

Sommaire.

Introduction	p. 9
I. UN HOMME HORS DU COMMUN	p. 14
L'enfant contre les handicaps	p. 15
L'adolescent contre la paralysie	p. 16
De la ferme à la médecine	p. 17
Rencontre avec les injustices de la vie	p. 17
Rencontre avec l'hypnose	p. 18
Rencontre avec une famille en difficulté	p. 18
Du médecin au chercheur	p. 18
Une année charnière	p. 19
Chercheur a – théorique	p. 19
Démystification	p. 20
Rencontre avec Margaret Mead	p. 20
Phoenix et la psychiatrie privée	p. 20
L'homme contre la douleur	p. 20
L'homme plus fort que la douleur	p. 21
Le rénovateur incontesté	p. 21
Une source d'inspiration	p. 22
Un sujet de recherches	p. 22
Un fabuleux héritage	p. 23
Le sage de Phoenix	p. 23
II. DE L'HYPNOSE A LA STRATEGIE.	p. 25
1. CONCEPTS GENERAUX	p. 26
L'hypnose : un outil clinique	p. 26
La stratégie complète l'hypnose	p. 26
La thérapie pour le changement	p. 26
Les deux niveaux de changement	p. 27
Hypnose et changement I	p. 27
Stratégie et changement II	p. 27
Psychothérapie et changement III	p. 28
Recadrage	p. 28
Une drôle de course	p. 28
Une étape courte mais difficile : la première	p. 29
Un faux départ	p. 29
Alléger l'entraîneur	p. 29
Comment marcher sur du verglas ?	p. 30

2. L'HYPNOSE	p. 31
Un outil évolutif	p. 31
De l'induction universelle à l'hypnose individuelle.	p. 31
Une conception clinique	p. 32
De la simplicité inconsciente à la difficultés consciente	p. 33
Potentialiser les compétences	p. 34
Des cadres de références inconscients	p. 34
La solution intérieure	p. 35
L'hypnose du thérapeute	p. 36
Optimiser les états de dissociation	p. 36
L'hypnose sans hypnose	p. 37
« Les ongles d'HENRY »	p. 37
3. LA SOUPLESSE	p. 41
A. INDIRECTION	p. 42
Le vieux Joe et le plan de tomate.	p. 42
L'évocation	p. 44
La non visibilité	p. 45
La permissivité	p. 45
La liberté	p. 45
Médiation inconsciente	p. 46
B. UTILISATION	p. 47
4. LA STRATEGIE	p. 49
QUELQUES DEFINITIONS	p. 49
Un thérapeute actif et inventif	p. 50
Le processus thérapeutique	p. 50
La partie n'est pas le tout	p. 51
Circonscrire le symptôme	p. 51
POSITION DU THERAPEUTE	p. 52
Questions sans réponse	p. 53
LE PARADOXE	p. 54
Quel est l'intérêt des paradoxes dans une psychothérapie stratégique, avec ou sans hypnose ?	p. 55
La prescription du symptôme	p. 56
Régime de bombance	p. 57
Une prescription répond à des règles	p. 58

LA RESISTANCE	p. 59
Utiliser la résistance	p. 60
Transformer la résistance en un comportement hypnotique	p. 60
Résistance active ou passive ?	p. 61
Construire la résistance.	p. 61
Déplacer la résistance	p. 61
Refus thérapeutique de l'amélioration	p. 62
III. QUELQUES NOTIONS FONDAMENTALES POUR ERICKSON.	p. 64
1. L'INDIVIDU DANS SON CONTEXTE	p. 65
Chaque individu est unique	p. 65
Le thérapeute fait partie de l'image qu'il voit du patient	p. 65
La souffrance, élément de communication	p. 66
Effet « Janus »	p. 66
Accepter la réalité du patient	p. 67
Des réserves insoupçonnables	p. 68
2. L'INCONSCIENT	p. 70
Non-conscient	p. 70
Inventaire	p. 70
Positif	p. 71
Actif	p. 71
Interactif	p. 72
Fiable	p. 72
Langage spécifique	p. 72
Utiliser ce langage dans l'hypnose	p. 73
Logique spécifique	p. 73
3. L'APPRENTISSAGE	p. 75
Apprendre pour vivre	p. 75
Apprendre ou souffrir	p. 75
Apprendre à apprendre	p. 76
Apprendre à utiliser ses apprentissages	p. 76
4. LA METAPHORE	p. 78
Des images pour l'inconscient	p. 78
La métaphore vient du thérapeute	p. 79
Un rêve à l'envers	p. 79
Diagnostic	p. 80

Thérapeutique	p. 80
Simplicité	p. 80
Souplesse du thérapeute	p. 81
Le symptôme : une métaphore ?	p. 82
5. LANGAGE NON-VERBAL	p. 83
Un langage commun	p. 83
Un langage courant	p. 83
Un langage inconscient	p. 84
Un langage vrai	p. 85
Amant	p. 86
Vous aussi, vous entendez ?	p. 87
De bons imitateurs	p. 88
La pantomime au secours du thérapeute	p. 88
6. LA REPONSE MULTI-CONTEXTUELLE	p. 89
Réponse inconsciente	p. 89
Qu'entend-t-on par réponse ?	p. 89
La réponse hypnotique est multi-contextuelle	p. 90
Des contextes inconscients	p. 91
7. LA MANIPULATION	p. 92
La manipulation partagée	p. 92
Un abus de pouvoir ?	p. 93
IV. ELEMENTS DE LA THERAPIE.	p. 94
1. LE CONTEXTE DE LA THERAPIE	p. 95
Reconnaître la méthodologie du patient	p. 95
Utiliser le contexte apporté par le patient	p. 96
2. LE THERAPEUTE	p. 98
Motivation	p. 98
Formation spécifique	p. 99
Formation générale	p. 99
Reconnaître ses limites	p. 100
3. LE PATIENT	p. 101
1. Quelle est la finalité de la thérapie ? « Qu'attendez de vous de moi ? »	p. 101
2. Quel sera pour le patient, le premier changement significatif ?	p. 102
3. Quels sont les moyens que s'est déjà donné le patient pour	

résoudre le problème posé ?	p. 102
4. Comment le patient pense-t-il pouvoir aider le thérapeute ?	p. 103
5. Combien de temps le patient accorde-t-il au thérapeute pour obtenir le résultat qu'il en attend ?	p. 103
Demande explicite et implicite	p. 103
4. LE PROBLEME	p. 105
Définir un symptôme-cible	p. 105
Le symptôme, « porte-parole » du patient	p. 105
Symptômes névrotiques	p. 106
Troubles psychosomatiques	p. 108
La douleur	p. 108
Les troubles psychotiques	p. 109
V. ASPECTS PRATIQUES DE L'HYPNOSE THERAPEUTIQUE.	p. 110
1. PRELIMINAIRES	p. 111
Qu'est-ce que l'hypnose pour vous ?	p. 111
Présentation de hypnose par le thérapeute.	p. 111
Précautions oratoires	p. 112
2. TEMPS DE LA SEANCE	p. 114
Induction	p. 114
Transe	p. 115
Retour au conscient	p. 117
3. CONDUITE D'UNE SEANCE	p. 118
Etablir le contact	p. 118
Ouvrir la parenthèse	p. 120
Proposer un état de relaxation	p. 122
Dépotentialiser le conscient	p. 123
Mise en route de processus inconscients	p. 123
Suivre les réponses inconscientes	p. 124
Fermer la parenthèse	p. 124
VI. CAS CLINIQUE.	p. 125
Présentation de Mme C et contexte de la thérapie	p. 127
A. LA SEANCE	p. 129
B. COMMENTAIRES	p. 144
1. <u>Prise de contact.</u>	p. 144

2. <u>Ouvrir la parenthèse.</u>	p. 145
3. <u>1° Phase hypnotique : évaluer la résistance.</u>	p. 146
a. Préparation de l'induction	p. 146
b. Induction	p. 146
c. Retour	p. 147
4. <u>2°Phase hypnotique : dissociation conscient-inconscient.</u>	p. 148
a. Préparation à l'induction	p. 148
b. Induction	p. 149
c. Retour	p. 150
5. <u>3° Phase hypnotique : Approfondir.</u>	p. 151
a. Préparation de l'induction	p. 151
b. Induction	p. 151
c. Retour	p. 152
6. <u>4°Phase hypnotique : stratégie thérapeutique.</u>	p. 153
a. Induction	p. 153
b. Ratification	p. 154
c. Suggestion post-hypnotique	p. 155
7. <u>Retour au conscient : re-association.</u>	p. 157
8. <u>Fermer la parenthèse.</u>	p. 157
C. EVOLUTION	p. 159
Conclusion	p. 161
Bibliographie	p. 165

Introduction

Le psychiatre, comme tout médecin, a pour premier rôle de soigner l'individu en difficulté, de l'aider dans sa quête d'un équilibre où la souffrance n'est plus. C'est de cette dimension dont nous avons souhaité parler dans ce travail.

L'histoire de la psychiatrie et quelques années passées à l'hôpital, nous ont appris qu'il existe des approches thérapeutiques très diverses, depuis les prises en charge institutionnelles jusqu'aux chimiothérapies. Chacune trouve sa pertinence dans un contexte donné, mais ce sont les thérapies qui reposent sur la relation, sur cet aspect fondamental de l'Homme qu'est la communication qui nous ont toujours le plus attiré.

Les psychothérapies sont d'apparition relativement récente dans notre société occidentale qui a dû d'abord se dégager du dualisme corps-esprit en vigueur depuis la Grèce antique et réaffirmé par Descartes. Cette conception ne permettait guère de s'intéresser à la psyché, au moins pour les médecins qui préféraient se pencher sur le corps. Peu à peu, cependant, la participation de cette psyché aux troubles du corps et de l'esprit a été reconnue autorisant ainsi la naissance de la psychothérapie. La médecine psychosomatique, impensable il y a deux siècles est aujourd'hui admise par tous.

Aujourd'hui, les psychothérapies sont nombreuses, reflétant les multiples visages de la réalité humaine, mais elles sont pour la plupart issues d'un même courant de pensée, né en France à la fin du XIX^e siècle grâce à l'influence de ce qui est parfois considéré comme la mère des psychothérapies: l'hypnose.

Bien sûr, l'hypnose était déjà connue puisqu'on fait remonter son apparition à Messmer vers la fin du 18^e. En fait, Messmer est plutôt le précurseur des magnétiseurs et nous préférons nous référer à l'abbé de Faria vers 1820 pour ce qui est de l'hypnose telle quelle sera reprise par Liébault en 1866, puis Bernheim en 1884 dans un but psychothérapeutique.

