Hypnose
et
Dissociation psychique

Sous la direction de
DIDIER MICHAUX

IMAGO

TABLE DES MATIÈRES

DIDIER MICHAUX
Introduction 7

Première partie

LE CONCEPT DE DISSOCIATION

A. HISTOIRE DU CONCEPT

PETOT JEAN-MICHEL
Psychologie des phénomènes dissociatifs
et théorie de la conscience 15

BREULET MICHEL
La dissociation : de la distorsion identitaire
à l'ouverture du Moi 37

GARRABÉ JEAN
La notion de dissociation selon Pierre Janet 46

MICHAUX DIDIER
L'observateur caché et la dissociation psychique 55

THORET YVES
La dissociation schizophrénique 66

RAUSKY FRANKLIN
Possession démoniaque et dissociation hypnotique
Deux théories de la nature de la transe 73

MULHERN SHERILL
La transe de possession : trouble dissociatif
ou stratagème sociopolitique ? 81

B. La dissociation en hypnose : approches cliniques et recherches

Collot Édouard
De la dissociation 105

Halfon Yves
La dissociation en hypnose 120

Bioy Antoine
La dissociation psychique :
une composante de l'effet psychosomatique de l'hypnose ? .. 134

Fauxpoint Jean-Denis
Une approche récente de la dissociation en hypnose :
dissociation cognitive et dissociation affective 143

Poliakov Oleg
Continuité vivante et dissociation 153

Roustang François
Dissociation perceptive 165

Melchior Thierry
La volonté existe-t-elle ? 171

Laurence Jean-Roch
Lorsque science et croyance s'affrontent :
dissociation, amnésie dissociative et faux souvenirs 179

Deuxième partie

L'EMPLOI DES TECHNIQUES DE DISSOCIATION PENDANT L'HYPNOSE

Virot Claude
Association et dissociation 203

Mambourg Paul-Henri
Dissociation, association : l'ordre et le chaos
dans la relation thérapeutique 212

Brosseau Gaston
L'identité et la nature de l'hypnose clinique 219

Salem Gérard
Pas vous, pas moi : dissocation thérapeutique
dans un cas d'hémiplégie hystérique 225

CUDICIO PATRICE
La notion de conscience bicamérale en hypnose et son usage en sexologie 234

MEYER-BISCH BÉATRICE
Utilisation thérapeutique de la dissociation provoquée yeux ouverts 240

MAIRLOT ÉRIC
Les troubles de la transition : dissociation du quotidien 249

SITBON HERVÉ
Le changement par la dissociation : rendre l'enfant magicien avec une « baguette magique » 264

KÉDIA MARIANNE
Hypnose et dissociation traumatique 273

VILLIEN PHILIPPE
Sens et intérêt de l'intervention hypnotique dans les états psychotraumatiques 282

CHEVEAU CHRISTIAN
Traiter la dissociation par la dissociation : l'hypnose dans le traitement du syndrome psychotraumatique 293

Troisième partie

LA DISSOCIATION DANS D'AUTRES CONTEXTES THÉRAPEUTIQUES ET CULTURELS

PETOT JEAN-MICHEL
L'hypnose et l'alliance thérapeutique : intérêt et limites de l'utilisation de l'hypnose en thérapie cognitive 303

COSTE MICHEL
Dissociation et T.T.C. 319

ALMOSNINO ANNE
La dissociation dans le cadre du système thérapeutique de la thérapie de couple 329

CASSANAS JEAN
La dissociation en thérapie familiale systémique : sculpture et provocation 338

HELL BERTRAND
Possession, émotion et modernité (Maroc, Mayotte) 345

MIDOL NANCY
Transe, entre dissociation et connexion !h 367

PAS VOUS, PAS MOI : DISSOCIATION THÉRAPEUTIQUE DANS UN CAS D'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE

GÉRARD SALEM *

« Non pas les hommes et leurs moments.
Mais les moments et leurs hommes. »
Erving Goffman.

Prémisses

« Pas vous, pas moi » : le titre que j'ai choisi pour ce travail illustre, d'une part, un procédé technique d'enchaînement des suggestions, d'autre part, un aspect particulier propre au phénomène dissociatif, qui me paraît prégnant et qui a été peu décrit jusqu'ici à ma connaissance.

