

Annales Médico-Psychologiques xxx (2013) xxx–xxx

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

L'hypnose ericksonienne et sa pratique dans le trauma psychique

Ericksonian hypnosis and its practice in the psychic trauma

Maximilien Bachelart ^{a,b,*}, Antoine Bioy ^{a,b,c}, Louis Crocq ^d

^a Centre d'étude et de traitement de la douleur du CHU de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

^b Laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale, EA4452, Université de Bourgogne, esplanade Erasme, pôle AAFE, 21000 Dijon, France

^c Institut Français d'Hypnose, 75010 Paris, France

^d Université René-Descartes, 75006 Paris, France

Résumé

L'hypnose est à la fois un phénomène naturel que tout le monde expérimente chaque jour, une technique de communication ou un acte thérapeutique quand il est utilisé comme tel, avec des tâches et des objectifs précis. Nous discuterons dans cet article de l'utilisation de l'hypnose ericksonienne et de son intérêt en matière de prise en charge du psychotraumatisme.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

Hypnosis is both a natural phenomenon that everyone experiences everyday, a communication technique or a therapeutic procedure when used as such with specific aims and tasks. In this article, we will discuss the use of Ericksonian hypnosis and opportunities for management of psychological trauma.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Dissociation ; Hypnose ; Trouble de stress post-traumatique

Keywords: Dissociation; Hypnosis; Post-traumatic stress disorder

I. INTRODUCTION

L'hypnose semble être un outil revenant sur le devant de la scène ces dernières années, notamment dans le domaine hospitalier. Elle a pu prendre différentes formes, passant d'une utilisation autoritaire à une forme beaucoup plus flexible. Elle est une bonne indication en matière de psychothérapie, et notamment pour la prise en charge du psychotraumatisme pour le travail possible des différents symptômes, mais aussi à

visée cathartique. Nous discuterons ici de l'utilisation de l'hypnose ericksonienne avec un point sur la prise en charge du psychotraumatisme.

2. MILTON ERICKSON

Milton H. Erickson était un psychiatre américain du XX^e siècle qui a joué un rôle important dans le développement et l'utilisation de l'hypnose. C'est durant ses études médicales, en suivant l'enseignement de Clark Hull, qu'il découvrit cette méthode [8]. Erickson s'inscrit dans son époque et son discours semble s'inspirer de deux courants théoriques de son temps, à

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : maximilien.bachelart@u-bourgogne.fr (M. Bachelart).

savoir le *behaviorisme* et le courant humaniste. Erickson est proche de J.B. Watson, père du comportementalisme en cela qu'il ne propose pas une théorisation complexe de ce que Watson appelait « la boîte noire », à savoir l'inconscient. Les deux auteurs préférant s'intéresser à ce qui est émis et reçu, Erickson parlant de processus inconscients. Les deux ne nient pas l'existence d'un inconscient mais rejettent l'intérêt d'en déduire des contenus ou une symbolique particulière. Le but étant d'influencer le sujet par l'adoption d'une nouvelle vision du monde ou du symptôme (Erickson) ou l'adoption de comportements plus adaptatifs (Watson). Mais Erickson semble aussi proche de Carl Rogers du courant humaniste, une proximité alimentée par une confiance en les capacités de développement naturelles de l'humain, le rejet d'un dogmatisme théorique, une adaptation à chaque sujet et une pratique centrée sur ce dernier (« *client centered therapy* »), un accent sur le travail dans l'ici et maintenant et la suprématie de l'expérience sur la question du sens [1].

Milton Erickson a pu démontrer la possibilité de ne s'appuyer sur aucune théorie dans l'accompagnement d'un sujet. Il affirme dans sa pratique que quelle que soit la compréhension possible d'un problème, il reste important de ressentir comment le sujet se positionne par rapport à lui et faire en sorte qu'il puisse trouver dans ses propres ressources sa solution.