Bernheim-Charcot, ces deux noms sont inséparables de l'hypnose. Pourtant, Charcot, n'a jamais lui-même utilisé l'hypnose mais a été à l'origine d'un mouvement, à l'école de la Salpêtrière, qui s'inscrit beaucoup plus dans la lignée du Messmerisme réfutant toute hypothèse psychologique, considérant l'hypnose comme une névrose expérimentale et par la

même niant tout intérêt thérapeutique. Tout au contraire, Bernheim, à l'école de Nancy, considère la transe hypnotique comme un moyen d'abord de l'individu et de ses difficultés; pour lui l'hypnose est avant tout un outil thérapeutique. La lutte a été âpre pendant plus de vingt ans, la renommée de Charcot répondant aux résultats de Bernheim et, si l'école de la Salpêtrière finit par abandonner, faute de combattants pourrait-on dire, elle épuise aussi l'école de Nancy et rares seront ceux qui oseront encore pratiquer cette méthode qui fût en même temps si décriée et si encensée. Pierre Janet, pourtant élève de la Salpêtrière reprendra pour l'essentiel les thèses de Bernheim mais il était bien isolé face à un corpus médical qui ne souhaitait pas relancer la polémique.

Freud a connu l'un et l'autre, il appliquera le traitement cathartique à ses hystériques, avec des fortunes diverses, avant de préférer la méthode des associations libres. Nous retiendrons que l'hypnose fut pour lui une étape, elle lui a beaucoup appris avant qu'il ne choisisse une approche qui convenait peut-être mieux à sa personnalité.

Ces deux phénomènes ont été à l'origine, en France d'un rejet systématique de l'hypnose, en particulier par ceux qui y voyaient un procédé miraculeux, oubliant qu'elle n'est qu'un moyen et non une fin en soi. Elle demande à être utilisée avec des techniques adaptées et dans un cadre conceptuel particulier qui faisaient peut-être défauts à cette époque.

Ainsi l'hypnose a pratiquement disparu en France, sa patrie d'origine, elle n'a survécu que grâce à quelques fidèles dont L. Chertok. Cependant, dans ce contexte, elle n'a pas pu évoluer et a gardé ses défauts dont le plus évident est la grande directivité avec laquelle elle est employée, laissant peu de place et de participation à ceux qui font appel à elle.

Malgré notre intérêt pour cette méthode et notre incrédulité face à ce dénigrement systématique qui donnait à penser qu'il ne pouvait être justifié, nous étions mal à l'aise avec cet aspect directif.

Heureusement, les autres pays où l'hypnose avait disséminé ne vont pas lancer l'anathème, au contraire les travaux vont se poursuivre, en particulier aux Etats-Unis où un homme, après avoir découvert l'hypnose telle qu'elle se pratiquait en France au 19^e, va profondément en modifier les techniques et le cadre d'utilisation: il s'agit de MILTON H. ERICKSON. Son nom nous est parvenu indirectement, par les travaux de l'école de Palo Alto dont Erickson fut

l'un des inspirateurs comme nous le verrons mais ses méthodes restaient inaccessibles, jusqu'à ce que J. Godin et J.A Malarewicz n'aillent sur place les étudier pour pouvoir les transmettre ensuite en France. Nous leur devons ce travail qui a pour ambition de faire connaître Erickson et ses concepts essentiels, tant sur l'hypnose que sur la stratégie qui est le cadre par lequel il lui a donné toute sa pertinence.

Pour faire connaître cet homme, il fallait d'abord parler de sa vie car, d'une part le moins que l'on puisse dire est qu'elle ne fut pas banale, mais surtout parce qu'elle apporte un éclairage important sur ce "thérapeute hors du commun".

Nous exposerons ensuite sa conception de l'hypnose clinique, fruit de cinquante ans d'expérience, pour y apprendre d'abord que c'est une chose simple, que chacun connaît sans le savoir, c'est une disposition psychique qui nous aide dans de nombreuses circonstances. Lorsqu'un thérapeute veut initier cet état favorable dans les meilleures conditions pour l'intérêt thérapeutique, il doit le faire en considérant chaque patient comme un individu unique qu'il faudra respecter et auquel il devra s'adapter. Ceci exige de sa part une grande souplesse pour travailler de manière indirecte et utiliser aux mieux toutes les "compétences" du patient.

Pour que l'hypnose acquière toutes ses vertus thérapeutiques, pour qu'elle puisse être à l'origine d'un changement positif chez le patient qui souffre, elle doit être intégrée dans un cadre plus large. Erickson le conçoit comme une très grande liberté donnée au thérapeute dans ses interventions, lui permettant d'utiliser lui aussi toutes ses ressources et son inventivité, appliquant ainsi une stratégie spécifique pour chaque patient, tenant compte de ses attentes et de ses possibilités.

L'éclectisme des concepts qu'il manie explique la richesse de ses interventions; nous avons du en choisir quelques uns qui nous ont semblé essentiels. Il tente d'appréhender l'individu dans sa totalité, en tenant compte de son contexte de vie, de son système, et il considère qu'aucun changement ne peut se faire si ce contexte reste figé. Le patient dispose des moyens pour créer ce changement, mais ils sont pour la plupart stockés dans son inconscient, "ce grand magasin de solutions". Alors, la thérapie devient un apprentissage, qui consiste à apprendre à utiliser son inconscient, et à laisser apparaître les réponses, les solutions qu'il

contient. Les métaphores comme le langage non-verbal sont de bons moyens de communication avec cet inconscient. Bien sûr, Erickson manipule ses patients, il pense même qu'il n'est pas possible de ne pas manipuler, au moins lorsque thérapeute et patient s'engagent dans une démarche thérapeutique active.

Dans cette quatrième partie nous allons tenter de définir, dans une pratique stratégique, les éléments essentiels qui doivent être réunis pour que la thérapie puisse se mettre en place: le contexte de cette relation, le thérapeute, le patient et son problème. Ces éléments sont les mêmes, quelle que soit la thérapie mais ces termes ne recouvrent pas tout à fait la même réalité pour les différentes écoles et il appartient au thérapeute d'être vigilant pour respecter son cadre d'intervention.

Lorsque ces éléments sont réunis, une séance d'hypnose peut être mise en place; dans une phase de préliminaires, il sera souvent important d'expliquer au patient ce qu'est l'hypnose car lui aussi arrive, le plus souvent, avec les mythes habituels. Par la suite, une séance peut se décomposer en trois phases: induction, transe, retour au conscient, qui ne sont pas aussi évidentes à reconnaître que ces termes le laissent penser. Le déroulement plus détaillé de la séance le montrera. Nous y avons détaillé quelques techniques mais, elles ne peuvent se comprendre que par la dynamique qui les associe; le cas clinique et les commentaires permettront une meilleure compréhension de l'hypnose ericksonienne et des termes spécifiques à l'hypnose.

I. Un homme hors du commun.

Nous avons tenu à présenter une courte biographie de Milton Erickson car si Jay Haley l'a décrit comme "un thérapeute hors du commun" (27), Il est d'abord un homme hors du commun. La meilleure introduction à son œuvre est son histoire personnelle qui permet de comprendre sur quelles bases il a pu présenter tant de concepts originaux sur l'hypnose et la psychothérapie en général.

Ces notes sont Issues d'entretiens entre Erickson et Ernest Rossi dans les années 70 et publiés dans l'ouvrage "Healing In Hypnosis" paru en 1982 (21). La traduction complète n'est à ce jour, malheureusement, pas publiée en France.

L'enfant contre les handicaps

Milton H Erickson est né en 1901 dans le Nevada, dans une communauté de mineurs. Son père, Albert, originaire d'Europe du Nord, avait quitté Chicago vers l'Ouest et l'aventure; sa première étape comme fermier ne lui apporta pas la fortune mais il y rencontra sa femme, ils durent partir pour Aurum et ses mines d'argent. Milton y est né en 1901, dans une cabane dont " trois côtés étaient en rondins, le quatrième étant la montagne".

Lorsque Milton et sa sœur aînée ont été en âge d'être scolarisé, les parents ont préféré retrouver des conditions de vie plus faciles et ont repris une ferme dans le Wisconsin.

Sa scolarité sera quand même rudimentaire et les premières difficultés d'Erickson seront alors découvertes: il est daltonien (dyschromatopsie au rouge et au vert; plus tard, Il se choisira le pourpre comme couleur favorite... parce qu'elle est peu utilisée et qu'il souhaite se distinguer); il perçoit très mal les rythmes musicaux et surtout, Il est dyslexique

De ces handicaps, il fera des avantages, expérimentant sur la relativité de la perception humaine, mais aussi parcourant pendant des heures le dictionnaire, colonne par colonne à la recherche des mots dont il ne reconnaît pas l'orthographe. Il utilisera souvent en thérapie ses souvenirs d'apprentissages difficiles, convaincu que nous possédons des capacités mal intégrées et que nous pouvons un jour assimiler brusquement comme lorsqu'il a compris comment s'utilise un dictionnaire.

De cette période, nous retiendrons une anecdote : il ne pouvait prononcer le mot gouvernement, disant : " gouvernement ". Un camarade de classe s'appelait "La verne" et il le prononçait bien. Son professeur a eu alors l'idée d'intégrer les deux en demandant de lire "gou-laverne-ment", ce qu'il a réussi ; il a ensuite supprimé la syllabe " la ". et pour la première fois Erickson a pu lire et dire gouverne-ment. Erikson rapporte cette histoire car il lui doit la technique d'introduction de ce qui est inattendu et hors de propos dans un cadre fixe et rigide pour le faire éclater.

L'adolescent contre la paralysie

Maintenant, Erickson a dix-sept ans et va vivre un épisode tragique : il est atteint de poliomyélite (ou polioencéphalite ?). Il raconte qu'un jour il a entendu trois médecins annoncer, à sa mère, son décès au plus tard le lendemain matin. Sa mère n'en a rien dit, lui non plus, il a simplement demandé qu'elle installe son lit pour qu'il puisse voir le coucher du soleil et celui du lendemain. Et il les a contemplés, avec une intense soif de survie, puis est tombé dans le coma. Il en est sorti trois jours plus tard, presque totalement paralysé, ses seuls contacts avec l'extérieur restant ses yeux mobiles et une ouïe très fine.

L'évolution de cette paralysie, malgré l'absence de tout centre de rééducation, est fascinante. Un jour qu'il était dans son fauteuil à bascule éloigné de la fenêtre et qu'il avait tellement envie de s'en approcher, le fauteuil s'est mis à se balancer légèrement. Était-ce cette envie si forte qui avait stimulé quelque faisceau musculaire et rendu la paralysie moins absolue ? Pour lui, il n'y a aucun doute. Il va alors s'entraîner pendant des mois, recherchant par exemple le souvenir des sensations dans ses doigts lorsqu'ils pouvaient bouger jusqu'à faire apparaître des mouvements incoordonnés, puis de plus en plus volontaires. Et il a multiplié ses expériences pour ses bras, ses pieds...

C'est ainsi qu'il redécouvre ce que Bernheim (9) connaissait déjà, les phénomènes idéo-moteurs : la seule pensée du mouvement peut produire l'expérience réelle du mouvement corporel automatique. Chez Erickson, les souvenirs sensoriels des mouvements se traduisaient en mouvements, d'abord involontaires et pour cause ! Plus tard, il y reconnaîtra des phénomènes hypnotiques, auto - hypnotiques en l'occurrence.

