

The E2R (Emotion, regression, repair) method: A case study of this new pragmatic hypnotherapy technique

Eric Mener^{a,b,*}, Anne-Claude Mener^{c,d}

^a University of Rennes, Department of General Practice, F-35000, Rennes, France

^b University of Rennes, CHU Rennes, INSERM, CIC 1414 (Clinical Investigation Center), F-35000, Rennes, France

^c Hypnose et Sante Formation, 16 avenue René Cassin, F-56380, Guer, France

^d Espace Santé ACORE, 4 rue Joseph Coudray, F-56380, Guer, France

La méthode E2R (Émotion, Régression, Réparation) : une étude de cas de cette nouvelle technique d'hypnothérapie pragmatique

Résumé

La méthode E2R (Émotion, Régression, Réparation) est une technique pragmatique et innovante pour traiter les plaintes psychologiques. Elle est le fruit de l'expérience professionnelle de deux soignants qui forment des collègues médicaux et paramédicaux depuis 2016 à cette méthode.

Il y a toujours une émotion dans le symptôme que présente un patient. Au cours de la transe, l'hypnothérapeute utilise celle-ci comme fil conducteur des régressions en âge, souvent jusqu'à moins de 3 ans. Le patient peut alors identifier une situation qui a déclenché un vécu identique. Il auto-réorganise son vécu émotionnel en fonction de ses besoins, accompagné pas à pas par le thérapeute qui suit le protocole de la boucle de réparation. Cette nouvelle réalité émotionnelle vécue en transe remplace la réalité factuelle du traumatisme antérieur et diminue, voire supprime la plainte actuelle grâce à une réparation adaptée.

La méthode E2R fonctionne sans test préalable d'hypnotisabilité. Le besoin de changement et l'envie de s'engager dans une hypnothérapie sont les seules prédispositions requises, quelle que soit la plainte.

L'étude de cas d'une patiente atteinte d'insomnie chronique sévère bénéficiant de quatre séances d'hypnothérapie selon le protocole E2R illustre cette approche et ses bénéfices.

Mots clés

<http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/search/index.jsp>

Hypnosis E02.190.525.217, Sleep Initiation and Maintenance Disorders F03.870.400.800.800

Emotion-Focused Therapy F04.754.293, Regression F01.393.784, Repair, Creativity F01.752.264 / F02.463.785.302 /

« J'ai réinventé le passé pour voir la beauté de l'avenir. »
Louis Aragon, *Le fou d'Elsa* (1963)

Introduction

De nombreuses approches hypnotiques pour traiter les troubles psychologiques ont déjà été décrites et fait l'objet de recherches dans l'insomnie (Lam et al, 2015, Chamine et al, 2018, Mamoune et al, 2022). Des techniques hypnotiques classiques de suggestions de relaxation (Todd FJ, 1970, Singh R, 1992, Sulaiman S, 2014) et de sommeil (Fry A, 1963, Graham KR, 1975, Cochrane G, 1989) sont fréquemment utilisées. Des suggestions d'expériences agréables (Cheng M, 2017), d'éveil de sensation thermique (Anderson JA, 1979, Elkins GR, 2014), de visualisation d'un lieu plaisant et agréable (Stanton HE, 1989, Holdevici I, 2014) et de focalisation par décompte de nombres (Bauer KE, 1980, Sulaiman S, 2014) sont également proposées aux patients insomniaques. Ces techniques hypnotiques intègrent parfois des techniques de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (Cheng M, 2017, Lam TH, 2018) ou peuvent associer hypnose et TCC (Shlarb AA, 2017, 2018). Les techniques de régression en âge comme le pont d'affect (Watkins JG, 1971), ainsi que celle autour de la progression en âge (Bonshtein & Torem, 2017) utilisent la flexibilité de l'hypnose pour traverser plus rapidement les lignes du temps. Elles ont inspiré des travaux dans lesquels les patients mobilisent les ressources du passé pour les intégrer dans le présent (Abramowitz EG, 2008) et d'autres qui permettent aux patients d'identifier les perturbations émotionnelles et expérimentales profondes du sommeil

(Papadakis D, 2013). Une méta-analyse en 2015 (Lam et al, 2015) et une revue systématique de la littérature des essais randomisés sur l'hypnose pour gérer l'insomnie (Chamine et al, 2018) ont rapporté des résultats positifs dans plus de la moitié des études analysées. D'autres approches comme la thérapie de l'État du Moi (Watkins HH, 1993) et la guérison de l'enfant intérieur (Kneisl CR, 1991) ont également été inspirantes dans le développement des approches hypno-psychothérapeutiques pour la prise en charge des troubles anxieux généralisés.

Toutes ces approches visent à améliorer le vécu des patients en leur permettant de mettre à distance leur plainte, d'intégrer la situation génératrice de souffrance comme une expérience de vie, de développer de nouveaux comportements voire de résoudre le dysfonctionnement psychologique.

Cependant pour certains patients, ces techniques ne semblent pas permettre un engramme suffisant dans leur subconscient. La confrontation à de nouvelles situations de vie semble toujours faire écho à des traumatismes antérieurs. Le patient, à nouveau impacté émotionnellement, voit alors réapparaître symptômes et plaintes.

Toute souffrance psychique (dépression, trouble du sommeil, etc.) ou maladie organique (trouble thyroïdien, hypertension artérielle, lésion arthrosique, etc.) présente une face émotionnelle. L'émotion retrouvée appartient le plus souvent au nuancier émotionnel de la peur, de la tristesse ou de la colère (Plutchik R, 1980).

Dans ce contexte, les auteurs ont conçu une technique innovante où l'émotion présente dans la maladie psychique ou organique est mobilisée en transe et utilisée comme fil conducteur de la régression en âge. Pour une plus grande efficacité, la régression en âge est orientée vers un âge inférieur à trois ans.

Le thérapeute n'a pas besoin de connaître le scénario de réparation du patient.

Le plus important pour lui est de mettre sa créativité à la disposition de son patient pour permettre à celui-ci d'amplifier ses perceptions émotionnelles et sensorielles et d'activer sa propre inventivité dans un but de changement, voire de guérison (Lubart et al., 2019). Pour lui, tout devient possible, il peut atteindre la phase d'illumination (Rossi E, 2009) et ainsi modifier son vécu en toute liberté. Plus de 200 soignants de soins primaires ont été entièrement formés à la méthode E2R et environ 500 y ont été sensibilisés. Les soignants utilisant cette méthode reproductible rapportent qu'elle est applicable à tout type de plainte, d'âge, de condition sociale, et leurs patients témoignent que les bénéfices cliniques persistent à long terme (Beaufreton K, 2022).

