



## Psychanalyse et hypnose : une filiation désavouée ?

Article de *Jean Touati*, hypnothérapeute

Juin 2009

### Résumé

Pour quelles raisons Freud se détourne-t-il de l'hypnose ? A travers une synthèse de l'histoire des prémices de la psychanalyse, je rappelle quelques éléments cliniques à l'appui de ce renoncement puis je poursuis sur les découvertes *thérapeutiques* de *Sandor Ferenczi*, contemporain de *Freud*, qui contrairement à ce dernier, continua, face aux limites qu'il rencontrait dans la pratique clinique de la *psychanalyse*, à utiliser l'*hypnose* tout en innovant. Sa pratique se révèle être, en certains points, étonnement très proche de la pratique actuelle de l'*hypnose*.

---

Entre les années 1880 – 1895 *Freud* élabore la *méthode cathartique* à partir du cas traité par *Joseph Breuer*, *Anna O*. Dans un premier temps, l'*hypnose* est utilisée au travers de *suggestions directes* visant à supprimer les *symptômes*. Renonçant à cette pratique *Freud* utilise l'*hypnose* pour induire la remémoration d'expériences sous-jacentes au *symptôme* mais « *refoulées* » par le sujet. Lors de cette *reviviscence de souvenirs oubliés* le sujet *décharge les affects* qui avaient été réprimés lors de l'*expérience traumatique* originelle. Dans la *méthode cathartique* l'*effet thérapeutique* recherché est donc une « *purgation* » (*catharsis*), une décharge des *affects pathogènes*. En effet, selon la théorie développée par *Freud* dans les *Etudes sur l'hystérie* (*Freud*, 1895), les *affects* qui n'ont pas réussi à trouver la voie vers la décharge restent « *coincés* », exerçant alors des *effets pathogènes*. Au cours de la cure le sujet évoque, voire, revit les *événements traumatiques* auxquels ses *affects* sont liés et abrégait ceux-ci – décharge émotionnelle par laquelle le sujet se libère de l'*affect* (*Laplanche et Pontalis*, 2004). *Freud* renoncera à l'*hypnose* en lui

substituant une simple *suggestion* aidée d'un artifice symbolique : il met sa main sur le front du patient en lui disant qu'il va se remémorer le souvenir pathogène pour finalement aboutir à la démarche actuelle de *libre association* où l'accent sera mis sur l'*interprétation* et la *prise de conscience* du sens de son *symptôme* ; cette dernière devant entraîner sa disparition. Rappelons que les *symptômes névrotiques* représenteraient selon le modèle *psychanalytique* un mode de *résolution pathologique* de *conflits intrapsychiques*. Freud crée cette catégorie des *névroses* en regroupant des troubles qui dans le *modèle psychanalytique* présentent une identité *étiologique*. Laplanche et Pontalis (2004) définissent ainsi les *névroses* : « La *névrose* est une *affection psychogène* où les *symptômes* sont l'expression symbolique d'un *conflit psychique* trouvant ses racines dans l'*histoire infantile du sujet* et constituant des compromis entre le *désir et la défense* ». De cette vision psychodynamique découle le modèle *thérapeutique psychanalytique* des *névroses* visant à se *libérer du symptôme* par la *prise de conscience* de la formation *inconsciente pathogène*. Nous verrons que l'*hypnose éricksonienne* prend une grande distance avec cette vision interprétative quasi-dogmatique érigée comme une vérité par la *psychanalyse*.

Il me semble intéressant de revoir cette évolution au travers des propos de Freud (1974, p.45) : « Nous avons commencé, Breuer et moi, par pratiquer la *psychothérapie* à l'aide de l'*hypnose* ; la première malade de Breuer n'a d'ailleurs été traitée que dans l'état de *suggestion hypnotique*, et je n'ai pas tardé à suivre cet exemple. Je conviens que le travail fut alors plus facile, plus agréable et durait moins longtemps. Mais les résultats obtenus étaient capricieux et non durables. Aussi ai-je bientôt abandonné l'*hypnose*. Et c'est alors seulement que j'ai compris que, tant que je m'étais servi de l'*hypnose*, j'étais dans l'impossibilité de comprendre la dynamique de ces affections. Grâce à l'*hypnose*, en effet, l'existence de la résistance échappait à la perception du médecin. En *refoulant la résistance*, l'*hypnose* laissait un certain espace libre où pouvait s'exercer l'*analyse*, et derrière cet espace la résistance était si bien dissimulée qu'elle en était rendue impénétrable, tout comme le doute dans la *névrose obsessionnelle*. Je suis donc en droit de dire que la *psychanalyse* proprement dite ne date que du jour où on a renoncé à avoir recours à l'*hypnose*. »