Le *procédé technique* consiste à recadrer avec force l'expérience hypnotique comme le résultat d'un phénomène attribuable ni au patient ni au thérapeute. Cette double négation, utilisée de façon rituelle et incantatoire tout au long du processus thérapeutique, fonctionne à l'instar d'un leitmotiv permettant d'enchaîner les suggestions sur le mode classique du *pacing and leading* [1]. Autrement dit, elle signifie, pour prendre l'exemple d'une lévitation classique de la main, que « ce n'est pas vous qui levez votre main, ce n'est pas moi non plus, c'est votre main qui se lève [2] ». Ou, plus loin, que « ce n'est pas vous qui apprenez à la partie paralysée de votre corps à mouvoir la main, le bras, la jambe... ce n'est pas moi non plus qui le lui apprends... c'est la partie saine de votre corps qui enseigne cela à la partie malade ».

Ce procédé, fort efficace en hypnose conversationnelle pour induire une transe hypnotique, revêt un grand intérêt à mes yeux par tout ce qu'il dévoile du *processus dissociatif* lui-même, cette fois d'un point

* F.M.H. psychiatrie et psychothérapie, *privat-docent*, maître d'enseignement et de recherches, Université de médecine et de biologie (Lausanne).

de vue phénoménologique. Au-delà du procédé, en effet (soit au-delà de la stratégie adoptée par le thérapeute), il se passe quelque chose qui dépasse le contrôle délibéré du thérapeute comme le contrôle délibéré du patient. Un mécanisme supra-individuel se met à l'œuvre, autrement dit un processus essentiellement relationnel, une coconstruction à deux (point que je discuterai un peu plus loin).

Une démonstration clinique particulièrement significative nous permettra, à partir d'un cas d'hémiplégie hystérique handicapante, de mieux cerner l'intérêt tant de ce procédé technique que du processus dissociatif revisité sous l'éclairage systémique.

Histoire du traitement

Une Kosovare de nationalité albanaise, âgée d'une trentaine d'années, m'est adressée par une collègue omnipraticienne afin de tenter l'hypnose. Cette patiente souffre d'une hémiplégie gauche, diagnostiquée comme un syndrome de conversion hystérique. Le tableau clinique est celui d'un hémisyndrome sensitivo-moteur sévère, avec atrophie musculaire homolatérale, la patiente se déplaçant en chaise roulante depuis des années.

• Éléments anamnestiques

La survenue du syndrome a été brutale, trois ans et demi plus tôt, à la suite d'une chute dans sa salle de bains, ceci dans un contexte de risque d'expulsion chez une requérante d'asile. La patiente était, en effet, sur le point d'être renvoyée au Kosovo, de même que son mari et leurs deux petits garçons, ce qui aurait eu des conséquences très dangereuses pour l'époux (qui avait dû fuir son pays pour des raisons politiques).

La patiente était incapable de faire un seul mouvement du côté gauche, avait perdu toute sensibilité de ce même côté, et avait été hospitalisée pendant deux semaines dans un service de médecine. Des examens neurologiques approfondis avaient conclu à une paralysie de conversion. Les médecins avaient instauré une pharmacothérapie à base d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, puis l'avaient transférée dans un hôpital psychiatrique où elle avait séjourné pendant deux mois, sans aucune amélioration (en dépit de divers traitements pharmacothérapeutiques, dont des anxiolytiques, des antidépresseurs, et même — on se demande pourquoi — des neuroleptiques).

Renvoyée à son domicile, elle accuse une évolution torpide, malgré

un encadrement psychosocial intensif. Son état ne s'améliore guère lorsque la famille reçoit enfin le permis de séjour espéré, quelque six mois plus tard *(en d'autres termes, en dépit du fait que le probable « bénéfice secondaire » n'était plus d'actualité).* Une thérapie de famille (avec le mari et les enfants), complétée par une thérapie de soutien individuel, toujours avec prescription de psychotropes, n'amène aucun progrès non plus. La paralysie est même compliquée par une atrophie musculaire du membre supérieur et du membre inférieur, en dépit de soins physiothérapeutiques quasi quotidiens (à quoi s'ajoute une prévention des complications thrombotiques par des injections sous-cutanées de fraxiparine). Enfin, la patiente et sa famille bénéficient d'un important soutien psychosocial à domicile, avec l'aide d'une équipe spécialisée en ethnopsychiatrie. C'est au cours de cette quatrième année de paralysie que la patiente m'est adressée pour tenter l'hypnose.