Une revue de littérature récente a souligné la faible qualité méthodologique des recherches sur l'hypnose thérapeutique, des études de cas aux essais randomisés (Mamoune et al., 2022). Des méthodes clairement décrites sont essentielles pour les futures recherches cliniques sur les techniques d'hypnose. Certains travaux récents suggèrent que le cadre IDEAL (Idée, Développement, Exploration, Évaluation, Suivi à long terme) (McCulloch et al., 2009, McCulloch et al., 2018) soit utilisé pour les

études sur les thérapies complexes, comme l'hypnose. Pour développer une méthodologie solide et en assurer la faisabilité, la tolérance et l'acceptabilité, ce cadre recommande de publier une méthode illustrée par une étude de cas dans un premier temps, suivie d'une étude prospective ou rétrospective, non randomisée, et enfin d'un essai randomisé de plus grande envergure.

En mettant en évidence la diversité des méthodes utilisées en hypnothérapie, ce travail de lectures internationales a également permis de constater que la méthode présentée ci-après n'a pas d'équivalent déjà publié.

Cette description de la méthode E2R constitue la première étape (Idée) du cadre IDEAL pour la recherche sur cette technique.

La méthode E2R : Émotion, Régression, Réparation

Les créateurs de la méthode E2R sont un médecin généraliste et une psychomotricienne qui se sont formés dans les années 2000 à l'hypnose ericksonienne. Leur expérience clinique les a amenés à élaborer cette méthode qu'ils enseignent depuis 2016. Plus de 200 soignants ont été entièrement formés à la méthode E2R et environ 500 y ont été sensibilisés.

Elle s'adresse aux adultes de 18 ans et plus, en demande d'aide pour leurs symptômes psychologiques et acceptant de s'engager dans une prise en charge en hypnothérapie.

Les critères de non-inclusion concernent les patients atteints de troubles psychotiques selon le DSM-5 (Regier et al., 2013).

La méthode E2R est basée sur la mobilisation et l'utilisation des émotions présentes dans le symptôme d'aujourd'hui. En régression, le patient va modifier un contexte antérieur teinté d'une émotion similaire qui continue à résonner dans sa vie actuelle.

Le traitement comprend trois à cinq séances de 30 minutes chacune, sur une période de quatre à six semaines.

Il se déroule en trois étapes (voir figure 1) :

- a) Connexion en transe à l'Émotion présente dans le symptôme ou la plainte actuelle.
- b) Régression jusqu'au premier vécu de cette émotion.
- c) Réparation, auto-réorganisation de ce vécu émotionnel.

La sécurité, la disponibilité et l'engagement du thérapeute comme du patient sont les conditions indispensables au travail thérapeutique. Le thérapeute accompagne le patient dans la co-construction d'un nouvel objectif thérapeutique pour dépasser un mode de pensée souvent binaire « *je dors mal/je dors bien* ». Les deux raisons de faire évoluer son objectif sont d'une part de le défocaliser de sa plainte initiale et d'autre part de lui permettre de se projeter dans les bénéfices de sa thérapie. Pour cela il invite le patient à trouver son objectif de guérison qui doit répondre à l'acronyme SUPER : Spécifique, Unique, Positive, Enthousiasmante et Réaliste (Roumanoff-Lefavre C, 2019). L'objectif peut devenir ainsi « *je suis libre* », « *je suis dynamique* », « *je me retrouve* »..., au-delà de la plainte initiale.

La formulation de l'objectif est écrite par le patient à la première personne du présent de l'indicatif sur une Échelle

Visuelle Analogique (EVA) qui permet de mesurer l'évolution du vécu du patient. Cette étape valide concrètement son engagement dans la thérapie.

La méthode E2R ne nécessite aucun test d'hypnotisabilité. Le thérapeute approche la plainte via l'émotion, sans référence à l'anamnèse qui risque de diriger l'attention du patient vers un processus intellectuel limitant. Pour suivre au plus près le parcours du patient pendant la transe, le thérapeute a besoin d'obtenir quelques réponses courtes, verbales ou non-verbales (abréactions, signaling). Les questions sont posées dans un langage dissociant pour éviter la sortie de transe. Il peut ainsi s'assurer de la réalisation de chaque étape de la boucle de la réparation (schéma 2).

Dès le début de la transe, le patient est encouragé à se connecter à l'émotion qu'il ressent dans sa plainte, dans son symptôme d'aujourd'hui. Le thérapeute suggère ensuite une régression en âge sur cette émotion. Le thérapeute doit s'adresser au petit d'hier et non à l'adulte d'aujourd'hui. Pour cela, il doit s'appliquer à voir, à se représenter le patient petit et trouve ainsi la posture, le ton et les mots adaptés qui facilitent la régression en âge. Cette régression, parfois jusqu'à la naissance voire in utero, permet de rejoindre l'enfant le plus jeune confronté à une situation teintée d'une émotion du même registre. Certains patients se relient dans un premier temps à la sensation présente dans le symptôme avant de pouvoir accéder à l'émotion dans un second temps.

Pour plus d'efficacité, le patient sera incité à venir retrouver en priorité l'enfant le plus petit qui se présente lors de la séance et qui a besoin d'aide « là-bas ». Le thérapeute déroule alors les étapes de la boucle de réparation E2R (schéma 2). L'enfant va pouvoir identifier une origine du vécu émotionnel, puis interpeller le(s) responsable(s) de cette émotion vécue dans le passé pour lui(leur) exprimer son vécu douloureux. Le thérapeute peut proposer quelques suggestions de réparation mais n'impose rien au patient. C'est grâce à son expérience de vie et à sa créativité stimulée par le thérapeute que le patient crée la solution dont il aurait eu besoin et obtient une réparation adaptée. Cette nouvelle version de l'évènement, en modifiant la charge émotionnelle initiale, fait évoluer la plainte d'aujourd'hui. Plusieurs impacts traumatiques peuvent être traités suivant ce modèle à chaque séance.

Dans la méthode E2R, la découverte de l'autohypnose donne au patient l'opportunité de repérer ses compétences à entrer dans un état de conscience modifiée. La pratique de l'autohypnose entre les séances thérapeutiques permet au patient de s'approprier cet état et de devenir acteur de sa santé (Méner et Méner, 2020). La répétition de cette pratique autonome hors session n'est pas thérapeutique en soi, elle facilite l'efficacité thérapeutique de la méthode E2R.

Concrètement, le patient est invité à prendre 3 à 5 minutes quotidiennes pour pratiquer l'autohypnose, en utilisant la phrase d'induction suivante « emmène-moi là où c'est bien

pour moi, maintenant » et de profiter pleinement de ce qui se présente avec toute sa créativité et un hyperéveil des cinq sens : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif (VAKOG).

Des enregistrements audios¹ sont proposés en ligne comme tremplin pour la pratique de l'autohypnose aux patients qui ressentent le besoin d'un étayage.