3. L'APPROCHE ERICKSONNIENNE

Selon Erickson, tout le monde a la capacité d'entrer en transe hypnotique et le fait quotidiennement par lui-même [9]. Pour Erickson, aucune théorie psychologique ne peut englober toute la diversité des fonctionnements humains. L'aide devait à chaque fois être conçue sur mesure, afin d'apporter une réponse spécifique. Cette utilisation sur mesure s'observe notamment dans la manière dont un sujet entrera en transe et le type de suggestions qui lui seront proposées. Aucune séance ne ressemblera à une autre et le thérapeute doit « accepter et utiliser la réalité de la personne » [16].

Dans la conception de Milton Erickson (comme chez Rogers), c'est le sujet qui possède les ressources qui lui permettront de surpasser les difficultés, l'inconscient est une part intelligente et autonome du sujet, l'état de transe permettant d'accéder et d'utiliser ces ressources pour obtenir un gain thérapeutique [16]. Les problématiques sont abordées dans l'ici et maintenant, même si le praticien gardera en tête que le présent se constitue d'un passé qui peut avoir cours actuellement. Ce qui caractérise cette pratique est l'utilisation de suggestions indirectes qui permettent aux propositions ainsi formulées de moins mobiliser les défenses d'un patient (par exemple, « et je me demande à quel moment vous pourrez envisager de fermer les yeux pour vérifier si l'on entend ainsi mieux ou moins bien qu'avec les yeux ouverts » plutôt que « fermez les yeux et écoutez ce que j'ai à vous dire »). Dans une approche ericksonienne, c'est l'initiative du sujet qui prime dans le changement, suscitée par un discours et une relation que l'hypnoticien mettra en place, et qui est souhaitée assez permissive et englobante. Pour autant, les suggestions plus

directes peuvent être utiles dans des situations spécifiques (patients choqués, agitation comportementale...).

En termes de pratique, un des messages véhiculés en hypnose ericksonienne est qu'il n'est pas besoin que la cause d'un trouble soit mise au jour, révélée, pour que le changement advienne. Ce qui est recherché est plus l'expérimentation d'un état de conscience modifiée¹, impliquant un sujet dans son être et son corps, pour mobiliser les ressources internes et les capacités de créativité d'un patient. La modification de certains symptômes ou de certaines sensations peut amener selon les Ericksoniens à des changements plus globaux, à la manière d'un rouage dans un système plus complexe. Il est possible que ces manifestations « satellites » soient finalement reliées à des problématiques antérieures et que leurs modifications aient un effet important sur le vécu actuel, mais ces liens n'ont pas besoin d'être connus pour avoir cours.

3.1. Places de l'influence et de la suggestion

Contrairement aux croyances souvent associées à l'hypnose, le sujet ne perd pas le contrôle face aux praticiens. Au contraire, il le gardera et le praticien devra donc aménager ses suggestions en fonction du sujet afin de le voir atteindre ses propres objectifs. L'état de transe est un phénomène naturel que tout le monde expérimente, moment où le sujet est pris dans un imaginaire dans lequel il peut se mouvoir à sa guise ou en sortir au moment voulu. Chacun l'expérimente lorsqu'il est plongé dans une activité comme la lecture, allant d'une simple rêverie suscitée par celle-ci jusqu'à l'incapacité de pouvoir se rappeler des dernières lignes lues.

L'influence est présente comme dans toute relation de communication et orientée vers un objectif donné. En hypnose, celle-ci est utilisée par le biais des suggestions mais l'on observe dans cette situation que les suggestions non adaptées au sujet (à sa vision du monde, ses objectifs, son activité mentale interne) peuvent aboutir à une déconnexion partielle du sujet avec le praticien, ou bien à une adaptation de l'imaginaire du sujet en dehors de toute sollicitation faite. Quand le deuxième cas de figure apparaît, on comprend que chaque sujet peut créer, par lui-même, à partir des suggestions du thérapeute, un espace inattendu, mais qui répond à son besoin au moment présent. Il n'est pas rare que des patients rapportent avoir exploré un endroit qui leur paraissait plus plaisant que celui suggéré par le thérapeute.