• Déroulement des séances d'hypnose

À la *première séance,* tout en recueillant l'anamnèse, j'établis une alliance thérapeutique assez chaleureuse avec la patiente, notamment en la valorisant pour son courage, son endurance et sa patience. Enfin, je salue cette maladie comme « précieuse », puisqu'elle a été fort utile à la protection de son mari et de sa petite famille *(recadrage de type resources oriented).* La patiente apprécie visiblement cette forme de « quittance » et exprime en même temps son découragement de ne pas être « capable de guérir ». Elle a un grand espoir vis-à-vis de l'hypnose (dont elle a entendu parler depuis peu). J'apprends même que trois membres de sa famille d'origine sont médecins au Kosovo et lui ont recommandé l'hypnose comme un procédé qu'il valait peut-être la peine d'essayer « à tout hasard » (sans être eux-mêmes praticiens dans cette discipline).

Elle est très contente que son médecin généraliste helvétique l'ait envoyée à ma consultation, exprime sa confiance en cette omnipraticienne et se dit prête à me faire confiance à moi aussi, comme à l'hypnose (dont elle ne sait rien d'autre que ce que lui ont montré quelques émissions télévisées). Elle espère guérir rapidement et être enfin à même d'aller trouver ses parents au Kosovo pour célébrer les fêtes de fin d'année avec eux (après plus de cinq ans de séparation)[3]. Je lui demande si elle préfère y aller en chaise roulante ou sur ses deux jambes, en lui rappelant qu'elle devrait peut-être payer un supplément pour la chaise roulante... En riant, elle me rétorque que, bien sûr, elle préfère la première alternative *(renforcement de la motivation).*

Nous commençons alors, toujours lors de cette première rencontre, par une induction hypnotique classique de lévitation de la main droite (côté valide), scandée par la formule quasi propitiatoire « pas vous, pas moi », accompagnée par des évocations de bons souvenirs d'enfance (époque où elle était capable de sauter à la corde, de danser, de jouer avec ses camarades, en étant aussi légère que sa main maintenant). Sa main va jusqu'à toucher son visage, avec approfondissement visible de la transe, que je ratifie en lui demandant de faire confiance à cette petite fille légère qui danse en elle. Je clos la séance par la suggestion post-hypnotique suivante : « la main droite s'occupera toute seule d'apprendre ce qu'elle sait faire à la main gauche » *(dissociation doublée d'une valorisation de l'apprentissage).* La patiente est assez impressionnée par ce fonctionnement « automatique » de sa main droite.

À la *deuxième séance,* deux semaines plus tard, en utilisant la même technique, mais en m'adressant aussi bien à sa main droite (valide) qu'à sa main gauche (paralysée), j'observe simultanément une lévitation de la main gauche, puis de la jambe gauche (paralysée aussi). Instant émouvant, pour elle comme pour moi et pour mon collègue (qui filme la séance en vidéo[4]). Sans manifester pour autant le moindre étonnement ou je ne sais quel sentiment de triomphe, je commente ce changement comme le signe que « son corps sait bien faire son travail », et que « sa partie saine a commencé à s'occuper de sa partie malade » *(ratification et recadrage).* J'ajoute que cette partie saine d'elle-même est, en quelque sorte, activée par son propre « médecin intérieur », beaucoup plus doué que tous les médecins du monde... La patiente repart, troublée, mais heureuse, poussée dans sa chaise roulante par une amie qui l'accompagne.

À la *troisième séance,* deux semaines plus tard, avec la même technique d'induction (« pas vous, pas moi »), complétée par une hypnose conversationnelle sur le thème de ses compétences naturelles dans le passé et le présent, et sur « tout ce qu'elle sait, sans savoir qu'elle le sait » (autre définition de l'inconscient, à la manière d'Erickson), la patiente parvient à se lever de sa chaise roulante, à faire quelques pas, et même à me pousser dans sa chaise roulante, dans laquelle j'ai pris place quand elle s'est levée (provocation visant à « ancrer » de façon théâtrale le changement). Je renforce l'importance de ce changement en lui déclarant que maintenant sont réunies les conditions pour espérer qu'elle puisse danser à la Saint-Sylvestre au Kosovo, avec sa famille d'origine (recadrage indirect du mouvement comme un signe de loyauté, en miroir avec la paralysie, elle aussi expression de sa loyauté d'épouse).

