981.

104. GRUZELIER J. A working model of the neurophysiology of hypnosis: A review of the evidence. *Contemporary Hypnosis*. 1998;15(1):3–21.

105. HALEY J. *Advanced techniques of hypnosis and therapy: selected papers of Milton H. Erickson*. (Stratton G&, ed.). New-York; 1967.

106. HAMMOND DC. Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. *Expert Revue of Neurotherapeutics*. 2010;10(2):263–73.

107. Van DER HART O, NIJENHUIS E, STEELE K. Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004;38(11-12):906–914.

108. HAS C. Guide HAS-affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves. 2007. Available at: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf.

109. HAYES JP, HAYES SC, MIKEDIS AM. Quantitative meta-analysis of neural activity in posttraumatic stress disorder. *Biology of mood & Anxiety Disorders*. 2012;2(1):9.

110. HILPERT-FLORY C. L'hypnose et ses applications thérapeutiques à l'enfant et l'adolescent. 2007.

111. HOGBERG G et al. Treatment of post-traumatic stress sidorder with eye movement desensitization and reprocessing: outcome is stable in 35-month follow-up. *Psychiatry research*. 2008;159(1-2):101–108.

112. HOLBROOK TL, GALARNEAU MR, DYE JL, QUINN K et al. Morphine use after combat injury in Iraq and post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2010;362(2):110–117.

113. HOLLANDER HE. ECEM (Eye Closure, Eye Movements): Application to Depersonalization Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2009;52(2):95–109.

114. ISOTANI T, TANAKA H, LEHMANN D, et al. Source localization of EEG activity

during hypnotically induced anxiety and relaxation. *International journal of psychophysiology : official journal of the International Organization of Psychophysiology*. 2001;41(2):143–53. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11325459.

115. JANET P. *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine.* 1973rd ed. (Société PJ, ed.). Paris; 1889.

116. JANET P. *La médecine psychologique*. Flammarion. Paris; 1923.

117. JANET P. *Névroses et idées fixes*. Alcan.; 1898.

118. JAVITT DC. Glutamate as a therapeutic target in psychiatric disorders. *Molecular Psychiatry*. 2004;9(11):984–97.

119. JOSEPH SA, BREWIN CR, YULE W, WILLIAMS R. Causal attributions and psychiatric symptoms in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *The British Journal of Psychiatry*. 1991;159:542–546.

120. KAUFMAN MR, BEATON LE. A psychiatric treatment program in combat. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1947;11(1):1–14.

121. KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(12):1048–60.

122. KIHLSTROM JF, GLISKY ML, McGOVERN SR, RAPCSAK SZ, MENNEMIER M. Hypnosis in the right hemisphere. *Cortex*. 2013;49(2):393–399.

123. KIHLSTROM JF. Neuro-hypnotism: Prospects for hypnosis and neuroscience. *Cortex*. 2013;49(2):365–374. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22748566. Accessed November 6, 2012.

124. KING AP, ABELSON JL, BRITTON JC, PHAN KL et al. Medial prefrontal cortex and right insula activity predict plasma ACTH response to trauma recall. *NeuroImage*. 2009;47(3):872–80.

125. KISSEL P. BD. L'hypnose selon selon Pierre JANET: décadence et actualité. *Annales Médicopsychologiques*. 1967;I(4):505–520.

126. KNOX V.J., MORGAN A.H. HER. Pain and suffering in ischemia: the paradox of hypnotically suggested anesthesia as contradicted by reports from the "hidden observer." *Archives of General Psychiatry*. 1974;30:840–7.

127. KORZYBSKI A. La sémantique générale. Vers un nouveau système général d'évaluation et de prédictibilité pour la résolution de problèmes humains. In: Spencer P, ed. *American People's Encyclopedia*. Chicago; 1949:357–362.

128. KOSSLYN SM, THOMPSON WL, COSTANTINI-FERRANDO MF, ALPERT NM, SPIEGEL D. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(8):1279–1284.

129. LACAN J. *Ecrits.Le champ Freudien*. Paris: Seu.; 1966.

130. LANIUS RA, WILLIAMSON PC, HOPPER J, DENSMORE M et al. Recall of emotional states in posttraumatic stress disorder: an fMRI investigation. *Biological Psychiatry*. 2003;53(3):204–210.