Suggérer une sensation de légèreté à un sujet très algique peut par exemple être une étape trop importante et aboutir à une non-réceptivité envers les suggestions du thérapeute. Une manière alternative de procéder sera alors de proposer des sensations intermédiaires ou de se décaler de la situation du sujet pour proposer une métaphore évocatrice dans laquelle il pourra retrouver des liens avec sa situation actuelle. Nous

¹ L'état hypnotique est perçu par Erickson comme un état de dissociation naturel et habituel pouvant se produire dans beaucoup de circonstances de la vie quotidienne. L'hypnose en tant que pratique s'appuie sur cette forme naturelle de dissociation pour la susciter ou l'amplifier.

pouvons prendre l'exemple d'un patient se sentant « exténué » et « perdu » dans une prise en charge et à qui l'on pourrait évoquer un environnement naturel étendu comme une forêt ou un désert. Les sensations de chaud ressenties par le patient orienteraient le thérapeute vers la métaphore d'un lieu comme un désert aride et les sensations de froid vers un lieu enneigé. Le but serait alors d'accompagner le sujet dans cette traversée. La suggestion reste donc un acte d'influence qui a pour objectif de restituer son autonomie au patient. Le sujet garde toujours une volonté dans son cadre de référence, ses valeurs morales ne sont pas modifiées durant l'état d'hypnose, c'est-à-dire que l'état de transe n'amène pas le sujet à produire des réponses qui ne sont pas en accord avec ses convictions.

3.2. La méthode ericksonienne classique

Le propre de l'hypnose ericksonienne, en tout cas dans sa forme traditionnelle, est de ne pas être une démarche rigide régie par des manuels de traitement. Malgré la philosophie d'Erickson, sa mise en application est parfois rigide, sous la forme de protocoles très normés et finalement assez éloignés de la pratique « du maître ».

Les étapes d'une séance d'hypnose sont les suivantes : induction de l'état hypnotique, phase de travail en hypnose, retour à l'état de conscience vigile.

L'induction est la mise en transe du sujet, elle augmente le degré de participation de l'inconscient dans les réponses du sujet [7]. Les yeux sont parfois clos, le corps immobile, certains réflexes peuvent être supprimés et le sujet semble détaché de son environnement en étant focalisé sur une recherche intérieure [6]. Ajoutons à cela que l'induction n'est pas toujours formelle ; en effet, l'hypnose conversationnelle procède par suggestions durant un état de transe mais sans induction claire au préalable. Les suggestions sont indirectes et il est souvent difficile d'y reconnaître qu'un état de transe est induit [7].

Concernant la phase de travail en elle-même, les suggestions du thérapeute ont pour but d'avoir une influence sur le sujet tant qu'elles trouvent une certaine résonance au niveau inconscient. Le patient peut être conscient de la portée des suggestions du thérapeute ou ne pas en avoir conscience. Les suggestions peuvent alors être directes (« fermez les yeux ») ou indirectes. Les suggestions directes provoquent souvent des résistances chez le sujet, il est plus aisé de demander à un sujet de bien ressentir le contact de son siège et sa respiration en fermant les yeux s'il le désire que de lui demander de se relaxer et de fermer les yeux directement. Tout un ensemble de « techniques » indirectes existent et s'utilisent en fonction du patient, de son cadre de référence, et de sa demande.

Le retour à l'état ordinaire de conscience se caractérise souvent par une ouverture des yeux et d'autres indices comportementaux. Certains parlent de « réveil », mais le terme n'est pas adéquat du fait que le sujet n'a pas dormi durant la séance.

L'hypnose fait partie de la « boîte à outils » d'un thérapeute et permet différentes voies permettant de travailler un objet : angoisses, cauchemars, douleurs. . . En soi, il ne peut exister de

manuel indiquant l'outil le plus indiqué pour une problématique, mais le thérapeute peut s'en inspirer. On peut donc en conclure que l'hypnose ne peut être la solution à toute problématique auprès de tous les sujets. Il n'est pas rare d'alterner durant des suivis psychothérapeutiques des séances d'échanges verbaux et des séances d'hypnose.