• Évolution et catamnèse

À son retour, deux mois et demi plus tard, la patiente se présente debout à la consultation, à peine aidée d'une petite canne, symbole du compromis trouvé entre la paralysie et le mouvement (variante d'objet transitionnel à la Winnicott ?). Trois semaines plus tard, elle marche normalement et sans canne, vaque à son ménage, joue au ballon avec ses enfants. L'atrophie du côté gauche s'est nettement améliorée. Une année plus tard, revue en *follow up*, elle va bien, s'occupe de sa famille et travaille à temps partiel. Son regard rétrospectif se résume à une phrase laconique : « C'est l'hypnose qui m'a guérie. »

Discussion critique et propositions théoriques

Il semble assez clair que l'hémiplégie avait ici une « finalité » de protection pour la patiente comme pour sa petite famille. Elle permettait en effet d'annuler, pour raison de maladie et de regroupement familial, les mesures d'expulsion prises par les autorités helvétiques. Mais, une fois l'hémisyndrome « installé », comment en sortir lorsqu'il n'est plus nécessaire (soit, une fois l'asile politique obtenu) ? En trois ans et demi, aucun traitement ni neurologique ni psychiatrique n'apporte d'amélioration. Tentée en dernier recours, l'hypnose guérit le trouble rapidement, en trois séances.

• Aspects hystériques

Nous pouvons estimer que la patiente avait besoin d'une « légitimité sociale de guérison », en miroir avec la « légitimité sociale de maladie ». Quelque chose « lui était arrivé » pour qu'elle tombe malade, quelque chose « devait lui arriver » pour qu'elle guérisse, soit un signal extérieur aussi puissant que le premier. Autrement dit, à l'événement constitué par sa chute dans la salle de bains devait succéder un autre événement aussi important pour être « autorisée » à émerger de la paralysie.

Chacune des deux hospitalisations, en médecine, puis en psychiatrie, aurait pu constituer ce deuxième événement libérateur, mais souvenons-nous que toutes deux survenaient trop tôt (avant l'obtention de l'asile politique). D'autre part, les mesures thérapeutiques qui ont suivi l'obtention de l'asile politique avaient un caractère moins spectaculaire, moins « important » que les deux hospitalisations dans leur effet de

« mise en scène sociale du changement ». Il fallait que « quelque chose se passe », que quelque chose « advienne », avec la même charge dramatique que l'événement déclencheur. Cet événement allait être l'hypnose, soit l'intervention d'un nouveau personnage dans l'histoire, et le recours à une méthode sortant de l'ordinaire (pour ne pas dire « magique »). Enfin, rappelons que cette démarche particulière était approuvée et même valorisée aux yeux de la patiente par tout son système familial et par son médecin traitant, ce qui ajoute à la légitimité du changement (motivation collective).

• Aspects de la relation intersubjective

La modalité de l'échange entre la patiente et moi peut être décodée comme « l'intervention d'un tiers ». Au début, ce tiers, c'est moi, « le nouveau médecin » qui survient dans son histoire, détenteur de je ne sais quel « pouvoir hypnotique ». Mais, par étapes successives, ce tiers va se déplacer et être internalisé. La patiente réalise que l'hypnothérapeute se réfère à un autre tiers, contenu en elle (la petite fille, légère comme sa main en lévitation), puis à un autre tiers encore, également contenu en elle, son « médecin intérieur ». La *petite fille* incarne tout ce qu'elle conserve de candeur et d'insouciance en elle, tout ce qui reste léger, vivant, en mouvement (par contraste avec la pesante immobilité qui la cloue dans un fauteuil). Le *médecin intérieur* représente ses ressources, ses capacités d'autoguérison, soit le détenteur (ou opérateur) du changement. Tout se passe comme si, à la faveur de ce déplacement progressif du tiers, l'hypnothérapeute déléguait son pouvoir de guérison à la patiente, plus précisément à une partie d'elle. Ainsi, ce n'est *pas vous*, Madame, ce n'est *pas moi* non plus qui instaure le changement : c'est la petite fille, c'est le médecin intérieur.

Cette dissociation thérapeutique par référence à un « tiers » virtuel, invité dans la relation entre la patiente et son thérapeute, ne saurait bien entendu être obtenue sans la *pleine adhésion* de la patiente à cette façon de voir les choses. L'alliance entre elle et moi est bonne dès la première rencontre. Nos *expectatives mutuelles* sont identiques : elle espère que, par l'hypnose, je l'aiderai à retrouver sensibilité et mouvement dans la partie paralysée de son corps, et mon espoir est le même, sachant d'une part qu'il s'agit d'un syndrome de conversion et non d'une réelle paralysie, et d'autre part, en hypnothérapeute convaincu, qu'à la dissociation hystérique il est toujours indiqué de répondre par une dissociation thérapeutique. Non seulement nos expectatives mutuelles, mais celles de nos *réseaux respectifs* sont en miroir : des confrères me confient cette tâche en faisant confiance au procédé hyp-

notique, sa famille au complet, dont trois médecins, vont dans le même sens. En outre, son acceptation de vivre l'expérience hypnotique se manifeste dès la première induction par lévitation de la main valide. Elle ratifie les suggestions du thérapeute et participe ainsi activement au déclenchement des changements espérés.