La pratique quotidienne de ce protocole associée aux ancrages proposés par le thérapeute au cours du travail thérapeutique et aux tâches confiées parfois au patient entre les séances facilitent la stabilisation émotionnelle du patient.

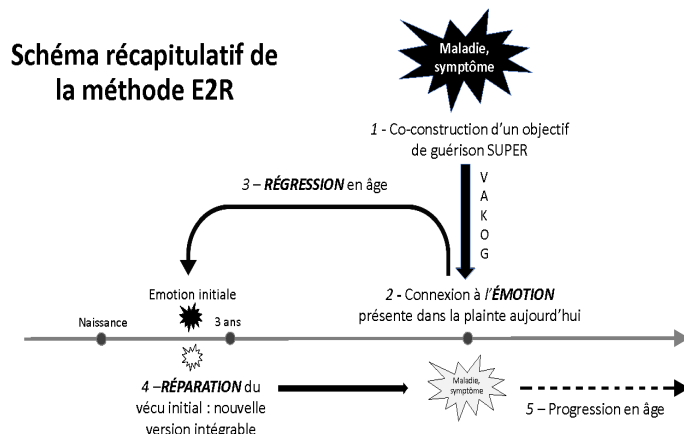
En chaque début de séance, le thérapeute s'informe de la pratique d'autohypnose du patient, quotidienne, autonome ou non. Cela permet de valoriser le patient dans son engagement thérapeutique ou de remotiver l'intérêt de cette pratique si besoin.

Lors de la dernière séance, le thérapeute propose une progression en âge afin que le patient puisse valider qu'il a bien atteint son objectif de guérison.

La méthode E2R est opérante pour traiter les vécus douloureux non assimilés par le subconscient et les faire évoluer vers une version adaptée intégrable.

C'est de l'efficacité de la boucle de la réparation que dépend la profondeur de la guérison.

Schéma 1



La boucle de la réparation E2R

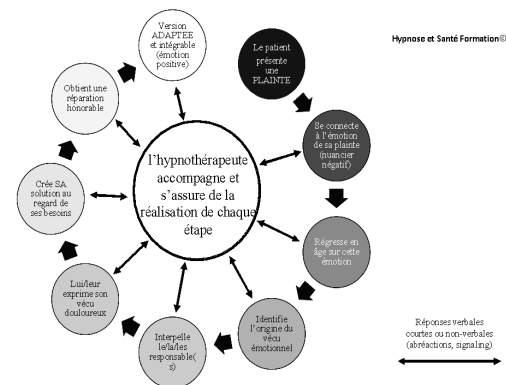


Schéma 2

¹ <https://hypnose-sante-formation.fr/voyages/>

Étude de cas

Cette étude de cas particulièrement illustrative présente un compte rendu détaillé de la thérapie d'une patiente afin d'éclairer le processus décrit dans la méthode E2R. La plainte de la patiente n'est qu'une porte d'entrée vers le travail émotionnel. Les auteurs ont fait le choix de présenter une situation d'insomnie sévère chronique, mais toute autre plainte aurait pu être traitée selon le même protocole. La patiente a donné son accord pour la publication de sa thérapie.

La patiente

La patiente, Marie A. (prénom d'emprunt), est une mère mariée. Elle a consulté son médecin généraliste pour des problèmes d'endormissement évoluant depuis deux mois. Il lui a proposé de réaliser l'autotest Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI) afin d'évaluer sa plainte (Bastien CH, 2001). Son score de 24 correspondait à une insomnie sévère. Son médecin lui a alors prescrit 1 mg de loprazolam au coucher. Madame A. a observé un endormissement plus rapide dès les premiers jours mais une mauvaise qualité de sommeil et des réveils nocturnes. Malgré la médication, elle décrivait un épuisement diurne et des troubles de l'humeur retentissant sur sa vie familiale et professionnelle « *J'ai envie d'être active mais je manque d'énergie avec mes enfants, je n'arrive plus à me concentrer au travail* ». Trois mois plus tard, son médecin généraliste constatait une bonne observance thérapeutique, cependant l'insomnie était devenue chronique selon les critères DSM-5 et l'insomnie toujours sévère selon les résultats de l'autotest ISI (score 22). Comme la patiente refusait une augmentation de la médication, il lui a alors conseillé de consulter un thérapeute.

Le thérapeute

Le thérapeute est un médecin généraliste exerçant depuis 24 ans dans une maison de santé et Professeur de médecine générale à la Faculté de médecine - Université de Rennes - France. Il pratique l'hypnose depuis plus de 10 ans après avoir été formé à l'Institut Milton Erickson du Rhône - France. De cette expérience, il a co-développé une approche originale, la méthode E2R, qu'il utilise quotidiennement avec ses patients. Il enseigne cette méthode à l'université de Rennes et au centre de formation « hypnose-sante-formation.fr » qu'il a co-fondé.

Les différentes étapes de la thérapie

a) J1- première consultation :

La méthode E2R nécessite du thérapeute une grande aptitude d'écoute et d'observation, une créativité renouvelée, une confiance absolue dans les potentialités du patient à activer ses capacités de réparation et de guérison. Il accepte de quitter sa posture d'expert pour suivre le patient qui dispose sans le savoir de sa propre solution. Le thérapeute se rend entièrement disponible (Brosseau G, 2012) afin de pouvoir s'émerveiller de chaque patient. C'est un vrai travail d'engagement du thérapeute. Il mobilise sa sensorialité et sa sensibilité dès la salle

d'attente pour se laisser toucher par ce qui est vivant et positif chez madame A. Cela permet à la patiente de se sentir accueillie personnellement.

Pour une bonne efficacité de la prise en charge, il s'assure que la patiente réponde bien aux critères d'inclusion et de non-inclusion de la méthode E2R.

Madame A. dépose d'emblée au thérapeute son motif de consultation : « *J'ai envie de bien dormir* » et présente sa médication en cours. Les mots, l'attitude et le vécu émotionnel de Madame A. sont des informations précieuses facilitant la synchronisation à la patiente. En s'adressant à Madame A à la troisième personne du singulier, il facilite sa dissociation et l'amène à se distancier de sa plainte initiale : « *Comment ce sera pour Marie quand elle dormira bien ?* » Marie peut identifier des bénéfices à venir : « *Elle aura plaisir à passer du temps avec ses enfants, elle reprendra le sport et retrouvera du dynamisme au travail...* ». La réponse de Marie à la troisième personne est un signe de dissociation hypnotique. Elle montre ainsi sa capacité à être en même temps dans le présent et à s'envisager dans le futur (Erickson MH, 1954). L'utilisation du prénom facilitera la régression dans le travail thérapeutique car la petite Marie ne se faisait pas appeler « Madame A » dans son enfance. Le thérapeute s'applique à dialoguer en hypnose conversationnelle (Short D, 2018). Pour cela, il parle sur le temps expiratoire de la patiente (pacing), en la rejoignant dans son vocabulaire, ses postures et son état émotionnel (mirroring).