4. LE CHAMP DU TRAUMATISME

4.1. Hypnose et dissociation

La question du psychotrauma est historiquement liée au développement de la technique hypnotique [2]. Kédia et el Farricha [12] précisent par ailleurs que « c'est justement le concept de dissociation qui permet d'expliquer les rapprochements entre l'hypnose et le psychotrauma ». Ernst Hilgard [11] considérait la dissociation comme un *continuum* allant du normal au pathologique, de l'expérience de vie habituelle à la réaction pathologique. Quant à Joséphine Hilgard [10], elle s'attacha à démontrer que le caractère traumatique de sévices subis durant l'enfance amène les enfants à développer une plus grande susceptibilité à l'hypnose. On retrouve notamment dans son travail l'idée communément admise que non seulement il existe un lien entre traumatisme et dissociation, mais que ce dernier est facilité du fait d'une grande hypnotisabilité. Durand et Barlow [4] rappellent quant à eux que « les personnes moins suggestibles peuvent développer une réaction sévère post-traumatique, mais pas de réaction dissociative » et qu'il n'existe « aucune étude contrôlée de ces phénomènes » en citant Kihlsrom et al. [13]. Également, de Clercq et Lebigot [3] écrivent : « Il est démontré que les sujets atteints d'état de stress post-traumatique sont plus facilement et plus profondément hypnotisables que les autres. » Est-ce à dire que les sujets sont moins résistants aux suggestions ou qu'ils réagissent plus rapidement à l'induction proposée ? Il y aurait donc un lien entre la dissociation traumatique et la facilité à entrer en hypnose. La dissociation traumatique pourrait être vue comme une tentative de résolution à demi-efficace face à l'angoisse du trauma, l'hypnose permettant d'utiliser cette capacité jusqu'à la réduction ou la dissolution des émotions négatives.

Edgette et Edgette [5] affirment que « la dissociation peut être indiquée comme stratégie thérapeutique quand une personne l'utilise, souvent involontairement, comme mécanisme à l'origine de son problème ». Il faut cependant noter que l'efficacité des prises en charge hypnotiques est positivement corrélée à l'hypnotisabilité du patient [14,15].

Une suggestion de dissociation qu'Erickson [7] propose est celle-ci : « Vous pouvez être réveillé en tant que personne mais vous n'avez pas besoin d'être réveillé en tant que corps. Vous pouvez vous réveiller quand votre corps se réveille mais sans le reconnaître. » Cette suggestion a pour effet d'entraîner une confusion du sujet face à plusieurs choix et sensations corporelles, d'induire donc un état de transe en modifiant l'habitude des expériences habituelles. Elle a pour effet de provoquer des réponses autonomes du sujet, donc d'accroître la dissociation conscient/processus inconscients.

4.2. Différents types de traumatismes, l'intérêt de l'hypnose

Face aux tableaux cliniques variés en matière de traumatisme, l'utilisation de l'hypnose s'est avérée utile en termes d'adaptabilité et d'efficacité. Pour autant, cette pratique ne se limite pas à être un « scalpel à symptômes », mais joue sur plusieurs dimensions, comme la qualité du sommeil, la gestion de l'anxiété, ou prend place dans une approche globale, voire analytique.