De manière similaire, il a appris à contrôler ses douleurs : en pensant à la marche, à la fatigue et à la relaxation, il se procurait un soulagement.

Dans ces expériences, il trouvera des certitudes sur les moyens qui existent en chacun de nous, hors d'atteinte par la conscience et qui peuvent être activés par l'idée seule ; ses méthodes de traitement hypnotique de la douleur ou la technique du " signaling " en sont issues. Il y trouve aussi la conviction qu'un changement minime dans une situation désespérée peut faire passer du fatalisme à l'espoir, alors l'idée de changements plus grands devient acceptable.

À cette époque, il a aussi bénéficié de l'apprentissage de la marche chez sa plus jeune sœur, en observant tous les efforts et toutes les techniques qu'elle mettait en place, Inconsciemment, pour y parvenir. En copiant ces processus, Erickson, a peu à peu retrouvé la capacité de marcher.

De la ferme à la médecine

Mais, comment un infirme pourrait-il travailler à la ferme ? Il décide alors de faire des études de médecine.

Lorsque à vingt et un ans il entre en première année de médecine, il marche encore avec des béquilles, mais à la fin de cette année il va entreprendre, seul et sans argent, un voyage dont le but est d'augmenter ses forces. Il part en canoë, ne pouvant compter que sur ses propres muscles pour avancer et sur son ingéniosité pour se nourrir. Et il se débrouille si bien que dix semaines plus tard, après avoir remonté le courant, il a parcouru 1900Kms, économisé 8 dollars, et surtout il marche sans béquilles; il ne garde qu'une boiterie légère mais définitive.

Rencontre avec les injustices de la vie

En deuxième année de médecine, Il a eu à examiner deux patients. Le premier, un clochard alcoolique de 73 ans, en assez bonne santé pour vivre encore dix ans avec l'aide de la société. Le deuxième, une charmante jeune fille qui pouvait tout attendre de la vie sauf une maladie de Bright qui lui laissait trois mois d'espérance de vie. Et le jeune étudiant a été bouleversé par

cette injustice qui, pourtant, est le pain quotidien des médecins. Lui qui avait été sévèrement touché découvrait cette injustice et comprenait qu'il devrait se réconcilier avec elle pour pouvoir exercer pleinement son métier.

Rencontre avec l'hypnose

Il rencontre l'hypnose dans un séminaire de Hull, en troisième année de médecine mais très vite, Erickson oppose une conception individualiste de l'hypnose à la conception universaliste de son professeur. Dès cette époque, il effectue diverses recherches sur l'hypnose. Son premier travail s'intitule " Premières expériences sur la nature de l'hypnose et recherche expérimentale supplémentaire sur l'hypnose : réalités hypnotiques et non hypnotiques " (16 p 18 - 82). Il s'attacha à y démontrer que les états altérés de conscience et les phénomènes de transe constituent une partie normale de la vie de tous les jours et que la plus importante est la dynamique interne de chaque individu qu'il est indispensable de respecter. Il pose ainsi les bases d'une conception " naturaliste ", " permissive " et " utilitaire " de l'hypnose.

Rencontre avec une famille en difficulté

En 1923, Il se marie pour la première fois. Après 10 ans de vie commune malgré trois enfants, le couple se sépare; Erickson a la garde des enfants. Il en retire un sentiment de pauvreté du jugement sur les relations humaines et cherchera toute sa vie à combler cette lacune qu'il attribue à l'isolement social et culturel qui fut le sien pendant ses premières années. Il estime alors que chacun doit apprendre sur soi-même, toute sa vie, pour dépasser ses retards de compréhension et il n'est jamais trop tard. Il en conçoit aussi l'idée, originale pour l'époque, de travailler avec les couples ou les familles.

Du médecin au chercheur

Erickson est médecin en 1928, d'abord en psychiatrie au " Colorado psychopathic hospital " puis médecin assistant au " State Hospital for Mental Diseases " à Howard (Rhode Island). De 1930 à 1934, il est médecin-adjoint puis médecin-chef du service de recherche au " Worcester

State Hospital " dans le Massachussetts. Dans une atmosphère hostile, il publie son premier article consacré à l'hypnose : " des effets nuisibles possibles de l'hypnose expérimentale ", qui démontre que l'hypnose est un état de conscience altérée avec " une attention intense mais focalisée ", qui s'oppose à l'idée de sommeil et d'inhibition corticale défendue par Pavlov.

Dans le même temps, il s'aperçoit que le thérapeute est en état de transe quand il devient hyperattentif au patient et que ceci est très favorable pour réagir à des indices minimes. Dans cet état, le thérapeute dispose au mieux de son potentiel conscient et aussi de son potentiel inconscient.

Une année charnière

L'année 1934 ouvre un nouveau chapitre de sa vie privée et professionnelle : il rencontre Elisabeth Moore, psychologue, avec qui il fonde un nouveau foyer qui s'enrichira de cinq enfants supplémentaires, foyer qui deviendra peu à peu un véritable terrain expérimental. En même temps, il s'installe à Eloise (Michigan) et devient Directeur de la recherche psychiatrique (1934 – 39) puis directeur de la recherche et de la formation psychiatrique (1939 - 48) au " Wayne County Hospital ".

Chercheur a – théorique

Pendant ces quatorze années, il entreprend de nombreuses études expérimentales utilisant les indices minimaux et les formes indirectes de sugges-tion dans as domaines allant de la surdité aux mécanismes mentaux Freudiens et les processus inconscients. Il développe une conception originale d'un inconscient actif et positif qui contient les solutions dont l'individu en difficulté a besoin. Mais, si Erickson se considère comme a-théorique, malgré les contacts avec tel ou tel modèle, c'est parce qu'il refuse toute position de disciple qui, pour lui, entraîne la rigidification prématurée de la pensée et de la méthode, et inhibe toute libre exploration ultérieure.

Démystification

Erickson veut faire connaître l'hypnose dans le milieu médical et il de-vient Rédacteur en Chef de la revue "Diseases of Nervous Systems"; il rédige l'article consacré à l'hypnose dans l'Encyclopaedia Britannica; parallèlement, et la renommée aidant, il cherche à clarifier la compréhension de l'hypnose auprès du plus large public, par l'intermédiaire de radios ou journaux, comme "Life Magazine", par exemple.

Rencontre avec Margaret Mead

Sa réputation grandit et il est sollicité par Margaret Mead, anthropologue, femme de Gregory Bateson, pour étudier les phénomènes de transe qu'elle a observés à Bali. Ils vont collaborer à de nombreux projets privés et gouvernemen-taux pendant la deuxième guerre mondiale et les années qui suivront.

Phoenix et la psychiatrie privée

En 1948, Erickson quitte Eloise et son climat humide et froid pour Phoenix, dans l'Arizona; il souffre en effet d'allergies et de douleurs séquellaires pour lesquelles un climat sac semble mieux indiqué. Il est alors Directeur Clinique au " Arizona State Hospital ", mais sa santé ne s'améliore pas, les douleurs sont de plus en plus intenses et il a des vertiges. Il ouvre alors un cabinet privé à son domicile pour se reposer entre ses patients et mieux contrôler ses douleurs par auto-hypnose. Cette situation lui offre aussi une vie familiale plus étroite, avec sa femme et ses huit enfants.

L'homme contre la douleur

Alors qu'il a 51 ans, il subit une nouvelle attaque de poliomyélite, deu-xième poussée exceptionnelle dans cette maladie. Plus que la nouvelle paralysie, c'est la douleur qui le fait terriblement souffrir; il doit donc lutter et, malgré les gros efforts nécessaires, c'est à ses propres capacités inconscientes qu'il de-mande de l'aide par l'auto-hypnose. Il développe par

exemple des trances "segmentalisées" qui réduisent la douleur dans un territoire localisé, il déplace les douleurs dans un endroit qui est moins gênant sur le plan fonctionnel, il focalise son attention sur d'autres sensations ou d'autres idées... Ces apprentissages personnels ont été laborieux, longs, ils ont nécessité une présence constante de sa femme; il n'y a pas de miracle. Par cette redoutable épreuve, il sait de quoi il parle lorsqu'il aidera des patients atteints de douleurs intolérables comme dans les cas de cancers et cette connaissance rend plus pertinentes ses interventions. Pour Erickson tout thérapeute doit être convaincu que toute difficulté peut se réduire, et il peut pour acquérir cette conviction se pencher sur son histoire personnelle.

L'homme plus fort que la douleur

Malgré cet accident, Erickson, soutenu par sa famille, continue ses enseignements, ses thérapies, ses recherches sur l'hypnose. Il entame un cycle de conférences universitaires, anime des ateliers pour les professionnels (médecins, psychologues et dentistes), travaille avec Aldous Huxley sur les états altérés de conscience (16), avec Linn Cooper sur la distorsion du temps dans la transe (17).

Le rénovateur incontesté

L'hypnose d'Erickson de la fin des années 50 n'a plus beaucoup de points communs avec celle des années 20 telle qu'il l'a découverte: les définitions ne se recouvrent pas, l'autorité du thérapeute a laissé sa place à la souplesse, la directivité classique est supplantée par les approches indirectes, la transe est un état actif. Et une matière moribonde représentée par quelques académiciens intéressés par la recherche est devenue une discipline florissante, par le nombre et la qualité des membres, par les multiples études et par son utilisation en clinique somatique et psychique. Il ne fait aucun doute qu'Erickson est le chef de file qui a permis ce renouveau. Il le confirme en devenant en 1957 le président de "The American Society of Clinical Hypnosis" puis en 1958, le rédacteur en chef de la nouvelle revue Internationale "The American Journal of Clinical Hypnosis".

Il donne de nombreuses conférences à l'étranger, est nommé conseiller auprès du gouvernement pour étudier les accidents d'avions, participe à la formation d'athlètes de haut

niveau (équipe nationale de tir pour les Jeux Olympiques) et tout ceci malgré ses lourds handicaps physiques qui l'obligeront à se déplacer en fauteuil roulant!

Une source d'inspiration

Si dans ces années 50 Erickson redonne ses lettres de noblesse à l'hypnose, il va aussi être à l'origine d'un groupe de chercheurs qui vont mettre en place tout un nouveau courant de pensée en psychiatrie: le groupe de Palo Alto qui va concevoir la communication comme clef du comportement humain, les pathologies psychiques observées étant secondaires à des dysfonctionnements de la communication dans un système. Ils en dégageront un concept fondamental: la théorie du double-lien (double-bind), qui serait responsable de la schizophrénie (8).