Ils construisent ensemble un objectif de guérison dont la formulation doit être SUPER (Roumanoff-Lefavre, 2019) : Spécifique, Unique, Positive, Enthousiasmante et Réaliste, au-delà d'une amélioration du sommeil. Cet objectif formulé par Madame A. à la première personne du présent de l'indicatif l'engage dans le processus de guérison. La demande initiale « *J'ai envie de bien dormir* » devient « *Je suis vivante !* ». Le thérapeute l'invite à écrire en haut d'une feuille blanche cet objectif reformulé et plus prometteur. Puis, sur cette même feuille, le thérapeute trace une échelle visuelle analogique verticale orientée vers cette phrase. Il demande à Madame A. « *Où en êtes-vous actuellement dans votre capacité à vous sentir vivante ?* ». Elle évalue son état à 2/10. Elle note ensuite sur le même axe le niveau de guérison qu'elle souhaite atteindre à la suite des séances d'hypnose : 8/10.

Le thérapeute se positionne à côté de Marie pour pouvoir l'observer dans sa globalité. Il propose ensuite une découverte de l'état d'hypnose sur trois temps successifs d'une, puis deux, puis trois minutes avec l'induction hypnotique suivante : « *Demandez à votre inconscient : "Emmène-moi là où c'est bien pour moi maintenant" et profitez-en quelques minutes.* » Il demande à la patiente de ne pas choisir en conscience une idée de voyage mais de se laisser emporter simplement par la situation ou la sensation proposée par son inconscient. Pour faciliter la transe, le thérapeute utilise une communication hypnotique avec un langage indirect, ouvert et positif (saupoudrage) : « *Et cette partie de Marie qui la connaît mieux que personne, peut découvrir, apercevoir, reconnaître, créer ce qui est le mieux pour elle... Et c'est intéressant là-bas... de pouvoir s'approcher tout près ou de pouvoir s'éloigner un peu. Juste comme c'est bien, comme c'est facile...* » Il suggère

qu'« *en hypnose, tout est possible* », facilitant l'accès à des situations réelles, imaginaires voire extraordinaires. Il lui propose d'ouvrir tous ses canaux sensoriels : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif. C'est la qualité de présence du thérapeute qui facilite l'adhésion du patient aux suggestions proposées.

Ces six minutes permettent au thérapeute de confirmer à Marie ses compétences à vivre une transe hypnotique. Puis il incite la patiente à faire de l'autohypnose quotidiennement à partir de la même phrase d'induction et lui remet le lien vers un site internet (Méner E, Méner AC) proposant plusieurs pistes audios à utiliser comme tremplin vers l'autohypnose si besoin.

b) J + 9 : seconde consultation

Le thérapeute s'assure de la pratique d'autohypnose de Madame A. Elle s'est aidée des enregistrements audios et a eu plaisir à prendre ce temps pour elle. Dès le début de la transe, le thérapeute invite Marie à se connecter à ses moments d'insomnie en mobilisant le VAKOG. Revivre cette situation lui permet de ressentir, d'identifier l'émotion vécue et de la nommer à la demande du thérapeute. En transe, Marie répond : « *Elle est triste.* »

Le thérapeute propose une régression en âge sur cette émotion en remontant le temps jusqu'à l'enfance, petite enfance voire in utero. Le vocabulaire et le ton sont adaptés (mirroring) aux différents âges qu'il suggère : « *L'inconscient de Marie a déjà rencontré cette émotion il y a très longtemps déjà, [silence] car toutes les petites filles peuvent ressentir de la tristesse à la maison, à l'école, ou ailleurs [silence], n'est-ce pas ?* » Cette expression permet à la patiente de se positionner face à cette affirmation, entraînant une rétroaction par un signaling. « *Et lorsque cette petite Marie, qui retrouve cette tristesse là-bas, dans son corps [silence], dans son cœur [silence], dans sa tête [silence], sera là, un doigt ici pourra faire un signe.* » Suite à ce signaling, le thérapeute fait verbaliser l'âge : « *Je me demande quel âge elle a cette petite Marie, qui découvre la tristesse ?* » Marie répond : « *9 ans.* »

Afin de remonter à l'origine de cette émotion, le thérapeute suggère d'aller retrouver une Marie beaucoup plus jeune. « *C'est bien, mais ce n'est pas à 9 ans qu'on découvre la tristesse pour la première fois [silence], n'est-ce pas ? Il y a certainement une Marie beaucoup plus petite qui a déjà ressenti à l'intérieur une émotion, une sensation un peu pareille, de la même couleur [silence] à 5 ans [silence], 3 ans [silence], 6 mois [silence], ou même dans le ventre de sa maman... ».*

Pendant la thérapie, le thérapeute s'applique à repérer en permanence les réactions inconscientes et involontaires : tout changement du tonus, petits tremblements, changements de posture, modifications de la respiration, manifestations neuro-végétatives sont des abréactions (Putnam FW, 1992). Elles révèlent au niveau émotionnel et corporel que le patient s'est relié à une situation connue ou refoulée réveillant une émotion. Une larme s'écoule sur la joue de Marie. Le thérapeute ratifie la normalité de cette abréaction : « *Et pendant que cette larme trouve son chemin sur le visage de Marie, je suis persuadé que la grande Marie trouve la petite qui a besoin d'aide là-bas.* »

La posture, les mots et le ton choisis par le thérapeute l'aident à approcher au mieux cette petite fille : « *La bouche de cette toute petite Marie peut juste me dire quel âge elle a, à peu près.* » C'est une petite Marie de 3 ans qui se présente. Le thérapeute l'invite à prononcer l'émotion qu'elle ressent là-bas, et Marie murmure : « *La tristesse.* » En se représentant mentalement cette petite fille triste, il se laisse toucher par son émotion et ainsi s'adresse à elle avec justesse. « *La tristesse, ce n'est pas une émotion agréable pour une petite fille de 3 ans [silence], n'est-ce pas ?* » La tête de Marie acquiesce pour confirmer. Le thérapeute lui demande alors d'identifier ce qui génère cette tristesse : « *Je me demande d'où vient la tristesse de cette petite fille : d'une personne ? [silence] d'un animal ? [silence] ou d'ailleurs ? [silence] Et sa bouche peut le nommer tout fort ici pour mieux s'en occuper là-bas.* » Marie répond : « *Papa n'est pas là.* » Le thérapeute suggère alors à Marie « *de faire venir son papa là-bas, pour lui dire ce qu'elle ressent et ce qui la gêne.* » Après un court silence, une abréaction vient confirmer la rencontre. Le thérapeute demande alors à Marie de l'interpeller : « *Comme en hypnose tout est possible, cette petite fille de 3 ans va maintenant enfin pouvoir dire ce qu'elle n'a pas pu dire, montrer, crier, rendre... et découvrir ce dont elle a le plus besoin [silence]. Et je me demande si son papa entend bien ce qui est nécessaire pour sa petite fille, et s'il peut maintenant le lui accorder, pour réparer, transformer cette tristesse en quelque chose de beaucoup plus beau ? [silence] Et lorsqu'elle aura modifié cette scène et obtenu ce qui était important pour elle, le doigt me fera un petit signe.* »