Chertok (2002, p.272) souligne que la *filiation entre hypnose et psychanalyse* a été ensuite perdue de vue par les *psychanalystes* qui ont, au contraire, établi une véritable « coupure épistémologique en pensant donner une marque de fidélité à Freud ». L'argument de base des *psychanalystes* serait, comme le résume Chertok (ibid., p.216), « Que la *suggestion* est tellement massive dans l'*hypnose* qu'elle *supprime les résistances* ce qui rend la situation difficile à analyser. » Les *hypnoanalystes* ont montré depuis que les résistances n'étaient pas abolies mais se manifestaient sur un autre mode et qu'il était possible de les soumettre à un travail interprétatif (Wolberg, 1964). Chertok (ibid.) ajoute encore que la *suggestion* est, de toute manière, présente dans toutes thérapies et que tout dépend de ce que l'on en fait. On pourrait ajouter : encore faut-il que le *thérapeute* en ait conscience. Chertok souligne

également l'attitude paradoxale des *psychanalystes* vis-à-vis de l'*hypnose* : en effet il est difficile pour le patient de pouvoir « *associer librement* » et cela ne se produit réellement que lorsque qu'il accède de lui-même à un état de légère *transe hypnotique*. Aussi la situation *analytique*, si elle est efficiente, se doit d'être en elle-même un *processus hypnogène*.

C'est donc en renonçant à l'*hypnose* que *Freud invente la psychanalyse*. Il est important de préciser qu'elle est la nature de l'*hypnose* que pratique Freud dans les années 1900 : dans *Psychologie collective et analyse du moi* Freud (1921, p.12) nous dit « Une de ses particularités [l'*hypnose*] consiste dans une sorte de paralysie de la volonté et des mouvements, paralysie résultant de l'influence exercée par une personne toute-puissante sur un sujet impuissant, sans défense... » ; Dans *Etudes sur l'hystérie* Freud (1895, p.85) nous parle de ses difficultés à gérer sa relation avec sa patiente : « J'étais las, après avoir répété cette affirmation et cet ordre : « Vous allez dormir. Dormez ! » de m'entendre répondre sans cesse, dans des degrés légers d'*hypnose* : « Mais docteur, je ne dors pas ! » (...) Je suis bien convaincu que nombre de mes collègues psychothérapeutes savent se tirer de ces difficultés bien plus adroitement que moi, peut-être opèrent-ils de façon différente (...) » Nous voyons-là, non seulement la maladresse de Freud dans sa pratique de l'*hypnose* mais aussi sa vision de la relation hypnotique ; une relation d'autorité où le thérapeute exerce un fort ascendant sur son *patient*. Aujourd'hui nous parlerions d'*hypnose* dite « classique » que l'on voit pratiquée surtout au « music-hall ». Il faut rappeler que cette *hypnose* « autoritaire » fonctionne sur des sujets particulièrement *réceptifs aux suggestions* et qui entrent rapidement en *transe assez profonde*. Ils représentent 5 à 10% de la population. Dans un spectacle d'*hypnose*, l'*hypnotiseur*, souvent un magicien déjà habille dans l'art de la rhétorique d'influence, sélectionne à l'aide de *tests de suggestibilité* successifs les personnes qu'il retiendra ensuite pour le spectacle. A cette *suggestibilité* s'ajoute un effet social, le désir plus ou moins *conscient* de se donner en spectacle – les gens ne sont pas là par hasard – et donc, quelque part, de « jouer le jeu ». Contrairement à ce que l'on imagine le plus souvent, le sujet, même en transe profonde, garde toujours une certaine conscience de ce qui se passe et de ce qu'on lui demande de faire, bien qu'il puisse, dans certains cas, l'oublier à la sortie de la transe.