Erickson n'a jamais fait partie de ce groupe, c'est indirectement que son influence fût déterminante. Les personnages centraux dans ce groupe étaient Don Jackson, psychiatre clinicien, et surtout Gregory Bateson, anthropologue, qui apporte les idées théoriques. Bateson connaît Erickson depuis longtemps et est très intéressé par les techniques et méthodes spécifiques d'Erickson qui va devenir un modèle dans l'utilisation de la communication, non seulement pour Bateson mais aussi pour Jay Haley, John Weakland et Richard Fish, les autres membres de ce groupe. Alors que les thérapies familiales, dites systémiques, voient officiellement le jour, Erickson pratique ce type d'intervention depuis des années. C'est à travers les écrits de cette école que son nom est d'abord connu en France, en particulier par les ouvrages de Watzlawick, psychiatre qui est arrivé plus tard dans le groupe.

Un sujet de recherches

Après avoir longtemps observé ce thérapeute unique, Haley et Weakland, dans un projet dirigé par Bateson en 1965, vont tenter de comprendre comment ses interventions peuvent être aussi efficaces. C'est aussi une période pendant laquelle Erickson se consacrant à ses patients et à ses élèves abandonne peu à peu les communications formelles pour transmettre ses idées essentiellement dans des conférences. Ses collaborateurs désalent de transcrire ses idées dans un langage plus académique, mais se heurteront à l'appauvrissement qui résulte du

passage de l'oral à l'écrit. En effet, dans ses conférences, Erickson communique autant sur un mode verbal que non-verbal, adepte à chaque fois son langage à l'auditoire, utilisant surtout des métaphores ou des exemples vécus; son but est de faire naître des idées chez ses auditeurs plutôt que de donner les siennes toutes faites. Comme le dit Lynn Hoffman dans la préface de "My Voice Will Go to You" (52), "le discours écrit ne peut en effet, rendre compte des pauses, des sourires, ses regards perçants dont Erickson ponctuait ses narrations, pas plus que ne peuvent s'écrire sa maîtrise de la voix et du timbre".

En définitive, la plupart des publications sur Erickson reprennent intégralement ses conférences ou ses exemples, commentés par les auteurs. C'est le cas en particulier des 'Collected Papers' (16, 17, 18, 19) en cours de traduction, ou de "Uncommon therapy" de Jay Haley (27). Ceci permet de garder le contexte dans lequel telle histoire ou tel cas clinique sont évoqués et restitue en partie la richesse de ses exposés.

Un fabuleux héritage

Dans les années 70, deux hommes vont se consacrer à la propagation des idées d'Erickson: Ernest Rossi va collaborer avec lui pour écrire "Advanced techniques of Hypnosis", "Hypnotic Realities" et surtout "The collected Papers", qui résument une vie de travail et contiennent la plupart des publications d'Erickson. Jeffrey Zelg rédige aussi deux ouvrages (64, 65) et, surtout crée la Fondation Milton Erickson à Phoenix qui va gérer et animer aux Etats-Unis et sur le plan International les centres, instituts, écoles qui se réclament de la pensée d'Erickson. (En France: Institut Milton H Erickson de Paris, Institut Milton H Erickson d'Antony et la Société Française de Thérapie et d'Hypnose Ericksonienne).

Le sage de Phoenix

Erickson finit sa vie entouré d'amis et de collaborateurs, reçoit de nombreuses visites de patients ou de confrères qui viennent parfois de très loin pour le voir, mais il reste simple; il consulte dans un petit cabinet, sans aucun luxe, un vieux bureau, quelques chaises inconfortables, des classeurs métalliques... ce qui surprend toujours les visiteurs qui

connaissent sa renommée internationale. Il les invite ainsi à se méfier des idées préconçues qui inhibent toute réflexion.

Il garde le même langage simple, celui de tous les jours, refuse toute élaboration théorique, tout dogmatisme et accepte près de lui des élèves de toutes les écoles de pensée qui, comme lui, savent que chacun possède une parcelle de vérité.

Le premier congrès International consacré à Milton Erickson est organisé en Décembre 1980, des milliers de thérapeutes vont enfin pouvoir approcher ce personnage déjà légendaire... il le restera: il décède six mois plus tôt, d'un choc infectieux, le Jeudi 27 mars 1980

II. De l'hypnose à la stratégie.

1. CONCEPTS GENERAUX

L'hypnose : un outil clinique

Erickson a mené de nombreuses expérimentations sur l'hypnose pour étudier la réalité hypnotique dans sa dimension de communication, celle qui est importante lors de son utilisation en clinique ; Il a toujours orienté ses travaux dans ce sens pragmatique avec la conviction que les états de dissociation hypnotique sont un outil irremplaçable au thérapeute qui s'occupe des individus en souffrance et tente de les aider par une approche psychothérapique, c'est-à-dire lorsqu'il va mettre en œuvre uniquement les capacités psychiques que possède l'individu.

La stratégie complète l'hypnose

Lorsqu'on parle de psychothérapie et d'Erickson, on pense directement à l'hypnose et pourtant pour lui, l'hypnose n'est qu'un moyen, un outil thérapeutique, ce qui suppose que ce n'est pas suffisant ; il est en effet indispensable d'y ajouter une autre dimension : la stratégie. C'est seulement en associant l'hypnose et la stratégie qu'un changement pertinent peut survenir ; Selon les cas, les thérapies semblent reposer plus sur l'hypnose ou plus sur une stratégie mais nous verrons que dans tous les cas c'est en utilisant des états de dissociation dans une optique stratégique que la psychothérapie peut atteindre son but : un changement qui s'inscrit dans la réalité quotidienne de l'individu.

La thérapie pour le changement

La notion de changement est essentiellement pragmatique, elle signifie que, si on compare ce qui se passe avant la psychothérapie et ce qui se passe après, quelque chose de différent est survenu, un nouveau système relationnel et communicationnel s'est mis en place, l'individu trouvant une autre orientation dans cette nouvelle réalité. Le changement de l'individu qui demande de l'aide sera le plus souvent insuffisant. Il est indispensable que ce changement puisse prendre place dans le système qui générerait la souffrance et pour cela il est nécessaire que ce système change également.

Les deux niveaux de changement

Nous avons d'un côté deux approches thérapeutiques complémentaires chez Erickson : l'hypnose et la stratégie (cette dimension a été mise en évidence chez Erickson par Jay Haley (27)) ; D'autre part nous avons deux niveaux de changement : celui de l'individu et celui du système ou du contexte du problème. Quelles sont les relations entre ces multiples aspects ? L'école de Palo Alto, qui a beaucoup travaillé sur les méthodes thérapeutiques d'Erickson, a proposé un modèle exposé par Paul Watzlawick (57, 59) : il existe deux niveaux de changement, le changement de type I et le changement de type II.

Hypnose et changement I

L'hypnose, par son action au niveau intrapsychique, met en route des processus inconscients qui vont permettre un changement de type I, c'est-à-dire un changement qui permet au système de se maintenir sans remaniement. Prenons le cas d'un symptôme phobique ; des séances d'hypnose, permettant un remaniement interne peuvent le réduire ; l'individu souffre donc moins, mais le symptôme qui a présidé à son apparition et à son maintien reste le même. La disparition du symptôme considéré comme élément de communication ne modifie pas le système, l'individu est alors confronté à un nouveau déséquilibre qui entraînera soit la réapparition du symptôme, soit l'apparition d'un autre symptôme, des troubles dépressifs par exemple.

Stratégie et changement II

C'est ici que la stratégie prend place ; elle a pour rôle de produire un changement de type II qui va s'inscrire dans le contexte, dans le système relationnel dans lequel le symptôme était inscrit. C'est par ce réaménagement du contexte que la disparition du symptôme peut être validée. La stratégie prolonge la séance jusqu'à la séance suivante et, plus globalement prolonge le changement qui survient dans la thérapie jusqu'à la réalité du patient. A titre d'exemple, le premier moyen stratégique à la disposition de l'hypnothérapeute est la suggestion post-hypnotique, laquelle est remplacée par les prescriptions lorsque l'hypnose formelle n'est pas employée.

Dans l'approche Ericksonnienne, les deux niveaux de changement sont abordés simultanément, ils se justifient et se renforcent simultanément.

Psychothérapie et changement III

Si l'on considère maintenant le système thérapeutique qui se met en place dès qu'un patient et un thérapeute se rencontrent, il est possible d'évoquer un autre type de changement, qui n'est pas dirigé vers le symptôme ou le contexte relationnel du patient mais sur le système thérapeutique lui-même ; un changement de type III. C'est un changement d'un niveau logique différent des deux précédents ; la thérapie communique sur le symptôme et sur le contexte c'est-à-dire qu'il y a création d'un système méta-communiquant sur les deux précédents ; mais le but de ce système est de disparaître, le changement III rend caduque le système thérapeutique lorsque la triangulation qui avait été introduite n'est plus nécessaire.

Recadrage

Aussi paradoxal que cela apparaisse, la première difficulté avant de commencer une telle psychothérapie est de définir le problème qui devra être formulé en terme de comportement ici et maintenant, de manière à l'objectiver. C'est seulement après ce recadrage que peut s'aborder le but de la thérapie qui lui aussi devra être objectivable et être considéré par le patient et le thérapeute comme un changement.

Une drôle de course

La thérapie n'est donc plus une course de fond où seuls les plus résistants peuvent atteindre le but, c'est encore une course mais au départ, on ne sait pas s'il s'agit d'un sprint ou d'un parcours à obstacles et à trajets variables dans laquelle chaque étape est une réussite, dont il faut tenir compte avant de choisir le parcours suivant en fonction des capacités de chaque coureur. Chacun peut y participer et y gagner quelque chose, c'est à l'entraîneur de ne pas envoyer le coureur sur un terrain pour lequel il n'est pas adapté. Il y a donc autant de parcours que de participants et il peut arriver qu'un coureur trouve une route particulièrement brève pour atteindre son but ; comme dit Erickson : « *Si la maladie peut survenir soudainement, la thérapie peut alors survenir tout aussi soudainement* » (21 page 25), si cette occurrence est acceptable pour le thérapeute.

Une étape courte mais difficile : la première

Lorsque ce schéma est accepté, il devient possible de proposer au patient une première étape courte et relativement facile dont le but est de préparer à des étapes plus importantes ; à quelqu'un qui n'a jamais réussi à faire un cent mètres, il est plus réaliste de proposer de courir cinquante mètres qu'un marathon. Cette première étape sera souvent la plus difficile, c'est un premier changement minime dans la conviction du patient d'être impotent et de ne pouvoir atteindre un objectif satisfaisant. La loi du tout ou rien n'est pas pertinente pour Erickson ; chaque étape est un nouvel apprentissage pour de plus grands changements.

Un faux départ

Lorsque l'on définit le changement comme but de la psychothérapie, il devient plus facile de ne plus laisser le patient entrer dans le système thérapeutique, s'y adapter et ne plus bouger, sinon dans le cadre thérapeutique lui-même (ce qui en fait, par rapport au système thérapeutique ne représente qu'un changement I). Le coureur s'est inscrit mais n'a pas encore commencé à courir. Ceci s'évite en mesurant l'évolution avec des données externes à la thérapie mais aussi en faisant participer activement le patient, dans son comportement et non plus seulement dans son discours.