Suite à ce temps de réparation, le thérapeute demande : « *Qu'est-ce qu'elle ressent maintenant dans son cœur, cette petite fille là-bas ?* » Et Marie répond : « *De la joie.* » Le thérapeute lui propose de découvrir la couleur de cette joie et de la laisser diffuser un peu partout « *à l'intérieur de tout son corps, comme un sirop dans un verre d'eau.* » La petite Marie de 3 ans a trouvé une issue acceptable à cette situation traumatique. La transformation de ce vécu va lui permettre maintenant de rejoindre la Marie de 9 ans qui a aussi besoin d'aide.

- (Thérapeute) : *Elle a de la chance cette jeune de 9 ans d'avoir avec elle la grande Marie d'aujourd'hui et la petite de 3 ans... Parce qu'à trois, elles sont plus fortes [silence], n'est-ce pas ?*

Un signaling confirme ce truisme.

- (Th) : *Et je me demande qu'est-ce qui se passe là-bas pour elle ? [silence] Et la bouche pourra le chuchoter [silence].*

- (Marie) : *La maîtresse me gronde parce que je n'y arrive pas.*

- (Th) : *Mais à l'école, on a le droit de se tromper, on est là pour apprendre... Alors la petite Marie de 9 ans, avec toutes les Marie dont elle a besoin, va maintenant faire venir la maîtresse dans ce travail. Car dans sa vie, la maîtresse aussi se trompe parfois [silence], n'est-ce pas ?*

Le thérapeute observe un sourire qui pointe (abréaction) lui validant qu'un changement s'amorce. Il propose à Marie de réécrire ce chapitre de vie afin qu'il lui convienne, et s'assure de sa complète mise en œuvre.

- (Th) : *Et plus elle répare là-bas, plus dans les jours, les minutes, les nuits à venir elle se sentira vivante, pour atteindre son bel objectif de guérison* (suggestion post hypnotiques).

Le signaling de Marie confirme la réparation. Le thérapeute clôt progressivement la séance en réassociant la patiente, sans débriefing pour permettre la poursuite du processus thérapeutique.

c) J + 16 : troisième consultation

Madame A. se présente à la consultation, maquillée et portant des bijoux pour la première fois. Le thérapeute l'accueille en lui demandant de préciser le moment où elle s'est sentie le plus vivante depuis la dernière séance : Elle relate aisément une situation vécue. Mais dans la foulée décrit un conflit au travail avec un ton de voix qui change, un regard qui fuit et une émotion manifeste. Face à cette émotion, le thérapeute l'interrompt et l'invite à démarrer directement la séance sur l'émotion présente, au bureau, sans attendre de rejoindre le fauteuil contrairement aux séances précédentes. Ceci provoque une surprise qui renforce la dissociation et empêche la conscience d'anticiper les propos du thérapeute.

- (Th) : *Et l'inconscient de Marie sait très bien dans quelle partie du corps cette émotion se loge* [silence], *n'est-ce pas ? Dans la tête ?* [silence] *le cœur ?* [silence] *les membres ?* [silence], *ou bien ailleurs ?*

Le thérapeute s'engage au-delà des mots et entre en contact avec un toucher progressif, spécifique sur l'avant-bras afin de mobiliser Madame A. autrement.

La tête de Marie s'incline sur le côté et des petites clonies apparaissent. Le thérapeute ratifie ces abréactions :

- (Th) : *Et pendant que le corps participe à ce travail, les lèvres peuvent maintenant nommer cette émotion afin de bien s'en occuper.*

Après un temps de recherche du mot, Marie finit par prononcer : « *La peur.* »

Comme dans la séance précédente, le thérapeute l'accompagne dans un travail de régression sur la peur selon la méthode E2R. La régression en âge lui permet de retrouver une adolescente dans une situation d'isolement au collège. Il propose à la grande Marie d'aujourd'hui « *d'aller prendre cette adolescente par la main* » pour l'accompagner dans cette situation. Pour appuyer sa suggestion, il soulève délicatement la main de Madame A. et la positionne à la verticale. Ce mouvement stimule la mise en action dans la transe. Il lui précise ensuite « *qu'auparavant, ensemble, elles vont aller retrouver une Marie beaucoup plus petite qui a rencontré la peur, la première fois, il y a très longtemps* ». Elle retrouve rapidement une toute petite Marie, « *bébé, elle vient de naître* ».

- (Th) : *Et la grande Marie peut la prendre dans ses bras pour la rassurer* [silence].

Le bras de Marie se rapproche de son cœur et le thérapeute ratifie : « *C'est biennnnn...* » sur toute l'expiration de Marie pour envelopper de sa voix les retrouvailles avec le bébé.

- (Th) : *Et je suis persuadé que ce bébé, dans son environnement là-bas, peut repérer très facilement ce qui lui fait si peur... Et lorsqu'avec ses petits yeux, ses petites oreilles ou son corps tout entier cette petite*

fillette aura découvert ce qui lui fait peur, alors ses lèvres ici pourront le dire.

- (Marie) : *Elle est toute seule.*

En suivant la boucle de la réparation, le thérapeute l'accompagne dans son travail de guérison de la peur pour obtenir une réparation « *comme elle en a besoin* ». En modifiant le décor, les personnages, le vécu et l'émotion de cette scène, une nouvelle version qui lui convient parfaitement va pouvoir s'imprimer dans son inconscient. Une fois le travail effectué, le thérapeute propose à Marie de réaliser un ancrage de cette nouvelle version « *en prenant une photo de ce qui lui plaît le plus là-bas* ». Il l'invite « *à garder précieusement ce cliché dans son album de guérison qu'elle pourra feuilleter pour retrouver ultérieurement ce même sentiment de satisfaction* ».