Alors que Freud abandonne l'*hypnose*, dans les années 1920, Sandor Ferenczi se confrontant aux limites cliniques de la psychanalyse continue en découvrant, avec une grande créativité, de nouvelles approches. Rappelons que Ferenczi a lui-même été analysé par Freud et nourrit avec lui des relations « compliquées ». Il se voit adresser par ses confrères, les cas les plus difficiles pour lesquels il met en œuvre des démarches cliniques novatrices mais aussi souvent controversées. Ces intuitions thérapeutiques peuvent, vu d'aujourd'hui, paraître particulièrement étonnantes ; on trouve d'une part de grandes similitudes avec certains protocoles de l'*hypnothérapie* telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, dont le protocole RHV – Remodélisation d'Histoire de Vie – (cf. liens en fin de texte), mais aussi avec la vision de la gestion de la relation thérapeutique sous-tendue par l'*hypnose*. Dans ses réflexions sur le

traumatisme entre 1920 et 1932, Ferenczi formule dans un très court texte – *Le traumatisme dans la technique de relaxation* (Ferenczi, 1920-1932) – les limites qu'il constate lors du travail sur les traumatismes précoces.

Il nous dit qu'au travers d'une démarche prévenante et souple l'analyste peut amener à la conscience ou à la reconstruction nombre d'événements pénibles de l'enfance restés *inconscients*. Il décrit qu'au cours de l'*analyse*, la *reviviscence* avec parfois *abréaction* se mêle au travail d'association et de construction intellectuelle. Le *patient* est amené à donner des explications sur les causes des *perturbations affectives et sensorielles*. La compréhension apporte une satisfaction affective et intellectuelle qu'il appelle « conviction ». Il poursuit en mettant en avant les limites de cette approche ; cette satisfaction peut ne durer que quelques heures. Il s'ensuit des cauchemars de répétition déformée du traumatisme sans aucune compréhension et précise-t-il (ibid., p.46) : « Le patient oscille entre le *symptôme* dans lequel il ressent tout le déplaisir sans rien comprendre, et la reconstruction à l'état de veille au cours de laquelle il comprend tout mais ne ressent rien... »

Face à ces limites il explore d'autres voies : l'analyse peut remonter aux stades antérieurs du *processus de refoulement*. Cela implique l'abandon complet de toute relation au présent et une immersion complète dans le *passé traumatique*. Pont entre le monde réel et le *patient en transe plongé dans l'affect*, l'analyste le pousse, à un travail intellectuel en le stimulant inlassablement par des questions. Le patient échappe à la réalité et se crée un autre monde où il peut atteindre ce qu'il veut. (ibid., p. 48) « Si jusqu'ici il a été privé d'amour voire martyrisé, il détache alors un fragment de lui-même, qui sous la forme d'une personne dispensatrice de soins, secourable ou aimante, le plus souvent maternelle, s'apitoie sur la partie restante, tourmentée, de la personne, en prend soin, décide pour elle et tout cela avec une extrême sagesse et une intelligence pénétrante ». Cet « ange gardien », se glisse hors de la personne, voit de l'extérieur et recherche et imagine l'aide qu'il est possible d'apporter à l'enfant. Nous retrouvons très bien racontée la démarche de *régression dans le passé* et d'*autoreparentage* (Melchior, 1998) que je détaille dans le *protocole RHV*. Dans ce qu'il explique, la *réactivation du souvenir traumatique* se fait cependant toujours par un questionnement « intellectuel » bien que le *patient en transe* soit plongé dans l'*affect*. Ferenczi souligne ensuite un point fondamental de la *relation thérapeutique* : selon lui, ce n'est pas de *revivre le traumatisme* qui apporte en soi un soulagement mais le fait que le patient ne soit plus seul. L'aide que lui apporte le *thérapeute* lui donne « l'impulsion pour une nouvelle vie » en faisant le *deuil* de ce « qui est perdu sans retour ». Il précise encore dans un autre texte : La *catharsis* s'enlise – comment y remédier ? (ibid. p.74) que la répétition de l'*expérience traumatique* n'a pas d'effet libérateur si l'analyste reste froid et sans *affect* dans un registre purement intellectuel. Il doit se transporter aux côtés de « cet enfant blessé » dans cette période de son passé et lui apporter son aide et son réconfort. Il ajoute (ibid., p. 75) : « Une façon de faire interdite contre laquelle Freud m'avait mis en garde ». Ce passé devant apparaître, autant pour le patient que pour

l'analyste, comme une réalité présente. L'hypnothérapeute, dans ce moment de régression est effectivement très proche du patient à la fois physiquement - nous verrons les techniques « d'ancrage » (Bandler, 2002) ou le thérapeute touche le patient et lui chuchote à l'oreille – mais aussi psychiquement : le thérapeute se met lui-même dans une légère transe hypnotique ; ainsi sa parole se libère et, par les mécanismes de synchronisation, il partage le vécu émotionnel du patient.