Cette participation active du patient et du thérapeute et les changements d'orientation possibles ne peuvent se mettre en place que si une solide relation de confiance s'établit entre les deux protagonistes. Ce n'est pas par sa capacité à manipuler un modèle théorique élaboré qu'Erickson donne confiance au patient mais en l'abordant dans sa réalité humaine immédiate, qui donne au patient le sentiment d'être compris dans sa souffrance actuelle. Il va tenter de s'adapter à son patient, en utilisant son langage, en établissant le contact tant sur le mode verbal que non-verbal pour lui proposer un cadre dans lequel il puisse se sentir à l'aise.

Alléger l'entraîneur

Erickson souhaite que les thérapeutes sortent de leur immobilisme et se débarrassent de la chape de plomb théorique qui pèse sur les épaules et limite considérablement le champ de leurs interventions pratiques, il leur préconise d'utiliser au maximum leur imagination et leur expérience personnelle, comme il l'a fait lui-même dans sa vie. Ce n'est pas facile, mais nous

allons voir que les moyens et les idées qu'il nous a laissés sont nombreux, les uns et les autres demandant à être adaptés à chaque thérapeute en fonction de ses propres capacités et en fonction de sa propre compréhension de la souffrance humaine. Le premier bénéficiaire de cet allègement est le patient qui peut alors prendre le chemin le plus adéquat, sachant que le thérapeute a la possibilité de le suivre.

Nous terminerons par une histoire d'Erickson qui nous montre comment, en connaissant les ressources humaines, on peut aider quelqu'un à sortir d'un schéma mental établi.

Comment marcher sur du verglas ?

« Pendant la guerre, je travaillais au bureau de recrutement de Detroit. Un jour, en venant au bureau de recrutement, j'ai remarqué un vétéran qui revenait avec une jambe artificielle, et qui regardait une plaque de verglas avec méfiance, car il savait bien qu'il pourrait facilement tomber.

"C'est très lisse, lui dis-je. Restez où vous êtes. Je vais passer dessus et vous apprendre à marcher sur du verglas."

Il voyait bien que je boitais, et que je parlais donc de ce que je connaissais. Il me regarda faire et me demanda : "comment faites-vous donc ?"

"Je ne vais pas vous raconter, je vais vous apprendre. Bon, gardez les yeux bien fermés." Je le fis tourner sur lui-même, et marcher à reculons, puis en avant sur le trottoir non gelé. Je le fis déambuler d'avant en arrière sur des distances de plus en plus longues, puis de plus en plus courtes, jusqu'à que je puisse constater qu'il était complètement désorienté. Pour finir, je lui fis franchir la plaque de verglas.

"Ouvrez les yeux.

– Où est cette plaque de verglas ?

– Elle est derrière vous.

– Comment je l'ai franchie ?

– Maintenant, vous allez comprendre. Vous avez marché comme si le ciment était dégagé. Quand on essaie de marcher sur du verglas, la tendance naturelle est de raidir ses muscles, en se préparant à tomber. C'est un schéma mental. Et alors bien sûr on tombe." » (52 p. 140).

2. L'HYPNOSE

En retraçant la vie d'Erickson, nous avons rencontré de nombreuses notions qui ont radicalement transformé l'hypnose tant dans ses définitions, que dans les techniques, que dans le cadre d'utilisation. Nous allons maintenant développer quelques uns de ses concepts sur l'hypnose et aborder l'aspect stratégique de sa pratique qui va permettre d'utiliser des techniques à première vue très différentes.

Un outil évolutif

L'hypnose est le premier outil thérapeutique qu'Erickson a étudié et utilisé, en se démarquant très vite des conceptions classiques. Il a pourtant beaucoup expérimenté l'hypnose traditionnelle et a même laissé son nom à une technique d'induction par lévitation du bras, décrite par Chertok (11), et encore en vigueur.

Ce qui va faire d'Erickson un précurseur est sa recherche visant à individualiser l'hypnose, et par la suite toute psychothérapie, au patient. Nous verrons qu'en définitive, il n'utilisera plus que rarement l'hypnose formelle, mais cet apprentissage est irremplaçable pour celui qui veut mettre à profit les états de dissociation provoqués, en particulier dans le cadre d'une approche stratégique. Nous aborderons plus loin quelques aspects pratiques, voyons pour l'instant ce qu'il nous dit de l'hypnose et de son intérêt.

De l'induction universelle à l'hypnose individuelle.

Dès qu'il rencontre l'hypnose et y reconnaît des techniques qu'il a mises à profit dans ses processus de guérison, il refuse le modèle traditionnel. Hull pratique l'hypnose sous une forme proche de celle de Bernheim, il est même persuadé que le plus important est ce que dit ou fait le thérapeute, plutôt que le processus comportemental interne du sujet. Il tente d'ailleurs d'établir une procédure « standardisée » d'induction avec les méthodes naissantes d'enregistrement et de reproduction de la voix.

Il s'oppose donc à Hull et ses conceptions universelles qui ne tiennent pas compte des différences individuelles entre les patients, de leurs degrés d'intérêt, de leurs motivations ni de leurs capacités variables d'apprentissage. Cette attitude qui peut satisfaire peut-être à une recherche en laboratoire, n'a aucune pertinence pour un clinicien. Erickson s'intéresse à la dynamique interne du processus hypnotique et aux motivations internes propres à chaque individu.

Dans sa première recherche, il transforme la vieille conception autoritaire de l'hypnose en une approche permissive et utilisationnelle. Les suggestions ne sont plus machinalement et automatiquement imprimées dans l'esprit « blanc » du sujet ; au contraire, Erickson considère l'état de transe hypnotique comme un état de complexité dynamique et d'individualité où les propres capacités de la personne peuvent être utilisées pour faciliter le processus de guérison.

Une conception clinique

Lorsqu'Erickson tente de faire comprendre ce qu'est l'hypnose, ses propos sont descriptifs, ils ne peuvent être assimilés à une tentative d'explication théorique ; ce qu'il en dit trouve sa validation dans une utilisation clinique. La transe étant un phénomène individuel, le clinicien ne peut se satisfaire d'une définition ou d'une description univoque.

L'hypnose peut être considérée comme un état de concentration intérieure dans lequel le conscient est focalisé sur une seule idée ou un seul train de pensée et devient indifférent à toute autre considération. Pendant qu'une partie est activée, le reste est « dépotentialisé », il se produit donc une « dissociation » entre différents états de conscience.

Les facultés conscientes étant dépotentialisées, elles libèrent d'autres possibilités de fonctionnement psychique qui sont habituellement considérées comme inconscientes ; il y a ainsi un deuxième niveau de « dissociation » : conscient – inconscient.

C'est un phénomène banal qui survient chez chacun, apparaissant spontanément dans de multiples circonstances, pendant un cours particulièrement prenant, ou dans un train lorsque nous prêtons plus attention à l'entourage.

L'hypnose n'est rien de plus dans une relation thérapeutique :

« Il s'agit d'un processus de comportement dans lequel les patients modifient leurs relations avec l'environnement ; ils modifient leurs relations avec vous et avec tout ce qui se déroule. » (21 p.59)

L'hypnose n'est plus un rituel mais un mode de communication interpersonnel, et il est souvent *« difficile d'établir de façon nette ce qui est une relation hypnotique et ce qui ne l'est pas »*. (J. Haley : 27 p.23)

De la simplicité inconsciente à la difficultés consciente

Pour Erickson l'hypnose est une chose banale, c'est aussi une chose simple que le thérapeute facilite par son attitude, mais, comme pour tout phénomène spontané, la difficulté réside dans l'apparition volontaire de ce comportement spontané qui, à ce moment là passe pour mystérieux ; C'est ainsi que l'on prête souvent aux hypnotiseurs des capacités magiques, qui pourtant sont à la portée de chacun, sous certaines conditions :

« Le thérapeute ordinaire doit savoir tout ce qui est possible concernant les sciences de la psychologie, le développement humain, le langage, la communication et la culture. » (Healing in hypnosis p.36). Mais de plus *« chaque patient est unique et même s'il existe des règles générales, chaque approche est unique. »* Alors, *« le thérapeute a beaucoup d'efforts, d'entraînement, d'attention, d'intelligence à fournir pour aider le patient à expérimenter certains phénomènes ; ils ne seront un peu mystérieux que pour le patient et l'observateur banal qui ignore toutes les circonstances précises à réunir et n'enregistre que ce qui se passe à l'extérieur »*. (Healing in hypnosis p.36).

L'hypnose est donc un état de conscience particulier, c'est un état interne, son apparition n'exige ni un rituel théâtrale de la part du praticien, ni un comportement extérieur de sommeil chez le sujet, qui, lorsqu'il existe, correspond en fait à une relaxation profonde.

Les phénomènes hypnotiques sont décrits selon un triple accord : un acte thérapeutique selon le point de vue du clinicien, une expérience subjective pour le patient et un ensemble de modifications objectivables pour celui qui est observateur (47).

Potentialiser les compétences

L'intérêt de l'hypnose réside dans l'existence de compétences internes, chez chaque individu, qu'il n'est pas possible d'utiliser consciemment ; en ce sens, le conscient constitue une limitation que la transe va pouvoir dépasser. Une observation d'Erickson va illustrer cette notion :

« Nous savons tous que nous pouvons aller voir un film de suspense et perdre un mal de tête sans recevoir aucune injection intra-veineuse, sans avaler un médicament, sans modifier d'une manière ou d'une autre les nerfs sensoriels. Et comment un film de suspense arrive t-il à contrecarrer un mal de tête ? –mais c'est ce qui se passe. Par quel genre de processus ? Par l'établissement d'un train de pensée, d'une série d'associations et par la stimulation d'autres formes d'activité. Et pourquoi utiliser l'hypnose si ce n'est pour atteindre le même genre de but » (21 p.22).

C'est ce qui se produit spontanément ; en utilisant l'hypnose, *« votre but est de communiquer des idées et des compréhensions ainsi que d'amener le patient à utiliser les compétences qui existent en lui à la fois au niveau psychologique et au niveau physiologiques ».* (21 p.29).

Des cadres de références inconscients

C'est sur ces compétences internes que le thérapeute compte pour que le patient dépasse des difficultés actuelles, l'hypnose est un moyen de les activer, de permettre à des mécanismes inconscients de s'exprimer à la place des efforts conscients.

« C'est en résumé ce qui fait que la suggestion hypnotique est efficace. Les patients sont gênés par des limitations acquises ; ils ont développé des catégories conscientes de pensée qui inhibent leurs efforts conscients de résolution des problèmes. En logeant les suggestions à un niveau inconscient, l'inconscient a une chance de résoudre le problème sans qu'il soit absolument gêné par les limitations de l'esprit conscient » (21 p.54).