Enrichie de cette expérience de guérison, Marie bébé va ensuite rejoindre Marie adolescente et l'inviter à réparer sa peur elle aussi. Cette seconde boucle de réparation est beaucoup plus rapide car l'inconscient a maintenant l'expérience de ce qu'il est capable de modifier pour guérir. Le thérapeute veille à bien réassocier la patiente et lui prescrit une tâche à réaliser d'ici le rendez-vous suivant afin que le processus hypnotique se poursuive : planifier un moment qui va lui permettre de se sentir vivante comme danser sur une musique qu'elle aime, préparer sa recette préférée, jouer avec ses enfants...

d) J + 31 : quatrième consultation

Madame A. poursuit ses temps d'autohypnose régulièrement, maintenant sans support audio. En reprenant la feuille d'objectif de la première consultation, elle évalue sans hésiter son objectif « *Je suis vivante !* » à 7/10 et exprime sa satisfaction. Elle signale par ailleurs spontanément dormir maintenant de façon satisfaisante avec de rares réveils nocturnes et envisage de diminuer son traitement de l'oprazolam. Le thérapeute valorise sa progression et lui propose un dernier voyage en hypnose pour continuer à avancer. Afin d'utiliser une nouvelle induction, il lui propose de descendre à l'intérieur du corps à la manière du « pont somatique » (Araoz D, 1985), pour rejoindre « *cet endroit du corps que Marie souhaite explorer* ». Elle se retrouve dans son cœur avec un sentiment de colère qu'elle visualise comme une brûlure rouge. Le thérapeute lui propose de s'occuper de cette sensation en la réifiant. Pendant que Marie fait évoluer sa brûlure rouge, le thérapeute met en place une catalepsie de son membre supérieur pour la faire entrer dans une boucle de réparation de cette colère. Cette activation corporelle permet à Marie de s'engager avec plus de force dans son processus de guérison. Les régressions sur la colère conduisent Marie à 34 ans (conflit au travail) puis à 2 ans (colère à la naissance d'une petite sœur). Le travail thérapeutique permet à Marie de réparer, de transformer les impacts retrouvés en une version enfin acceptable. En fin de séance, le thérapeute l'invite à nouveau à observer l'état de son cœur : elle verbalise qu'il est maintenant « *rose et calme* ».

La séance se poursuit par une projection : le thérapeute propose une progression en âge pour aller à la rencontre d'une « Marie de demain ». Le VAKOG facilite la découverte de son devenir.

- (Th) : *Je me demande comment va cette grande Marie là-bas ?*

- (Marie) : *Elle est avec ses petits-enfants !*

Le thérapeute propose alors à Marie d'écouter le conseil de la Marie de demain et de l'exprimer à voix haute « *pour que toutes ses cellules l'entendent et l'enregistrent* ». Marie prononce alors : « *Profite de la Vie !* ». Le thérapeute répète cette phrase plusieurs fois à voix haute en se déplaçant autour d'elle pour amplifier et faire résonner ce conseil autrement.

Il termine ce travail par un ancrage de ce conseil à l'intérieur du cœur et l'invite à poursuivre ses voyages en autohypnose selon ses besoins.

Après la séance, madame A. partage sa satisfaction et sa confiance en l'avenir. D'un commun accord, ils mettent fin à la thérapie.

e) Épilogue

Un mois plus tard Madame A. consulte son médecin généraliste. Elle lui annonce avoir arrêté sa médication car elle dort bien depuis son travail hypnothérapeutique. Son sommeil est à nouveau évalué par l'autotest ISI, le score de 4 confirme maintenant l'absence d'insomnie. 6 mois après l'hypnothérapie, Madame A. rapporte à son médecin généraliste avoir toujours un bon sommeil sans médication, ce qui est confirmé par son nouveau score ISI de 2.

Discussion

Depuis Erickson, de nombreux hypnothérapeutes ont développé et publié des méthodes pour faciliter le travail thérapeutique en hypnose. Nous pouvons souligner Watkins et *le pont d'affect* (Watkins, 1971), Rossi avec *les quatre étapes du processus créatif en hypnose thérapeutique et la technique des mains* (Rossi, 2009), Bonshtein et Torem avec *le pont d'affect en avant* (Bonshtein & Torem, 2017), Corydon Hammond avec *le fractionnement en autohypnose* (Corydon Hammond et al., 1987) Aaroz et *la nouvelle hypnose* (Aaroz, 1985), Abramowitz et *les racines et l'évolution de la théorie et de la thérapie de l'état du moi* (Abramowitz, 2018), Moshe avec *le "Retour du futur": Une puissante technique de régression en âge* (Moshe S, 1992). Ils ont évalué et diffusé leurs concepts auprès de la communauté scientifique, nourrissant l'évolution des pratiques. Une nouvelle génération de chercheurs et de thérapeutes poursuit cette dynamique (Varga K, 2020).

La méthode E2R est une méthode pragmatique et innovante par plusieurs aspects qui s'inscrit dans la lignée des concepts déjà développés.

Tout symptôme génère une émotion. Pour cette raison, la méthode E2R est applicable pour toute plainte en soins primaires. Des critères d'inclusion et de non-inclusion garantissent que le niveau et le type de perturbation psychologique du patient permettent le travail thérapeutique.

L'objectif de guérison, co-construit en conscience, révèle fréquemment un décalage entre la plainte initiale et l'attente profonde du patient. La mesure de son avancée thérapeutique par l'EVA objective ses compétences de

changement, dynamise son engagement et l'entraîne dans un cercle vertueux de guérison.

Les tests d'hypnotisabilité ne sont pas utilisés dans la méthode E2R. La découverte de l'autohypnose lors de la première séance met en évidence les compétences de dissociations du patient. Quelle que soit la plainte, les seules prédispositions requises sont le besoin de changement du patient et son envie de s'engager dans une hypnothérapie.

Contrairement à de nombreuses approches, l'anamnèse de la plainte n'est pas nécessaire dans cette méthode car elle mobilise la cognition qui risque de diriger l'attention du patient vers un processus intellectuel limitant. L'induction par un temps préalable de relaxation ou de détente dans un lieu agréable n'est pas utile dans cette approche. Dans la méthode E2R, l'objectif prioritaire n'est pas d'identifier et de modifier des pensées comme dans les approches cognitivo-comportementales. L'acceptation d'une situation impactante pour en diminuer la réactivité et en faciliter l'autorégulation comme dans la méditation pleine conscience n'est pas recherchée. Enfin, l'évitement d'un ressenti émotionnel douloureux en mettant en place des mécanismes de défense n'est pas sollicité.

La voie préférentielle de la méthode E2R est le recueil de l'émotion retrouvée en transe dans la plainte et l'utilisation de cette émotion. Telle un fil conducteur, cette émotion est utilisée pour conduire des régressions en âge vers un événement passé teinté de la même nuance émotionnelle. Ce qui prime ici n'est pas la réalité factuelle de traumatismes antérieurs mais la réalité émotionnelle vécue. Le patient va au-delà de la simple mobilisation de ressources passées pour les utiliser dans le présent. En toute liberté, il modifie ses scénarios à la hauteur de ses besoins, sans suggestion directive de l'hypnothérapeute mais avec son accompagnement dans la boucle de réparation. Il n'y a donc pas de place pour l'utilisation de scripts dans la méthode E2R.