Toujours dans *Le Traumatisme* (ibid., p. 122) Ferenczi, refusant l'excuse de « la résistance du patient » à plonger plus profondément dans le trauma, s'interroge sur ce qu'il pourrait faire. Il constate des changements « particulièrement impressionnants » et « d'une soudaineté surprenante » en comprenant que le patient n'a pas seulement besoin d'une explication, mais aussi de « la tendresse et de l'amour passionnés ». Il précise : « une empathie véritable, non simulée. »

Dans un autre texte : *Compulsion à la répétition du trauma* (ibid., p.115) Ferenczi revient sur ses déceptions face au traitement par analyse du trauma. Il constate juste que « l'explosion d'affects » apporte une détente momentanée. Et il raconte comment une patiente l'amena vers, ce que nous appellerions en hypnose, une démarche de thérapie symbolique. La patiente lui réclame son aide pour extirper son mal, ne sachant que faire il répond à sa demande en lui disant : « Oui, maintenant j'enlève le mal » ; le mal étant représenté comme une substance matérielle. Il en vient également à répéter mot pour mot ce que réclame le patient en constatant des effets « miracles ». Les crises amenaient les patients à se sentir déchirés. L'âme s'arrachant à la réalité était capable de voir ce qui se passe dans et hors de la personne. Il se met à la disposition de la « psyché clivée » en l'incitant à l'action par un questionnement d'un niveau infantin. Il ajoute que tant qu'il doutait de la réalité des événements le questionnement n'entraînait pas de véritable succès. Nous retrouvons cette répétition du discours du patient et le langage d'un niveau infantin que peut utiliser l'hypnothérapeute lorsqu'il s'adresse à « l'enfant » de l'époque. S'il peut s'agir de restituer le propre discours du patient parfois « mot pour mot » comme le dit Ferenczi – hypnothérapie dans une vision humaniste considère que le patient dispose de ressources lui permettant de s'aider lui-même – le discours de l'hypnothérapeute se fera plus subtil, pour détourner les freins de la critique rationnelle, en multipliant les formes narratives de cette répétition au travers, notamment, d'histoires métaphoriques.

Nous retrouvons-là, comme je le disais, une grande similitude entre les intuitions thérapeutiques de Ferenczi et la pratique actuelle de l'hypnose. Ferenczi, très controversé en son temps, n'a pas su, surtout face à l'hégémonie de Freud dont il recherchait l'assentiment, diffuser ses innovations thérapeutiques ; ses textes fragmentaires n'ont été publiés que récemment. Il est vrai que l'on trouve aussi chez Ferenczi (ibid.), des pratiques très surprenantes comme « la technique du baiser », qui lui valu une lettre de « remontrance » de

Freud en 1931 dans laquelle il écrit : « Vous n'avez pas dissimulé le fait que vous embrassez vos patients et que vous les laissez vous embrasser... », ou encore, quelque chose cette fois à la fois surprenant mais aussi fort dangereux : demander aux patients de s'abstenir d'aller à la selle en escomptant un progrès dans l'analyse ; il cite le cas d'un patient s'étant retenu durant 11 jours !

Je conclurai ce texte en revenant à la conception actuelle du trauma vu par des *psychanalystes*. Dupont (in Nassikas, 2004) parcourt différentes théories expliquant les mécanismes du trauma et apporte en conclusion une synthèse en 6 points : 1/ Il n'y a pas d'existence concevable sans *trauma* 2/ Tous les *traumas* n'entraînent pas d'*effets pathologiques*. Certains sont intégrés sans bouleverser la *structure psychique* de l'individu et restent à l'état de mauvais souvenirs ou sont oubliés. 3/ Ce n'est pas l'intensité objective du *trauma* qui détermine s'il aura ou non des *effets pathologiques*. 4/ Le *trauma* agit en plusieurs temps. Il se passe quelque chose que la *structure psychique* ne parvient pas à intégrer, qui reste là à l'état clivé, et peut être réveillé par un événement ultérieur et déclencher une *pathologie*. 5/ A l'un ou l'autre de ces stades, un modèle se constitue, qu'on peut éventuellement appeler suivant Balint (2003) « défaut fondamental »<sup>2</sup>, « cicatrice » ou « faille », qui détermine la fragilité particulière de chaque individus à tel ou tel type de *trauma* ultérieur. 6/ C'est la structure psychique de l'individu qui le fragilise à certains *traumas*. Stephanatos (in Nassikas, 2004) précise également : « Un grand nombre de *psychanalystes* admettent que, dans la *pratique analytique* actuelle, il est possible d'éviter deux positions extrêmes qui aboutissent à des impasses. D'une part, la recherche systématique dans la cure d'un *événement traumatique* réel et « objectivable », d'autre part, la limitation du devenir psychique à une réalité psychique sans autre histoire que celle de ses fantasmes, mettant entre parenthèses l'existence d'un passé, l'influence de l'environnement psychique, mais aussi le rôle primordial pour le sujet du désir et du discours de l'autre maternel. »