Ces limitations s'effacent provisoirement lors de la transe, un réaménagement des cadres de références est alors possible. Des interactions nouvelles entre conscient et inconscient se mettent en place, il se produit un déplacement subjectif par rapport aux cadres de références ; à partir de ce nouvel observatoire, le patient peut appréhender la réalité sous un autre angle et laisser ses capacités créatrices imaginer des solutions pertinentes.

La solution intérieure

En fait le thérapeute n'est qu'un catalyseur qui active des potentialités déjà présentes dont il ne connaît souvent pas la nature.

Nous voyons ainsi que le thérapeute n'apporte pas les solutions au patient, comme le rappelle cette métaphore d'Erickson :

« Vous voyez le patient a à faire tout le travail. Vous pouvez seulement lui offrir un stimulus de départ. Aux courses, l'officiel tire un coup de pistolet, mais c'est le coureur qui gagne la course. Tirer un coup de pistolet annonce seulement le début de la course ; cela n'entre pas dans le processus de courir l'épreuve. Il en est de même avec l'hypnose. Ce que dit l'hypnothérapeute est comme de tirer le coup de pistolet. Le patient a alors à faire toute « la course » par lui-même, et il peut seulement la faire en accord avec ses propres compréhensions. » (21 p.52)

Il s'agit ici d'une notion essentielle, ce sont ses propres solutions, étayées par ses propres références internes que le patient doit mettre en place et ceci est possible à condition d'utiliser l'hypnose sous une forme indirecte et utilisationnelle. L'hypnose n'est pas un but en soi, elle n'est qu'un moyen d'aider un individu à se réorienter par rapport à la réalité.

L'hypnose est donc une méthode particulièrement intéressante pour activer les capacités inconscientes d'un individu, et comme le dit Rosen (52 p.37) : *« la relation thérapeutique est une relation dans laquelle il y a un certain rapport entre le thérapeute et le patient et qui permet à leurs inconscients d'être plus pleinement réceptifs l'un à l'autre ».*

L'hypnose du thérapeute

Et comment l'inconscient du thérapeute peut-il, au mieux, être activé ? Par un état hypnotique chez le thérapeute, bien sûr. Ceci, en fait se produit souvent et très naturellement, dès que le thérapeute se met à observer très attentivement chaque signe ou modification comportementale qui apparaît chez le patient, ce qui entraîne une « attention intense très focalisée ». Erickson l'appelle la transe partagée : « *Lorsqu'il y a une question cruciale avec un patient et dès que je ne veux pas manquer d'indices, j'entre en transe* » (Healing in hypnosis p.34). Cet état n'avait jamais été décrit, peut-être du fait même de la façon dont l'hypnose était traditionnellement pratiquée, le thérapeute utilisant des séquences ritualisées dans lesquelles l'inconscient et l'inventivité sont peu sollicités. Au contraire, dit Erickson, dans une séance d'hypnose « *j'entre en transe pour pouvoir être plus réceptif à l'intonation et aux inflexions de voix de mes patients. Et pour m'entraîner à mieux entendre, à mieux voir j'entre en transe et j'oublie la présence des autres. Et les gens me voient en transe.* » (52 p.60)

Ceci repose sur une conception utilisationnelle de l'hypnose, c'est-à-dire que le thérapeute va utiliser tout ce que dit ou montre le patient avant ou pendant la transe, car ces éléments font partie de sa réalité et il peut les comprendre.

Optimiser les états de dissociation

Dans sa longue évolution clinique, Erickson s'est toujours placé dans une démarche souple et adaptable visant à rendre cette méthode toujours plus pertinente et plus respectueuse du patient dans sa totalité. L'hypnose étant le paradigme de toute réorientation à la réalité, comment l'adapter aux patients réfractaires ? C'est dans sa pratique qu'il a peu à peu répondu à cette question.

Il a conservé l'essentiel, à savoir introduire des niveaux de dissociation dans l'expérience subjective du sujet, en se détachant du cadre habituel et de la progression dans la séance : induction, transe, réveil.

L'hypnose sans hypnose

Cette pratique désoriente parfois lorsqu'on lit les écrits d'Erickson car on cherche vainement où se situe l'hypnose, on aimerait retrouver les indicateurs spécifiques qui réifient habituellement la transe (catalepsie, relaxation,...), indicateurs qui sont en fait des épiphénomènes. Et pourtant l'hypnose définie comme dissociation des différentes réalités d'un individu est là. Mais elle est fugace, instantanée, elle se cache au détour d'une brève confusion, d'un paradoxe si anodin qu'involontaire, d'un déplacement de la résistance, d'une prescription surprenante. Un observateur attentif remarque alors la réduction des gestes, la fixité du regard, l'absence de clignement, l'hyperconcentration focalisée, autant d'éléments qui signent une dissociation hypnotique qui peut ne durer que quelques secondes.

Toutes ces techniques induisent instantanément une dissociation pendant laquelle des mécanismes de compréhension inconscients sont libérés. Instants mis à profit par la thérapeute pour placer une métaphore, pour suggérer une nouvelle idée qui lancera un processus inconscient de compréhension et peut-être de réaménagement dans la réalité.

Ces communications interpersonnelles qui reposent sur les mêmes techniques du thérapeute et sur le même état interne du sujet, mais où l'on ne retrouve plus de manière évidente les indicateurs de l'hypnose formelle sont appelées « hypnose sans hypnose ».

A partir d'un cas raconté par Erickson dans « l'hypnose thérapeutique » (p. 187-189), nous allons voir de quoi il s'agit ; nous ne ferons qu'effleurer les techniques, nous les étudierons au chapitre IV.

« Les ongles d'HENRY »

Un médecin, qui a étudié l'hypnose avec Erickson, lui adresse son fils de 26 ans parce qu'il se ronge les ongles.

« Je me ronge les ongles depuis l'âge de 4 ans. Et je sais pourquoi. Lorsque j'avais quatre ans, mes parents ont décidé de faire de moi un pianiste, et ils m'ont fait faire du piano quatre heures par jour. J'ai compris que si je me rongais les ongles jusqu'au sang, ma mère prendrait pitié de moi. Elle ne l'a pas fait. »

« Cela m'a vraiment mis hors de moi et j'ai rongé mes ongles encore plus, mais elle continua à me faire faire du piano. Je n'ai rien obtenu, mais j'ai continué à me ronger les ongles pour régler mes comptes avec elle. »

« Mon père accepta de financer mes études universitaires aussi longtemps que je ferai du piano quatre heures par jour ; il décida alors que je devais aller à l'école de médecine, et il a fallu que je me fasse coller quatre ans de suite parce que je ne voulais pas être médecin. Pour ne pas être admis dans l'école de médecine, la dernière année j'ai triché d'une telle façon que j'ai été mis sur une liste noire dans toutes les écoles de médecine du pays ! »

« Maintenant, mon père voudrait que vous m'hypnotisiez pour que je ne me ronge plus les ongles, mais cette habitude est pour moi complètement établie et je ne pense pas que je pourrai l'arrêter ; mais cependant je suis ici. »

*Erickson : « Oui, je vois que vous êtes ici. En ce qui concerne le fait de vous hypnotiser, **quelle quantité d'hypnose avez-vous vraiment besoin pour m'écouter ? Je ne pense pas que vous ayez besoin de beaucoup**, mais je ne pense pas non plus que vous aimiez vos petits bouts d'ongle. Et vous les rongez depuis que vous avez quatre ans, et maintenant vous avez vingt-six ans, et je suis assez désolé pour vous parce que depuis vingt-deux ans vous vous rongez les ongles ; et vous n'avez jamais obtenu **un morceau d'ongle de taille décente à arracher**. Vingt-deux ans de frustrations !*

L'homme me regarda, éclata de rire et dit : « je vois exactement ce que vous faites, mais ça alors, je vais faire exactement ce que vous dites ! »

Et c'est exactement ce qu'il fit : il laissa pousser un ongle, puis il ne fallut pas longtemps pour qu'il comprenne qu'il pouvait en laisser pousser deux... puis un troisième... Six mois plus tard, cette irréductible habitude avait disparu !

Qu'est ce que l'hypnose a à voir dans cette histoire ? Voici ce qu'en dit Henry :

*« Je n'ai jamais pensé que vous pouviez m'hypnotiser, mais quand je songe à mon expérience dans votre cabinet – vous n'avez jamais essayé de m'hypnotiser, vous n'avez jamais utilisé de techniques hypnotiques. J'ai vu mon père utiliser l'hypnose dans sa pratique médicale. Vous n'avez jamais fait un geste, vous n'avez jamais prononcé un mot suggérant l'hypnose, **mais, quand j'y pense, quelque chose s'est produit. Quand je suis entré la première fois dans votre cabinet, je pouvais voir la pièce toute entière. En quelques minutes, je ne voyais et je n'entendais que vous ; je ne voyais pas la bibliothèque ou les casiers ou le bureau ; je ne savais pas si quelqu'un entrait ou non ; je faisais simplement attention à ce que aviez à dire.** Vous n'avez jamais discuté de mes conflits avec mes parents et pourtant ces conflits ont tout à fait disparu. »*

Comment mieux décrire une transe hypnotique, alors même qu'aucune technique n'a été, **en apparence**, utilisée ?

En fait Erickson se rend immédiatement compte que ce jeune homme qui est en train de gâcher sa vie, a une grande demande d'aide mais qui n'acceptera rien qui ressemble à de l'obéissance pour son père, il n'acceptera sûrement pas l'hypnose telle que son père la pratique. Il va lui donner des idées pour qu'il change ses propres moyens et non ceux de son père. Pour cela Erickson va travailler avec l'hypnose, d'une manière extrêmement subtile et indirecte, tellement qu'en apparence, il n'y a pas d'hypnose. Il le surprend en lui disant qu'il n'a pas besoin de beaucoup d'hypnose, puis fixe son attention en lui montrant que depuis vingt-deux ans il se bat avec ses ongles pour un résultat dérisoire : de minuscules bouts d'ongles. Ce recadrage associé à la transe va permettre de nouvelles compréhensions au niveau inconscient.

Mais ce n'est peut-être qu'une simple suppression de symptôme, ou un déplacement ? Henry raconte la suite de son histoire, évoque son intolérance envers son père (qui veut maintenant l'envoyer dans une école de médecine à l'étranger !), son hostilité avec sa mère ; il dit alors :

*« **j'ai dix bons ongles maintenant, et je pense que je dois revoir ma façon de penser sur un bon nombre de choses.** Le droit m'intéresse, je pense que je vais aller en droit. Mon père peut crier, il peut s'emporter et se mettre en colère s'il veut, mais je vais aller en droit. »*

Il procéda exactement ainsi et il a réussi... (il est devenu avocat, en payant ses études...en jouant de l'orgue électrique).

Nous voyons ici comment en s'attaquant directement au symptôme, un réaménagement secondaire peut survenir ; ces ongles neufs étaient devenus, pour Henry, le symbole de sa nouvelle capacité à se prendre en charge.