131. LAXENAIRE M. Les relations Janet-Freud: Pourquoi la guerre ? *Annales Médicopsychologiques*. 1989;147(9):1004–07.

132. LEBIGOT F. *Traiter les traumatismes psychiques: Clinique et prise en charge*. 2ème éditi. (Dunod, ed.).; 2011.

133. LECRUBIER Y, SHEEHAN DV, WEILLER E et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997;12(5):224–231.

134. LEMPERIERE T, FELINE A, ADES J, HARDY P, ROUILLON F. *Psychiatrie de l'adulte*. 2ème éditi. Masson; 2006.

135. LESMANA CBJ, SURYANI LK, JENSEN GD, TILIOPOULOS N. A Spiritual-Hypnosis Assisted Treatment of Children with PTSD after the 2002 Bali Terrorist Attack. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2009;52(1):23–34.

136. LONDON P., HART J.T. LMP. EEG alpha rythms and susceptibility to hypnosis. *Nature*. 1968;219(71):2.

137. LUDWIG VU, STELZEL C, KRUTIAK H et al. Impulsivity, self-control, and hypnotic suggestibility. *Consciousness and cognition*. 2013;22(2):637–653.

138. LYNN SJ, MALAKATARIS A, CONDON L et al. Post-traumatic stress disorder: cognitive hypnotherapy, mindfulness, and acceptance-based treatment approaches. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2012;54(4):311–330.

139. MAIMONIDE, M. (XIème siècle) - S. Munk et E. Smilevitch T. *Le Guide des égarés - Traité des huits chapitres*. Verdier.; 1983.

140. MALEBRANCHE N. *De la recherche de la vérité.Ou l'on traite de la nature de l'esprit de l'homme, et de l'usage qu'il en doit faire pour éviter l'erreur dans les sciences*. André Pral.; 1678.

141. MAQUET P, FAYMONVILLE ME, DEGUELDRE C et al. Functional neuroanatomy of

hypnotic state. *Biological Psychiatry*. 1999;45(15):327–33.

142. MESMER FA. *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*.; 1779:76–77.

143. MICHAUX D, HALFON Y, WOOD C. *manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Maloine.; 2007.

144. MILIAN G. L'hypnose des batailles. *Paris Médical*. 1915:265–270.

145. MITCHELL JT, EVERLY GS. Critical incident stress management and critical incident stress debriefing: evolution, effects and outcomes. *Psychological debriefing: theory, practice and evidence.* 2000.

146. MOWRER OH. *Learning theory and behavior.* (Wiley, ed.). New-York; 1960.

147. NAVARRE C. *"Psy" des catastrophes, dix années auprès des victimes.* (Imago, ed.). Paris; 2007.

148. NICE, NHS. Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. *NICE Clinical Guideline 26*. 2005.

149. NICOLAS SR. L'école de la Salpétrière en 1885. *Psychologie et histoire*. 2000:1:165–207.

150. O.M.S., (Genève). *CIM 10. Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.* (Masson, ed.). Paris; 1993.

151. ORNE MT. The nature of hypnosis: artifact and essence. *Journal of Abnormal Psychology*. 1959;58(3):277–299.

152. PARKER A., BUCKLEY S. DN. Reduced misinformation effects following saccadic bilateral eye movements. *Brain and Cognition*. 2009;69(1):89–97.

153. DE PASCALIS V, MAGURANO MR, BELLUSCI A. Pain perception, somatosensory event-related potentials and skin conductance responses to painful stimul in high, mid, and low hypnotizable subjects: effects of differential pain reduction strategies. *Pain*. 1999;83:499–508.

154. DE PASCALIS V, RAY WJ, TRANQUILLO I, D'AMICO D. EEG activity and heart rate during recall of emotional events in hypnosis: relationships with hypnotizability and suggestibility. *International journal of psychophysiology : official journal of the International Organization of Psychophysiology*. 1998;29(3):255–75. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9666380.

155. PERLS F. *Manuel de Gestalt thérapie - traduit par Jean-Pierre Denis*. 3ème éditi. (ESF,

ed.).; 2003.

156. PRUESSNER JC, DEDOVIC K, PRUESSNER M et al. Stress regulation in the central nervous system: evidence from structural and functional neuroimaging studies in human populations-2008 Curt Richter Award Winner. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(1):179–191.

157. Psychological AA. Definition and description of hypnosis. *Contemporary Hypnosis*. 1994;11:142–5.

158. QUELET J. PO. *Hypnose Technique et applications thérapeutiques*. Ellébore E.; 2003.

159. RAINVILLE P, HOFBAUER RK, BUSHNELL MC, DUNCAN GH, PRICE DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2002;14(6):887–901.