En tant qu'hypnothérapeute je pourrais m'appuyer, dans ma pratique, sur certains de ces modèles, sans considérer pour autant qu'il s'agit de réalités *étiologiques* mais toujours en recherchant ce qui dans mon discours, considéré au sens de la pragmatique linguistique comme un acte de langage, est utile à l'évolution du patient.

---

## Notes

### 1. La notion de structure psychique dans la théorie psychanalytique

Freud dans Nouvelles Conférences sur la Psychanalyse (1933) compare la structure psychique à un bloc de cristal qui lors d'un choc se brise selon des lignes de cassures, jusque-là, invisibles de l'extérieur mais déterminées dans la structure intime du cristal. Selon lui, la structure psychique se façonne à partir de la naissance (et sans doute avant), en fonction de

l'hérédité mais surtout du mode de relation aux parents dès les tous premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés, en fonction aussi des mécanismes de défense.

La théorie psychanalytique distingue 3 grands types de structure psychiques : psychotique, névrotique et limite qui se caractérisent par les types de conflit, d'angoisse et de défense prépondérants dans le fonctionnement psychique, associés les uns aux autres, et au mode de relation aux objets d'investissement (ce qui est appelé objet en psychanalyse représente à la fois des objets et des personnes qui, d'un point de vue dynamique, sont pour le sujet « objet de désir », « objet de pulsion », « objet d'amour », etc.). Le sujet répondant à une de ces structures n'est pas malade pour autant. Il ne développera un trouble que, si comme le cristal, il subit un « choc » qui le « brise ». La thérapie vise à faire évoluer la structure psychique.

Cette notion de structure n'est évidemment pas admise dans toutes les approches mais elle reste cependant utile pour appréhender le fonctionnement psychique du sujet sans préjuger pour autant d'une causalité plus « profonde » ce que feront, à leur manière, la plupart des courants thérapeutiques.

## 2. Défaut fondamental de Balint

Balint (1968) dans son ouvrage éponyme introduit le terme de « défaut fondamental » pour exprimer à la fois que le patient ressent une sorte de défaut en lui qui doit être réparé, que ce défaut provient du fait que quelqu'un a été en défaut envers lui ou lui a fait défaut et aussi que face à son angoisse il attend que l'analyste ne lui face pas défaut. Il parle d'une « disproportion considérable entre les besoins psychophysiologiques d'un sujet au cours des phases précoces de son développement et les soins, l'attention et l'affection dont il a disposé à cette même époque » (ibid. p.42). Il s'agit d'un état de carence - quelque chose qui manque actuellement au patient, voire qui lui manque depuis sa naissance - dont les conséquences et les effets après coup semblent n'être que partiellement réversibles. Un défaut fondamental ne pourrait se cicatriser que si l'on trouve les éléments qui font défaut. Et même dans ce cas la guérison risque de n'être qu'imparfaite. Le concept de défaut fondamental, permettrait, selon Balint, de concevoir comme les symptômes d'une même entité étiologique, les névroses (peut-être les psychoses), les troubles du caractère, les maladies psychosomatiques mais aussi un grand nombre de maladies cliniques courantes.

Ce concept s'avère en fait très proche du modèle de schémas de pensée (ou cognitifs) dysfonctionnels des TCC (Thérapie Comportementales et Cognitives). Selon Alford et Beck (1997), on peut définir un schéma cognitif comme une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme. Stockés dans la mémoire à long terme (mémoire sémantique), les schémas cognitifs sélectionnent et traitent l'information de manière inconsciente (au sens