Il s'agit ici d'une coconstruction narrative et scénique, d'une dissociation à deux (codissociation ?), donc d'un *phénomène essentiellement relationnel*, qui ne saurait se limiter à ce qui se passe dans la patiente ou à ce qui se passe dans le thérapeute. Ceci revient à dire que le mécanisme opérant est ici de nature *intersubjective et supra-individuelle*, décodable en termes interactionnels et systémiques[5].

• L'opérateur interpersonnel

Enfin, il s'agit ici d'une dyade supposant une triade. La conviction partagée de cette dyade patiente/thérapeute se concrétise cliniquement dans une *transe à deux* (variante modérée d'une « folie à deux » ?). Dans cette transe commune, les deux protagonistes se réfèrent à un tiers virtuel, la « petite fille légère », puis le « médecin intérieur ». En réalité, il faut bien admettre que ce tiers, c'est leur relation même, leur « nouïté » thérapeutique, leur cocréativité réactivée à chaque rencontre. Nous sommes ici en présence d'une forme d'*accordage affectif* ou de *communion intersubjective*, pour reprendre la terminologie spécifique des travaux de Stern et de Fivaz dans le domaine de l'encadrement du développement[6]. C'est à ce prix que le changement devient opérant, et non, comme le laissent supposer d'autres travaux, qui mettent l'accent sur les capacités ou la personnalité du patient, ou encore sur l'art du thérapeute.

C'est pourquoi je propose d'appeler désormais *opérateur interpersonnel* le levier réel du changement dans toute intervention hypnothérapeutique, pour cesser de nous laisser subjuguer par les mécanismes intrapsychiques propres à l'individu, et mettre davantage l'accent (à l'instar de tout praticien d'orientation systémique) sur les facteurs supra-individuels des mécanismes hypnotiques.

• La « nouïté » thérapeutique

En conclusion, au *couple esprit/corps* ou au *couple conscient/inconscient* habituellement invoqués en hypnose, je pense qu'il est judicieux d'ajouter, à un niveau hiérarchique supérieur, ou mieux, d'opposer, tout ce qui se passe dans le *couple patient/thérapeute*. Ouvrons davantage notre champ d'observation, laissons entrer l'air du

large. Il s'agit en effet de tenir compte ici, non pas d'un *déterminisme intrapsychique* du patient, ou comme on le lit parfois, d'un déterminisme intrapsychique du thérapeute, mais bel et bien d'un *déterminisme interpersonnel*, pour reprendre l'expression de Bateson, un des pères fondateurs de la systémique, qui a si bien décrit le monde des « réactions aux réactions[7] ».

J'aimerais ajouter, en guise d'« envoi », qu'en dépit du résultat spectaculaire de cette brève intervention thérapeutique, il serait tout à fait inapproprié et même indécent d'en retirer je ne sais quelle vanité thérapeutique. Ce type de succès clinique est plus fréquent et plus banal qu'on ne l'imagine, du moins aux yeux d'hypnothérapeutes ou de thérapeutes de famille expérimentés. Cet exemple, comme d'autres que j'ai décrits ailleurs, devrait nous inciter à miser davantage sur les *ressources contenues d'abord dans la relation thérapeutique*, soit dans cette « continuité relationnelle » évoquée par exemple par Roustang, que dans celles du thérapeute ou celles du patient. Il devrait aussi nous inviter à moins d'arrogance dans nos théories et nos convictions centrées sur l'individu et à nous montrer plus curieux de tout ce qui se passe dans l'espace invisible de la « nouïté ».

Ainsi, pas vous, pas moi. Nous.

NOTES

1. « Ponctuer et conduire », technique d'induction conversationnelle élaborée en PNL par Bandler et Grinder (*Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson*, vol. 1, Meta Publications, Cupertino, CA, 1975) à partir d'un des principes fondamentaux enseignés par Erickson, que l'on désigne habituellement par la formule *accepting and utilizing* (« accepter et utiliser », cf. Salem G., *Soigner par l'hypnose* (avec Bonvin E.), Editions Masson, Paris, 2004 (3e édition).