160. RAINVILLE P, HOFBAUER RK, PAUS T et al. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *Journal of Neuroscience Cognitive*. 1999;11(1):110–25.

161. RAINVILLE P, PRICE DD. Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2003;51(2):105–129.

162. RAINVILLE P, PRICE DD. The neurophenomenology of hypnosis and hypnotic analgesia. Dans Price D.D., Bushnell C. (Ed), Psychological Methods of Pain Control: Basic Science and Clinical Perspectives. *IASP Seattle, Progress in Pain Research and Management*. 2004;29(12):235–67.

163. RAY WJ. EEG concomitants of hypnotic susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1997;45(3):301–313.

164. RESEARCH. FN, Edical NI of H and. Inserm 2004: Psychotherapy: an evaluation of three approaches. 2004. Available at: http://iis13.domicile.fr/essentiaco/Psychothérapies-rapport évaluation Inserm.htm#SyntheseRapport.

165. ROUSTANG F. *Qu'est-ce que l'hypnose?* Minuit.; 2002.

166. SABOURIN M.E., CUTCOMB S.D., CRAWFORD H.J. PK. EEG correlates of hypnotic susceptibility and hypnotic trance: spectral analysis and coherence. *International journal of psychophysiology*. 1990;10(2):125–142.

167. SALEM G, BONVIN E. *Soigner par l'hypnose. Pratiques en psychothérapies.* 4ème éditi. (Masson, ed.). Paris; 2007.

168. SAMUEL-LAJEUNESSE B., MIRABEL-SARRON C., VERA L. MF et coll. *Manuel de*

thérapie comportementale et cognitive. (Dunod, ed.). Paris; 1998.

169. SARBIN T.R. AVL. *Role theory. In Lindzey G., Aronson E. (Eds), Handbook of social Psychology, vol I.* (Reading M :Addiso.-WPCI, ed.).; 1968.

170. SARBIN TR, COE WC. *A social psychological analysis of influence communication*. Holt, Rine. (Rinehart and Winston H, ed.). New-York; 1972.

171. SCHELLING G, ROOZENDAAL B, DE QUERVAIN DJ. Can posttraumatic stress disorder be prevented with glucocorticoids? *Annals New-York Academy of Sciences*. 2004;1032:158–166.

172. SCHMID-KITSIKIS E. *Wilfred R. Bion*. (PUF, ed.).; 2009.

173. SCHULTZ JH. *Le training autogène*. 1974th ed. (PUF, ed.). Paris; 1958.

174. SEARCY CP, BOBADILLA L, GORDON WA et al. Pharmacological prevention of combat-related PTSD: a literature review. *Military Medicine*. 2012;177(6):649–654.

175. SERVANT D, HEROUIN F. Traitements pharmacologiques et thérapie cognitive et comportementale. *Neuropsy News (Numéro Spécial)*. 2003.

176. SHALEV AY et al. Prevention of Posttraumatic Stress Disorder by Early Treatment: Results From the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. *Archives of General Psychiatry*. 2012;69(2):166–176.

177. SHAZER D. *Clés et solutions en thérapie brève*. traduction. (Satas, ed.). Bruxelles; 1996.

178. SIMON R. Hippolyte Bernheim. *Journal Medical de Stasbourg*. 1975;6(4):233–237.

179. SMAGA D. La place de l''hypnose dans le traitement des syndromes psychotraumatiques. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 2008;159(8):506–510.

180. SPANOS N.P., FLYNN D.M. GMI. Contextual demands, negative hallucinations, and hidden observer responding: three hidden observers observed. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*. 1988;5:5–15.

181. SPIEGEL D, HUNT T, DONDERSHINE HE. Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1988;145(3):301–305.

182. SPIEGEL D, S. C, REN S et al. Hypnotic hallucination alters evoked potentials. *Journal of Abnormal Psychology*. 1985;94(3):249–255.

183. STECKLER T, RISBROUGH V. Pharmacological treatment of PTSD-established and

new approaches. *Neuropharmacology*. 2012;62(2):617–627.

184. STEIN DJ, IPSER JC, SEEDAT S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochran database of systematic reviews*. 2006;Online(1):CD002795.

185. STENGERS I et C. *Importance de l'hypnose*. (Rond E de penser en, ed.).; 1998.

186. STURT J., ROBERTSON W., METCALFE D., GROVE A., BOURNE C. BC. Neurolinguistic programming: a systematic review of the effects on the health outcomes. *The British Journal of General Practice*. 2012;62(604).