d'automatique). Les TCC considèrent que ces schémas de pensée dysfonctionnels se seraient installés à cause d'une carence par rapport aux « besoins capitaux de l'enfance ». Stéphanie Hahusseau (2003) précise 7 besoins capitaux de l'enfance : Etre aimé inconditionnellement, Etre protégé physiquement et psychiquement, Etre encouragé, Etre compris, entendu, Etre progressivement responsabilisé et sentir face à soi des limites réalistes, Etre éveillé et aidé à développer sa curiosité et Sentir autour de soi de la stabilité. Young a élaboré un auto-questionnaire utilisé par les praticiens TCC qui définit un score pour 17 schémas : Carence affective, Abandon, Méfiance, Vulnérabilité, Dépendance, Imperfection, Echec, Assujettissement, Sacrifice de soi, Exigences élevées, Tout m'est dû, Manque d'autocontrôle, Relation fusionnelle, Vulnérabilité, Contrôle émotionnel, Sévérité, Recherche d'approbation. Le concept de schéma de pensée se rapproche lui-même des méta-programmes de la PNL (Programmation Neuro-Linguistique) qui peuvent en simplifiant se définir comme la manière dont « nous nous y prenons » pour percevoir, nous représenter les choses ou agir.

Cela rejoint, également, pour une part le concept de Drivers en AT (Analyse Transactionnelle) ; certains de nos comportements seraient guidés par des croyances sur nous-mêmes pouvant nous conduire à des situations d'échecs répétitifs. Taïbi Kahler a identifié 5 Drivers illustrés, ici, avec les croyances associées : Fais Plaisir - j'ai besoin de faire plaisir aux autres pour être aimé - Sois Fort - je peux tout gérer, et je n'ai besoin de personne.- Sois Parfait : J'ai besoin de me sentir irréprochable et que tout soit exécuté de manière parfaite. - Fais des Efforts : Je m'acharne, plus je transpire, plus ce que je fais est important, peu importe le résultat. - Dépêche-Toi : Je vais pouvoir tout faire, même si je suis débordé, il suffit que je me dépêche.

### **Bibliographie**

- BALINT, M. (1968) *Le défaut fondamental*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2003
- ALFORD, B.A., BECK, A.T. *The integrative power of cognitive therapy*. New York : The Guilford Press, 1997
- BANDLER, R. *Le temps du changement*. Bruxelles : La tempérance, 2002
- CHERTOK, L. *L'hypnose*. Paris : Payot, 2002
- FERENCZI, S. (1920-1932) *Le traumatisme*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2006
- FREUD, S. BREUER, J. (1895) *Etudes sur l'hystérie*. Paris : Payot, 1956
- FREUD, S. (1939) *L'homme Moïse et la religion monothéiste : trois essais*. Paris : Editions Gallimard, 1986
- FREUD, S. (1916) *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1974

FREUD, S. (1921) *Psychologie collective et analyse du moi*. Essais de Psychanalyse. Paris : Éditions Payot, 1968, (pp. 83 à 176) (version numérique)

FREUD, S. (1933) *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : Editions Gallimard, 1989

HAHUSSEAU, S. *Comment ne pas se gâcher la vie ?* Paris : Odile Jacob, 2003

LAPLANCHE, J. PONTALIS, J.B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 2004

MELCHIOR, T. *Créer le réel, hypnose et thérapie*. Paris : Éd. du Seuil, 2008

NASSIKAS, K. (sous le dir. de) *Le trauma entre création et destruction*. Paris : L'Harmattan, 2004

WATKINS, J. G. (1971). *The Affect Bridge: A Hypnoanalytic Technique, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, p. 21-27.

WOLBERG, L.R. *Hypnoanalysis*, 2nd ed., New York : Grune & Stratton, 1964

### ***Autres textes***

#### ***Après un long silence, le retour de l'hypnose***

Dans ce texte d'introduction je présente les étapes du *renouveau de l'hypnose* en France, les principes du protocole d'*hypnose thérapeutique : Remodélisation d'Histoire de Vie – RHV –* utilisant la régression hypnotique dans le passé – ainsi que des exemples cliniques.

Lire ⓘ <http://www.orgadia.com/hypnotherapeute-paris/hypnotherapie-articles/hypnose-psychanalyse-le-retour-apres-un-long-silence.htm>

#### ***La remodélisation d'histoire de vie : comprendre la démarche et les bienfaits de la régression en âge sous hypnose***

Je détaille dans ce texte le déroulement du protocole d'*hypnose thérapeutique : Remodélisation d'Histoire de Vie – RHV*.

Lire ⓘ <http://www.orgadia.com/hypnotherapeute-paris/hypnotherapie-articles/regression-hypnose-rhv.htm>

#### ***L'hypnose Ericksonienne : sa singularité***

Je présente, en me référant à quelques auteurs, ce qui caractérise spécifiquement l'*hypnose éricksonienne*.

Lire ⓘ <http://www.orgadia.com/hypnotherapeute-paris/hypnotherapie-articles/hypnose-ericksonienne.htm>