2. *Ibid.*

3. Nous sommes alors au mois de novembre. La patiente se donne donc un délai court pour guérir, ce qui me paraît un bon indice de motivation.

4. Toutes les séances ont été filmées depuis le début en vidéo. Ce document est disponible en DVD chez l'auteur.

5. Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., *The primary trioangle. A developmental system view of mothers, fathers and infants*, Basic Books, New York, 1999 ; Stern D., *Le Monde interpersonnel du nourrisson : une perspective analytique et développementale*, P.U.F., Paris, 1989 ; Salem G., *L'Approche thérapeutique de la famille*, Editions Masson, Paris, 2001 (4e éd., 2004).

6. Notions qui sont, du reste, en miroir avec les conceptions novatrices de l'éthique, que l'on trouve dans les travaux de Wittgenstein, de Buber, de

Boszormenyi-Nagy, de Ricœur ou de Malherbe. (Wittgenstein L., *Leçons et Conversations, suivies de conférences sur l'éthique*, Gallimard, Paris, 1971 ; Buber M., *Je et Tu*, Aubier-Montaigne, Paris, 1969 ; Boszormenyi-Nagy I., *Foundations of contextual therapy. Collected papers*, Brunner & Mazel, New York, 1987 ; Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris, 1990 ; Ricœur P., « L'Éthique » in : Canto-Sperber M., *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, P.U.F., Paris, 1996 ; Malherbe J.-F., *Les Ruses de la violence dans les arts du soin. Essais d'éthique critique, II*, Liber, Montréal, 2003 ; Malherbe J.-F., *Pour une éthique de la médecine*, Artel-Fides, Namur, Montréal, 1997. Par exemple, le concept de réciprocité du type *je-tu* ou *je-ça* de Buber, ou les concepts d'*idemité* et d'*ipséité* de Ricœur, ou le concept de *subjectivation* ou d'*objectivation réciproque* de Malherbe, etc.

7. Bateson G., *Mind and nature. A necessary unit*, Dutton, New York, 1979 ; Bateson G., *Vers une écologie de l'esprit*, vol. 1 & 2, Seuil, Paris, 1977, 1980.

Introduite par Pierre Janet, utilisée d'emblée pour décrire les mécanismes de désagrégation ou de dédoublement à l'œuvre dans l'hystérie et la psychose, la dissociation psychique demeure un concept essentiel de la psychologie et de la psychiatrie. Permettant d'expliquer maintes réactions face aux différentes situations de *stress* — sidération, perte de mémoire… — ou des phénomènes aussi étranges que les cas de personnalités multiples, elle désigne également l'état mental induit délibérément par les hypnothérapeutes pour ses effets curatifs.

Cette cristallisation d'éléments discordants, voire contradictoires, autour d'un même terme est à l'origine du présent ouvrage. D'éminents spécialistes (psychologues, psychiatres, médecins généralistes, ethnologues…) analysent cette notion, confrontent leur expérience et nous montrent comment la dissociation constitue, dans le cadre de l'hypnose, une véritable possibilité thérapeutique.

Didier Michaux est docteur en psychologie, hypnothérapeute à l'Institut de psychiatrie Paul Sivadon (Association l'Élan retrouvé), directeur de l'Institut français d'hypnose, directeur scientifique du G.E.A.M.H. (Groupement pour l'Etude et les Applications Médicales de l'Hypnose). Il a dirigé, aux Editions Imago, plusieurs ouvrages : La Transe et l'Hypnose (1995), Hypnose, Langage et Communication (1998), Douleur et Hypnose (2004).

Cet ouvrage a été réalisé à partir des travaux du Colloque organisé à Paris par le G.E.A.M.H., avec le soutien de l'Institut de psychiatrie Paul Sivadon (Association l'Élan retrouvé).

après Saskia portant un voile, Rembrandt (1634).

9 782849 520383

ISBN : 2-84952-038-1

EDITIONS IMAGO
DIFFUSION P.U.F.

HYPNOSE ET DISSOCIATION/MICHAUX D.
MICHAUX D.
PRIX FNAC 21,85€
PRIX EDITEUR 23€
9 782849 520383
PSYCHOTHERAPIES 0107 jol 01582812
5777 SCHUM GU000733361 1122L1 A017