Cette histoire racontée par Erickson est reprise par Rosen dans « Ma voix t'accompagnera » (52), mais elle présente de notables différences car l'accent est mis sur d'autres points ; ceci illustre ce que nous disions dans la biographie, Erickson adapte en permanence son discours en fonction de ses interlocuteurs et présente ses histoires de façon à mettre en évidence tel ou tel aspect de la réalité.

3. LA SOUPLESSE

Erickson a donné à cette notion de souplesse une importance incontournable dans la psychothérapie et soutient l'idée que c'est le psychothérapeute qui doit s'adapter à son patient et non l'inverse comme c'est le cas en général. Le patient souffre de difficultés à s'adapter à ses conditions de vie, difficultés objectives pour lui, qu'elles soient objectives ou non pour le thérapeute. Il est en échec et l'exprime par ses symptômes fixés qui sont l'expression de sa rigidification. Le mettre dans une situation nouvelle, à laquelle il doit se plier va dans le droit fil de ses difficultés et met en place les conditions suffisantes pour un nouvel échec. Il est habituel de parler de résistances, ce qui a pour avantage de mettre l'échec sur le compte du patient, consciemment ou inconsciemment. Et pourtant, la résistance est inhérente à toute démarche de changement. Alors, pourquoi certains patients peuvent-ils surmonter ces résistances et d'autres n'y arrivent-ils pas, et ont plutôt tendance à les renforcer ?

Erickson a toujours pensé que l'attitude du thérapeute est prévalente, et que c'est cette rigidité qui contient les germes de l'échec. C'est donc au spécialiste de la communication de s'adapter à celui qui souffre de troubles de la communication. Mais, comment s'adapter aux patients qui, diffèrent tous les uns des autres ?

La réponse est dans la souplesse, qui suppose d'être non-directif, et de suivre et d'utiliser au mieux ce que montre le patient, ce qu'il peut montrer ici et maintenant, afin de lui permettre de s'orienter différemment là et demain.

La souplesse n'est, cependant, pas synonyme d'inconsistance, de refus de s'affirmer devant le patient qui recherche souvent un point d'appui pour se réorienter. Le thérapeute reste un guide qui tient compte de l'état du terrain et des possibilités des voyageurs pour qu'ils atteignent leurs objectifs.

Nous allons étudier de plus près ces deux notions d'indirection et d'utilisation ; le cadre de description sera celui de l'hypnose puisque tel est notre propos, mais ce que nous en dirons s'applique aux autres situations thérapeutiques par simple transposition.

A. INDIRECTION

Il peut sembler paradoxal de parler d'indirection à propos de l'hypnose, en particulier aux détracteurs qui connaissent l'hypnose par les démonstrations de spectacle. Et pourtant ce qualificatif colle parfaitement à la pratique Ericksonnienne avec l'hypnose formelle ou non. Etre directif en thérapie signifie que le thérapeute « dirige » le patient vers la bonne solution et que, à la limite il lui impose sa propre version de la guérison. Ici, le thérapeute se laisse guider par son patient, par ce qu'il montre dès qu'il arrive, par les capacités qu'il peut mettre en œuvre, par les réponses qu'il donne que ce soit dans la séance d'hypnose ou dans la thérapie dans son ensemble. Le thérapeute est là pour garder le cap sur le but fixé, même s'il y a des détours.

Un cas clinique d'Erickson rapporté par J. Haley (27 p.359 et suiv.) nous semble illustrer parfaitement cette attitude qui permet d'aider des patients même lorsqu'ils sont réfractaires à toute approche. Nous essaierons ensuite de dégager les caractères essentiels d'une intervention indirecte.

Le vieux Joe et le plan de tomate.

Joe est un homme d'affaire en retraite, passionné par les fleurs et les plantes. Il vient d'être opéré d'une tumeur maligne à la face, et les médecins lui annoncent qu'il lui reste un mois à vivre, il en est bouleversé et des douleurs très intenses, permanentes sont apparues, peu sensibles aux médicaments. Erickson doutait de pouvoir l'aider, d'autant plus que Joe ne veut pas entendre parler d'hypnose ; cependant, *« j'avais le sentiment que si je m'intéressais sincèrement à lui et si je désirais l'aider, cela serait un réconfort pour lui »*. Joe ne communique qu'avec l'aide d'un bloc et d'un crayon en raison d'une trachéotomie.

Il va utiliser une technique appelée « interspersal technique », qui consiste à enchevêtrer des suggestions dans un discours anodin, c'est un « saupoudrage » de formulations banales qui ne deviennent des suggestions que par un changement d'intonation. (Elles sont en caractère gras dans les extraits ci-dessous).

Il l'aborde en disant que lui aussi aime les fleurs et qu'il a vécu dans une ferme ; mais il ne parlera pas de fleurs car Joe en connaît beaucoup plus à ce sujet...

« Ce n'est pas ce que vous voulez. A présent, pendant que je parle, et je peux le faire confortablement, je souhaite que vous m'écoutez confortablement, pendant que je vous parle d'un plan de tomate. C'est un drôle de sujet qui a de quoi éveiller la curiosité. Pourquoi parler d'un plant de tomate ? On met une graine de tomate en terre. On peut espérer qu'elle va germer et donner naissance à une plante qui sera source de satisfaction parce qu'elle donnera des fruits. La graine absorbe l'eau, et sans trop de difficultés à cause de la pluie qui apporte paix et réconfort. Cette petite semence, Joe, gonfle lentement et peut-être ne savez-vous pas ce que sont les radicelles : c'est ce qui aide la plant de tomate à se développer, à surgir de terre parce qu'il a poussé, et vous pouvez m'écouter Joe, c'est pourquoi je vais continuer à parler, et vous pouvez continuer à écouter, en vous demandant, simplement en vous demandant ce que vous pouvez réellement apprendre, et voilà votre crayon et votre bloc, mais pour en revenir au plant de tomate, il met tellement de temps à pousser ! Vous ne pouvez pas le voir grandir, vous ne pouvez pas non plus l'entendre –

Peut-être – et c'est un langage un peu puéril - peut-être que ce plant de tomate ressent vraiment une impression de confort et de paix pendant qu'il pousse. Chaque jour il pousse d'avantage, c'est tellement agréable, Joe, de regarder pousser une plante et de ne pas la voir pousser, de ne pas avoir l'impression qu'elle pousse, mais simplement de savoir que tout va de mieux en mieux pour ce petit plant de tomate où apparaissent une feuille, et puis encore une autre, et maintenant une petite branche ; et il pousse confortablement dans toutes les directions ».

(Il répète ce discours en modifiant la formulation et les suggestions).

Alors la femme de Joe est entrée sur la pointe des pieds en montrant un papier : « Quand allez-vous commencer l'hypnose ? ». Elle se rendit compte que Joe ne la voyait pas ; il était dans une transe profonde !

« Une telle plante éprouverait une impression agréable, une impression de confort pendant que les tomates minuscules commencent à se former, si petites et pourtant si pleines de promesses afin de vous donner le désir de manger une tomate succulente, gorgée de soleil, c'est si agréable d'avoir l'estomac rempli de

nourriture, c'est une merveilleuse sensation qu'éprouve un enfant, un enfant qui a soif lorsqu'il veut à boire –

Vous savez, Joe, un plant de tomate prospère chaque jour mais seulement un jour à la fois. J'aime imaginer que le plant de tomate est capable de connaître chaque jour un bien-être total. Vous savez bien, Joe, seulement un jour à la fois, pour ce plant de tomate. Il en est ainsi pour tous les plants de tomate.

Imaginez, Joe, imaginez que cette graine dort si calmement, si confortablement, une belle plante qui ne s'est pas encore développée et qui portera des feuilles et des branches si intéressantes. »

C'est ainsi qu'Erickson induit un état de transe profonde et envoie des suggestions visant à calmer la douleur, par la relaxation, à donner envie de boire et de manger, à procurer un bon sommeil, tout simplement en parlant (avec des termes vraiment peu scientifiques parfois) de la croissance d'un plant de tomate. Ce qui importe à Joe n'est pas d'avoir un cours de biologie élémentaire, mais ce qui se passe en lui en ce moment.

Nous comprenons mieux aussi ce que veut dire « adopter le langage du patient », ou encore « le thérapeute laisse son inconscient s'exprimer » pour trouver les mots justes.

L'évocation

Le patient possède en lui tout ce dont il a besoin, il a des ressources inconscientes suffisantes mais il ne peut pas, actuellement, les utiliser. L'hypnose va permettre de s'adresser à cet inconscient, directement, non pas pour lui apporter le matériel du thérapeute dont il n'aurait que faire, mais pour tenter de libérer ses propres possibilités en les évoquant. Le sujet ne répondra à ces évocations que si elles trouvent des points d'articulation dans l'inconscient. Dans le cas contraire, elles ne sont pas « entendues ».

L'exemple le plus classique d'évocation est l'utilisation de métaphores qui, comme nous le verrons, sont chargées, par le patient, de compréhensions. Ici, Erickson s'adresse à Joe en évoquant la vie et la croissance de ce plant de tomate auquel il peut s'identifier sans inquiétude.

La non visibilité

Les interventions du thérapeute n'auront, le plus souvent aucun intérêt évident, visible par le conscient du sujet. Mais ce qui n'est pas visible pour le conscient peut l'être pour l'inconscient qui fonctionne à un niveau différent avec un langage différent, et il peut chercher et « voir » dans les interventions un lien avec le but poursuivi.

Un bon exemple de non visibilité est la technique du saupoudrage.

La permissivité

Parce que les suggestions sont permissives, le patient ne se sent pas tenu de les suivre, il peut les accepter ou non, selon qu'elles correspondent ou non à ses attentes, mais en aucun cas le thérapeute n'utilisera d'autorité pour les faire accepter. Le patient qui refuse une telle suggestion ne se vit pas comme un mauvais patient, et n'a plus besoin de faire semblant d'accepter.

Prenons une proposition de relaxation ; au lieu de dire : « Relaxez vous » ou « Détendez vous » (suggestion directe, autoritaire), qui suppose que le patient sait comment se détendre mais aussi qu'il en a envie, Erickson formulera ainsi : « Si vous le voulez, vous pouvez faire attention à votre respiration qui est, peut-être, plus calme et plus ample ». Le patient peut refuser toute la suggestion de relaxation (je préfère continuer à parler), ou l'idée que la respiration est plus calme. Dans le premier cas il affirme son type d'orientation actuel à la réalité, et le thérapeute accepte ; dans le second cas la suggestion de ralentissement du rythme respiratoire est refusée, mais la suggestion cachée de recherche de sensation interne qui met en route la dépotentialisation du conscient est acceptée.

(On peut aussi dire que dans le premier cas la manipulation est refusée, dans le second, elle est acceptée ; le patient a fait un choix.)