L'utilisation de l'hypnose est polymorphe selon les types de traumatismes en présence, l'expérience du thérapeute, la qualité de la relation, la dynamique du patient (personnalité, histoire, défenses, capacités de changement) ou la confiance que chaque protagoniste accorde envers la technique et les capacités du patient. Une des techniques utilisées est celle de la double dissociation, à savoir une dissociation des sensations visuelles et kinesthésiques permettant de revivre un événement en se dissociant des émotions trop envahissantes. On utilise souvent l'image de l'écran de cinéma ; il est proposé préalablement au sujet de retrouver un « lieu de sécurité » dans lequel il se sent bien. Par la suite, on suggère que le sujet est assis devant un grand écran blanc sur lequel sera projeté un film. Il lui est demandé de se voir en train de regarder ce film. Il lui est ensuite demandé d'imaginer que le film de la scène traumatique démarre. Une fois le film terminé, il est demandé au sujet de se sentir à nouveau dans son corps. La dissociation permet de réduire l'intensité des émotions et d'adopter une nouvelle position face à la situation. Si au cours de ce travail les évocations deviennent trop difficiles pour le patient, il a la possibilité de partir quelques instants dans son lieu de sécurité.

La dissociation se produit lors des séances ; mais cette fois-ci non pas de manière traumatique mais contrôlée, graduée et pouvant faire intervenir de manière active le sujet qui pourra entrer et sortir de la transe aux moments désirés.

5. CONCLUSION

L'approche Ericksonienne est la pratique de l'hypnose la plus courante, car elle consiste en une méthode très facilement adaptable à des cadres conceptuels divers (rogérien, psychanalytique, cognitivo-comportemental, systémique). Nous avons présenté dans cet article la pratique la plus habituelle de l'hypnose selon différentes étapes, en l'illustrant avec la situation du trauma. D'autres indications sont connues pour

l'hypnose, citons en particulier tout le champ des troubles anxieux et phobiques ou encore les comportements de dépendance. Mais ces usages ne doivent pas écarter l'idée que l'hypnose est aussi une façon d'approcher l'autre et sa difficulté, en mêlant imagination et perceptions. Cette méthode, qui ne vise pas directement et immédiatement à un travail d'élaboration psychique, peut notamment convenir à des patients fixés trop immédiatement sur des processus d'intellectualisation ou lorsque se mêlent à des troubles psychopathologiques des troubles somatiques en lien.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

- [1] Bioy A. *L'hypnose*. Paris: InterEditions; 2007.
- [2] Crocq L. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [3] De Clercq M, Lebigot F. *Les traumatismes psychiques*. Paris: Masson; 2001.
- [4] Durand MV, Barlow DH. *Psychopathologie. Une perspective multidimensionnelle*. Bruxelles: De Boeck Université; 2002.
- [5] Edgette JH, Edgette JS. *Manuel des phénomènes hypnotiques*. Bruxelles: Satas; 2001.
- [6] Erickson MH, Rossi E. Two-level communication and the microdynamics of trance and suggestion. *Am J Clin Hypn* 1976;18(3):153–71.
- [7] Erickson MH, Rossi E, Rossi S. *Hypnotic Realities*. New York: Irvington; 1976.
- [8] Haley J. *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. Paris: Desclée de Brouwer; 1973.
- [9] Haley J. *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*. New York: Grune & Stratton; 1986.
- [10] Hilgard JR. *Personality and Hypnosis: A study of Imaginative Involvement*. Chicago: University of Chicago Press; 1970.
- [11] Hilgard ER. *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thoughts and Action*. New York: John Wiley and Sons; 1977.
- [12] Kédia M, el Farricha M. *Hypnose*. In: Kédia M, Sabouraud-Seguín A, et al., editors. *Psycho-traumatologie. L'aide-mémoire 45 notions clés*. Paris: Dunod; 2008. p. 213–7.
- [13] Kihlstrom JF, Eich E. *Altering states of consciousness*. In: Druckman D, Bjork RA., editors. *Learning, remembering, and believing: Enhancing performance*. Washington DC: National Academy Press; 1994 p. 207–48.
- [14] Spiegel D, Hunt T, Dondershine HE. *Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder*. *Am J Psy* 1988;145:301–5.
- [15] Stutman RK, Bliss EL. *Post-traumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery*. *Am J Psy* 1985;142:741–3.
- [16] Zeig JK. *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel Inc; 1983.