Cette approche est une thérapie brève de quatre ou cinq séances de 30 minutes seulement. Elle présente un intérêt majeur pour les personnes souhaitant être actrices de leur santé sans avoir besoin de s'engager dans des soins ou une thérapie à long terme pour des raisons de disponibilité ou financières. La pratique de l'autohypnose accélère le processus thérapeutique. La phrase d'induction positive et ouverte « *emmène-moi là où c'est bien pour moi maintenant* » invite le patient à vivre une expérience hypnotique renouvelée à chaque fois car non choisie en conscience. Ceci permet d'éviter l'appauvrissement d'une expérience identique répétée.

Les limites de cette méthode rejoignent celles classiquement rencontrées en hypnose (Tosti G, 2015). Au-delà de l'absence d'engagement du thérapeute comme du patient sur la voie émotionnelle, toute incapacité physique ou psychique compromettant l'échange et la compréhension de l'information mettent en échec la thérapie. De la même façon, la difficulté d'élaboration et de mise en œuvre psychique par le patient d'une solution adaptée pour intégrer différemment le traumatisme vécu sont également limitantes. Cependant, dans certaines situations, si le thérapeute est créatif, il peut utiliser

d'autres voies de communication afin de faire évoluer la plainte du patient.

L'éthique et la bienveillance de l'hypnothérapeute l'amènent à suivre le patient sans suggestion ou proposition pouvant orienter vers des faux souvenirs. Comme le décrit H. Watkins dans la thérapie de l'État du Moi, si malgré ces précautions un artéfact était initié, la pratique montre que cette fiction a tendance à être transitoire et à disparaître car elle ne représente aucune expérience significative nécessaire pour l'évolution du patient (Watkins HH, 1993). Nous avons fait le choix pour ce premier article décrivant la méthode E2R de limiter l'illustration à un trouble psychologique avec une évaluation à 6 mois. Aucune étude d'envergure à long terme de cette méthode n'a encore pu être réalisée. Suite à des travaux préliminaires prometteurs (Beaufreton K, 2022), un protocole de recherche validant la méthode à un an ainsi que des travaux autour de pathologies organiques sont en cours de réalisation à l'Université de Rennes 1 - France.

En France, les études médicales et paramédicales traitent peu des émotions. Les étudiants en médecine sont souvent encouragés à se protéger de leurs propres sentiments. De même, les expériences émotionnelles des patients sont rarement explorées lors de l'anamnèse. Lorsqu'elles émergent, de nombreux soignants se sentent impactés voire démunis, ne sachant pas comment les utiliser. L'aptitude d'un professionnel de la santé à enrichir son approche cognitive habituelle par cette approche émotionnelle peut lui permettre d'aborder les soins aux patients d'un point de vue plus holistique.

Cette méthode a été enseignée à de très nombreux thérapeutes en France qui l'utilisent quotidiennement². En raison de cet intérêt pour la technique, plusieurs projets de recherche utilisant la méthode E2R sont en cours à l'Université de Rennes - France suivant le cadre méthodologique IDEAL (McCulloch et al., 2009; McCulloch et al., 2018). Cet article est la première étape de ce cadre (Idea) décrivant la technique innovante.

Conclusion

La méthode E2R clairement détaillée dans cet article est une technique pragmatique et innovante utilisée en soins primaires en France. Elle utilise la régression hypnotique à partir de l'émotion présente dans le symptôme en suivant le protocole de la boucle de réparation E2R. Chaque symptôme révèle toujours en transe une émotion qui sert de fil conducteur dans le travail hypnothérapeutique. La méthode E2R peut donc être utilisée comme un protocole de traitement hypnotique standard pour toute plainte.

L'étude de cas présente le cas unique d'une patiente souffrant d'insomnie sévère chronique malgré une médication au loprazolam. Quatre séances d'hypnothérapie utilisant le protocole E2R ont suffi à faire évoluer son symptôme jusqu'à disparition. Dans les régressions en âge sur des situations passées imprégnées de l'émotion trouvée dans le symptôme, la patiente a auto-réorganisé son vécu émotionnel. Cette méthode reproductible avec des résultats

mesurables fait l'objet de travaux de recherche, études qualitatives et quantitatives, en suivant le cadre IDEAL (McCulloch et al, 2009, 2018).

Remerciements

Nous remercions le Département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Rennes – France et tout particulièrement le Dr Julien Poimboeuf et le Dr Sarah Lou Mamoune pour leurs soutiens et leurs commentaires. Nous remercions également le Pr Sylvie Tordjman et le Dr Stéphane Quilichini pour l'aide qu'ils nous ont apportée par leur relecture éclairée.

Cet article est soutenu par le réseau français des hôpitaux universitaires HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest)

Détails du financement

Les auteurs déclarent qu'il n'y a pas eu de source de financement pour cette recherche.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Déclaration de disponibilité des données

Les données qui soutiennent les résultats de cette étude sont disponibles auprès de l'auteur correspondant, EM, sur demande raisonnable.

Bibliographie

Bibliographie

1. Lam T-H, Chung K-F, Yeung W-F, et al. Hypnotherapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Med.* 2015;23(5):719–732.
2. Chamine I, Atchley R, Oken BS. Hypnosis intervention effects on sleep outcomes: a systematic review. *J Clin Sleep Med*, 2018;14(2):271–283.
3. Mamoune S, Mener E, Chapron A, Poimboeuf J. Hypnotherapy and insomnia: A narrative review of the literature. *Complement Ther Med.*, 2022 May; 65:102805. doi: 10.1016/j.ctim.2022.102805. Epub 2022 Jan 21. PMID: 35074550.
4. Todd FJ, Kelley RJ. The use of hypnosis to facilitate conditioned relaxation responses: a report of three cases. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1970;1(4):295–298.