187. SZECHTMAN H, WOODY E, BOWERS KS, NAHMIAS C. Where the imaginal appears real: a positron emission tomography study of auditory hallucinations. *Proceedings of the National Academy of sciences of the Unated States of America*. 1998;95(4):1956–1960.

188. TERHUNE D.B., CARDENA E. LM. Differential frontal-parietal phase synchrony during hypnosis as a function of hypnotic suggestibility. *Psychophysiology*. 2011;48:1444–1447.

189. THIS B. *L'émergence de l'inconscient: Freud. Pour la science.* Génies Sci.; 2003:15:1–17.

190. TOLLEC C. L'hypnose comme thérapie d'accompagnement dans la chirurgie du cancer du sein. 2008.

191. TRUE WR, RICE J, EISEN SA et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability of posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(4):257–264.

192. VAIVA G, BOSS V, DUCROCQ F, FONTAINE M et al. Relationship between posttrauma GABA plasma levels and PTSD at 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(8):1446–8.

193. VAIVA G, DUCROCQ F, JEZEQUEL K et al. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biological Psychiatry*. 2003;54(9):947–949.

194. VENTUREYRA VA, YAO SN, COTTRAUX J et al. The validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale in posttraumatic stress disorder and nonclinical subjects. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2002;71(1):47–53.

195. VERMETTEN E, BREMNER JD. Functional brain imaging and the induction of traumatic recall: A Cross-Correlational Review Between Neuroimaging and Hypnosis. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2004;52(3):280–312.

196. WEISS DS, MARMAR CR. *The Impact of Event Scale- Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. Assessing psychological trauma and PTSD.* (Press G, ed.). New-York; 1997:399–411.

197. WEITZENHOFFER AM, HILGARD ER. Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A and B. *Palo Alto Calif.: Consulting Psychologists Press.* 1959.

198. WILDER C. *Entretiens avec Paul Watzlawick. La nouvelle communication, sous la direction de WINKIN Y.* 2ème éditi. (Du S, ed.). Paris: Collection Points Essais; 2000.

199. YARD SS, DUHAMEL KN, GALYNKER II. Hypnotizability as a potential risk factor for posttraumatic stress: a Review of Quantitative Studies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2008;56(3):334–356.

200. YEHUDA R, BRAND S, YANG RK. Plasma neuropeptide Y concentrations in combat exposed veterans: relationship to trauma exposure, recovery from PTSD, and coping. *Biological Psychiatry*. 2006;59(7):660–663.

201. YEHUDA R, McFARLANE AC, SHALEV AY. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*. 1998;44(12):1305–13.

202. YEHUDA R. Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2002;346(2):108–114.

203. ZINDEL JP. Hypnoanalyse. 2012. Available at: http://home.scarlet.be/~js954941/hypoanalyse.htm.

RESUME

Si les phénomènes de transe sont connus depuis l'Antiquité, le débat sur la nature de l'hypnose entre étatistes et non-étatistes, vieux de plusieurs siècles, est aujourd'hui clos notamment grâce aux progrès apportés par la neuro-imagerie fonctionnelle. En effet celle-ci permet d'objectiver l'existence d'un fonctionnement neurologique propre en hypnose, corroborant donc l'hypothèse de l'existence d'un état hypnotique, différent de l'état vigil.

Cela vient appuyer les thèses psychodynamiques d'Hilgard et Janet, expliquant l'hypnose par un état de conscience modifié et une dissociation dans les fonctions du Moi.

Un certain nombre de caractéristiques propres à l'hypnothérapie en font un traitement de choix du psychotraumatisme, qui reste un enjeu majeur de santé publique du fait notamment de sa forte prévalence et de l'importance de ses conséquences sur la santé psychique des sujets.

Or si les études réalisées à ce jour sont encourageantes, elles sont encore trop peu nombreuses pour valider l'hypnothérapie comme traitement de première intention des états de stress post-traumatiques. Certains obstacles propres à l'évaluation d'une thérapie qui se plie difficilement aux protocoles de la recherche en médecine constituent un élément de réponse quant à cette carence d'études sur le sujet.

Il reste donc nécessaire d'approfondir la recherche en ce domaine, l'hypnose étant en mesure de constituer un atout thérapeutique majeur dans la prise en charge du psychotraumatisme.

Mots-clés :

Hypnose – Dissociation psychique – Susceptibilité hypnotique – Traumatisme psychique – Etat de Stress Post-Traumatique – Etat de Stress Aigu – Psychotraumatisme