² <https://hypnose-sante-formation.fr/annuaire/>

5. Singh R. Single-session hypnotic treatment of insomnia in religious context. *Aust J Clin Exp Hypn.* 1992;20(2):111–116.
6. Sulaiman S. The effectiveness of self hypnosis to overcome insomnia: a case study. *Int J Psychol Stud.* 2014;6(1):45–57.
7. Fry A. Hypnosis in the treatment of insomnia. *Med Word.* 1963;99:194–199.
8. Graham KR, Wright GW, Toman WJ, Mark CB. Relaxation and hypnosis in the treatment of insomnia. *Am J Clin Hypn.* 1975;18(1):39–42.
9. Cochrane G. The use of indirect hypnotic suggestions for insomnia arising from generalized anxiety: a case report. *Am J Clin Hypn.* 1989;31(3):199–203.
10. Cheng M, Yue J, Wang H, et al. Clinical hypnosis in reducing chronic insomnia accompanied by rumination. *Open J Soc Sci.* 2017;05:296–303.
11. Anderson JA, Dalton ER, Basker MA. Insomnia and hypnotherapy. *J R Soc Med.* 1979;72(10):734–739.
12. Elkins GR, Kendrick C, Koep L. Hypnotic relaxation therapy for treatment of hot flashes following prostate cancer surgery: a case study. *Int J Clin Exp Hypn.* 2014;62(3):251–259.
13. Stanton HE. Hypnotic relaxation and the reduction of sleep onset insomnia. *Int J Psychosom.* 1989;36(1–4):64–68.
14. Holdevici I. Relaxation and hypnosis in reducing anxious-depressive symptoms and insomnia among adults. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2014;127:586–590.
15. Bauer KE, Mc Canne TR. An hypnotic technique for treating insomnia. *Int J Clin Exp Hypn.* 1980;28(1):1–5.
16. Lam T-H, Chung K-F, Lee C-T, et al. Hypnotherapy for insomnia: a randomized controlled trial comparing generic and disease-specific suggestions. *Complement Ther Med.* 2018;41:231–239.
17. Schlarb AA, Friedrich A, Claßen M. Sleep problems in university students – an intervention. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017;13:1989–2001.
18. Schlarb AA, Faber J, Hautzinger M. CBT-I and HT-I group therapy for adults with insomnia in comparison to those with insomnia and comorbid depression – a pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;14:2429–2438.
19. Watkins John G. The affect bridge: A hypnoanalytic technique, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1971;19:1, 21-27
20. Bonshtein U, Torem M. Forward Affect Bridge, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2017;65:1, 43-51
21. Abramowitz EG, Barak Y, Ben-Avi I, et al. Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: a randomized, zolpidem- controlled clinical trial. *Int J Clin Exp Hypn.* 2008;56(3):270–280.
22. Papadakis D. Exploring the subconscious with hypnosis to alleviate insomnia. *Austral J Clin Hypnother Hypn.* 2013;35:4–19.
23. Watkins HH. Ego-state therapy: an overview. *Am J Clin Hypn.* 1993 Apr;35(4):232–40. doi: 10.1080/00029157.1993.10403014. PMID: 8480666.
24. Kneisl CR. Healing the wounded, neglected inner child of the past. *Nurs Clin North Am.* 1991 Sep;26(3):745–55. PMID: 1891407.
25. Plutchik, R., Kellerman, H. *Emotion: Theory, research and experience* 1980 (Vol. 1). New York : Academic Press.
26. Lubart T., Mener E., Mener A.C., Tordjman S. Créativité, processus thérapeutique et hypnose : un aperçu, *In Transes*, 2019 ; 6. Dunod; p. 46-54.
27. Rossi EL. The Psychosocial Genomics of Therapeutic Hypnosis, Psychotherapy, and Rehabilitation, *American Journal of Clinical Hypnosis* 2009;51:3, 281-298, DOI: 10.1080/00029157.2009.10401678.
28. Beaufreton K. Vécu des patients à un an d'une thérapie en hypnose : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: 2022 ; Université de Rennes 1.
29. McCulloch P, Altman DG, Campbell WB, Flum DR, Glasziou P, Marshall JC, Nicholl J; Balliol Collaboration, Aronson JK, Barkun JS, Blazeby JM, Boutron IC, Campbell WB, Clavien PA, Cook JA, Ergina PL, Feldman LS, Flum DR, Maddern GJ, Nicholl J, Reeves BC, Seiler CM, Strasberg SM, Meakins JL, Ashby D, Black N, Bunker J, Burton M, Campbell M, Chalkidou K, Chalmers I, de Leval M, Deeks J, Ergina PL, Grant A, Gray M, Greenhalgh R, Jenicek M, Kehoe S, Lilford R, Littlejohns P, Loke Y, Madhock R, McPherson K, Meakins J, Rothwell P, Summerskill B, Taggart D, Tekkis P, Thompson M, Treasure T, Trohler U, Vandenbroucke J. No surgical innovation without evaluation: the IDEAL recommendations. *Lancet.* 2009 Sep 26;374(9695):1105–12. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61116-8. PMID: 19782876.
30. McCulloch P, Feinberg J, Philippou Y, Kolas A, Kehoe S, Lancaster G, Donovan J, Petrinic T, Agha R, Pennell C. Progress in clinical research in surgery and IDEAL. *Lancet.* 2018 Jul 7;392(10141):88–94. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30102-8. Epub 2018 Jan 18. PMID: 29361334.
31. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry.* 2013 Jun;12(2):92–8. doi: 10.1002/wps.20050. PMID: 23737408; PMCID: PMC3683251.
32. Roumanoff-Lefavre C. 5 secrets pour maigrir avec l'hypnose, *Edition Eyrolles*; 2019
33. Méner E & Méner AC Hypnosis during confinement: Benefits for children, adolescents, parents and caregivers. In: *Tordjman S., Schröder C., Delorme R.*

From Confinement to Deconfinement: New Perspectives in Child Psychiatry. Pôle Nord Lab; mai 2020. Ch VIII.

34. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*. 2001 Jul;2(4):297-307. doi: 10.1016/s1389-9457(00)00065-4. PMID: 11438246.
35. Brosseau G. L'hypnose, une réhabilitation de nos cinq sens, *InterEditions* 2012
36. Erickson Milton H. Pseudo-orientation in time as an hypnotherapeutic procedure, *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1954;2:4, 261-283,
37. Short D. Conversational Hypnosis: Conceptual and Technical Differences Relative to Traditional Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis* 2018 Oct;61(2):125-139. doi: 10.1080/00029157.2018.1441802. PMID: 30260303.
38. Méner E & Méner AC. *Voyages pour les petits... Et les plus grands.* Hypnose Sante Formation. Retrieved September 2022 from <https://hypnose-sante-formation.fr/voyages/>
39. Putnam FW. Using hypnosis for therapeutic abreactions, *Psychiatric Medicine* 1992;10(1):51-65
40. Araoz D. *New Hypnosis*, Brunner/Mazel, 1985 New York, 214 pp.
41. Corydon Hammond D., Haskins-Bartsch C., McGhee M. & Grant C.W. Jr. The Use of Fractionation in Self-Hypnosis, *American Journal of Clinical Hypnosis* 1987;30:2, 119-124
42. Abramowitz EG, Torem MS. The Roots and Evolution of Ego-State Theory and Therapy *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2018 Oct-Dec;66(4):353-370. doi: 10.1080/00207144.2018.1494435. PMID: 30152736.
43. Moshe S., Torem M.D. "Back from the Future": A Powerful Age-Progression Technique, *American Journal of Clinical Hypnosis* 1992;35:2, 81-88
44. Varga K. Hypnosis: New Generation Articles. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2020; 68:4, 409-411
45. Tosti G. *Le grand livre de l'hypnose.* Edition Eyrolles 2015 Paris, 454 pp. ISBN13 : 978-2-212-55904-0

Annexes

- Schéma 1 : Schéma récapitulatif de la méthode E2R.
- Schéma 2 : Boucle de la réparation E2R.