La liberté

Les suggestions offrent au patient la possibilité de choisir parmi toute une classe de réponses, les suggestions sont dites « ouvertes ». Là encore le patient peut refuser toute la suggestion, comme précédemment, et il peut accepter ; dans ce cas, il n'est pas tenu à une seule réponse mais choisi ce qui est pertinent pour lui.

Reprenons l'hypothèse de la relaxation : la méthode de Schultz utilise cette suggestion : « Votre bras est lourd », c'est la lourdeur que doit ressentir le patient ; par la suite, il devra ressentir la douleur... Ceci prend en général plusieurs semaines, avec un entraînement intensif pluri-quotidien. Les patients qui utilisent cette méthode (qui présente d'autres intérêts) sont souvent fort ennuyés : au lieu de la lourdeur, ils ressentent de la légèreté, ou des picotements, ou de la chaleur, autant de sensations qui ne satisfont pas à l'obligation énoncée.

Partant du principe que ce qui est pertinent est ce que le patient peut développer, la suggestion prendra une forme de ce genre : « Peut-être, en parcourant les différentes parties de votre corps, vous allez trouver une sensation que vous n'aviez pas remarquée jusqu'alors...ou que vous aviez remarquée sans y faire attention (induit une confusion et un début de dissociation)... lorsque vous l'aurez trouvée, vous pouvez me le dire ». Cette formulation exprime que n'importe quelle sensation est bonne, quelque soit sa localisation ; le thérapeute va ensuite utiliser cette sensation de départ et la faire s'étendre au reste du corps, ou la lier à d'autres sensations qui vont ensuite se développer.

Nous voyons que ce qui est important, c'est ce que dit, pense, ressent le patient ; le thérapeute accepte et suit. Mais il faut créer les conditions dans lesquelles le patient va pouvoir, librement, exprimer ce qui est pertinent pour lui.

Médiation inconsciente

L'inconscient est le « magasin des ressources » de l'individu et, c'est parce qu'il est dans l'impossibilité de s'exprimer que l'individu est en difficulté. C'est donc lui qui est capable de mettre en place de nouvelles solutions, encore faut-il qu'il en ait l'opportunité. Toute la thérapie est centrée sur cet objectif. L'hypnose permet l'accès à l'inconscient, mais il faut encore utiliser un langage qui lui soit adressé, sans passer par le conscient. Les suggestions classiques s'adressent au conscient, les suggestions Ericksonniennes s'adressent à l'inconscient. Ce caractère est essentiel pour permettre les conditions d'apparition d'une solution pertinente, clef d'un changement adapté à l'individu.

Les précédents caractères que nous avons développés satisfont cette condition : le langage d'évocation, la non-visibilité par le conscient, la permission donnée à l'inconscient d'accepter ou non, et la liberté de développer les sensations et compréhensions pertinentes.

B. UTILISATION

Etre souple, c'est aussi être capable d'utiliser au maximum les éléments qui entrent en jeu dans la thérapie, en particulier ceux qui sont amenés par le patient, plutôt que d'en imposer de nouveaux. Cette attitude se retrouve constamment chez Erickson et nous aurons de nombreuses occasions d'y revenir.

C'est ainsi que le thérapeute utilise un langage adapté, son langage habituel, et établit plus facilement le contact.

Voici un extrait de la thérapie de Harold, rapportée par Jay Haley (27) ; c'est la première entre Erickson et ce patient avec qui il travaillera, de manière épisodique, pendant plusieurs années.

« M'sieur, je n'suis qu'un crétin, un stupide crétin. J'suis capable de travailler. Tout c'que j'demande, c'est d'être heureux au lieu d'avoir la trouille, d'pleurer et d'avoir envie d'me tuer. Vous êtes le genre de docteur qu'y avait à l'armée pour rafistoler les types qui perdaient la boule, soignez moi, M'sieur, aidez moi, s'il vous plait. J'travaillerai dur pour vous payer, M'sieur, j'ai besoin d'aide. »

Il fit demi-tour et se dirigea vers la porte, les épaules voûtées et en traînant les pieds. Au moment où il s'apprêtait à sortir, je lui dis :

« Eh, écoutez moi. Vous n'êtes qu'un pauvre crétin. Vous en connaissez un bout coté travail et vous avez besoin d'aide. Vous n'y connaissez rien pour soigner les gens, mais ça, c'est mon rayon. Asseyez vous sur cette chaise et laissez moi faire mon boulot. »

Langage surprenant pour un psychiatre ! Voici ce qu'en dit Erickson : *« Je formulai intentionnellement ma réponse dans un style qui s'accordait avec le sien, et qui de plus était susceptible d'attirer et de fixer son attention. »*

Lors d'une transe, ce que montre le patient et ce qu'il dit sera aussi repris et utilisé par la thérapeute pour renforcer l'état d'hypnose mais aussi pour construire les suggestions thérapeutiques ; il est plus simple de se servir de ce qui se passe ici et maintenant que

d'attendre parfois très longtemps que le patient puisse enfin répondre aux attentes du thérapeute.

Le thérapeute va aussi mettre à profit ce que sait déjà faire le patient ; l'expression la plus surprenante en est l'utilisation des comportements inconscients du patient, sous forme de prescription de symptôme, à l'occasion d'une séance d'hypnose ou non. Ce type d'intervention surprend en général le patient mais elle est facilement acceptable car simple, c'est quelque chose qu'il connaît bien. Il est même souvent soulagé d'avoir une collaboration si simple à apporter, et ne se rend pas très bien compte qu'il va alors faire volontairement ce qu'il faisait jusqu'alors involontairement.

Nous concluons par cette citation d'Erickson :

« Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à le connaître, vous aidez les patients en l'utilisant ; mais vous ne travaillez pas avec les patients pour atteindre vos propres buts. » (21 p.196).

4. LA STRATEGIE

C'est Jay Haley qui, après avoir étudié pendant dix-sept ans les techniques d'Erickson, a proposé ce terme de stratégie ; il est employé pour les thérapies dans lesquelles « le praticien provoque ce qui se passe au cours de la thérapie et prévoit une approche particulière pour chaque problème ». (27 p.21). Aux Etats-Unis, cette approche stratégique est également étudiée par Chloé Madanes (45, 46), alors qu'en France vient d'être publié par Jacques-Antoine Malarewicz le premier ouvrage consacré à ce courant conceptuel : « La stratégie en thérapie ou l'hypnose sans hypnose de Milton H. Erickson » (49).

QUELQUES DEFINITIONS

D'une manière générale, on peut considérer qu'un thérapeute à une orientation stratégique lorsqu'il se donne les moyens, tout au long de la thérapie, de choisir ses outils d'intervention les plus appropriés, parmi ceux dont il dispose, pour accomplir ce qu'il considère être la ou les finalités de la thérapie.

La stratégie pourrait être définie par la liberté que se donne le thérapeute d'utiliser les différents moyens qui sont à sa disposition, ses propres ressources et celles de son patient dans le but de mettre en place le contexte nécessaire pour qu'un changement puisse survenir chez le patient, ce contexte thérapeutique semble parfois très contraignant mais il est nécessaire car il crée un espace de liberté dans lequel le changement pourra être initié.

La stratégie est rendue possible par l'utilisation de différentes techniques, de différents outils communicationnels que le thérapeute pourra employer soit spécifiquement, soit en associations, en fonction de l'évolution de la thérapie, donc en fonction des réponses du patient ; ceci repose sur la souplesse du thérapeute.

L'emploi de l'une ou l'autre de ces techniques n'est pertinent qu'à un moment donné, chez un patient donné.

Un thérapeute actif et inventif

Malarewicz (49) considère que deux attitudes sont essentielles chez le thérapeute qui choisit cette approche :

- l'activité. « La thérapie stratégique correspond à un mouvement, à un processus limité dans le temps et dont les finalités peuvent ou non répondre directement aux exigences du patient ».
- L'inventivité. Il doit mettre en œuvre son imagination pour composer avec un ensemble de techniques qui, comme des lettres forment des mots des phrases spécifiques pour chaque situation, chaque patient.

C'est alors que le thérapeute devient son principal outil d'intervention, il subvertit la réalité immédiate du patient pour la recadrer, mais il ne peut le faire qu'en ayant « *un but réel dans un futur proche* ». (53 p.49).

Le processus thérapeutique

On peut considérer qu'une thérapie stratégique se déroule selon un processus avec trois phases essentielles.

La séance qui est le moment de rencontre du patient et du thérapeute, rencontres dont vont dépendre les options choisies qui permettront de passer les autres étapes. Un changement peut apparaître dans ce lieu mais ce n'est pas le but ; le changement doit en effet s'intégrer dans une réalité quotidienne qui n'est pas celle de la séance et dont les points de référence ne sont pas ceux du thérapeute.

L'intervalle entre deux séances fait partie intégrante de la thérapie ; c'est là que le patient va transposer le contenu de la séance médiatisée par les prescriptions et les activités proposées par le thérapeute. Ces activités vont créer un lien entre les séances, sans pour autant créer systématiquement de lien évident avec le but de la thérapie.

La fin de la thérapie est la justification des séances et des intervalles ; les prescriptions pouvant alors prendre un sens. Elle est en général décidée par le thérapeute qui estime que le

système thérapeutique n'a plus de raison d'être. Ce moment est toujours préparé, dès la première rencontre, en recherchant avec le patient une définition possible de la fin et en lui demandant le temps qu'il accorde au thérapeute. (cf chap. 4). En étudiant suffisamment cette fin avec le patient, il est important de lui aménager des portes de sortie honorables au cas où il ne souhaiterait pas aller au terme prévu, afin qu'il ne porte pas seul cette interruption.

L'attitude stratégique, par son caractère imprévisible, s'oppose à l'adaptation du patient au style du thérapeute, adaptation qui, le plus souvent, est une forme de résistance au changement.

La partie n'est pas le tout

Dans une optique stratégique, le thérapeute ne s'adresse pas à un patient qui « est » phobique mais à un individu qui montre par sa peur des ascenseurs qu'il est en difficulté dans un contexte relationnel. Cette peur ne représente qu'une des facettes de l'individu, il en a beaucoup d'autres parfaitement satisfaisantes. Le thérapeute stratégique oppose donc à un individu dans sa totalité, un secteur en souffrance. Cette présentation est une nouvelle orientation à la réalité qui rappelle que le tout est plus que la somme des parties.

Circonscrire le symptôme

Le thérapeute va donc s'attacher à réifier le symptôme, à en faire un objet, c'est-à-dire qu'il va essayer de rendre objectif ce qui était subjectif et indéfinissable. Le premier travail du thérapeute consiste donc à « *formuler et représenter le problème en termes aussi concrets que possible afin d'en faire un objet bien circonscrit, bien réel, bien palpable* ». (50 p.147). L'intérêt est de pouvoir déplacer cet « objet », de le dissocier de l'individu ; ceci induit une dissociation dans les différents niveaux de fonctionnement de l'individu, dissociation dont le rôle essentiel est mis en évidence par la pratique de l'hypnose.

Nous retrouvons donc l'hypnose... Comme le dit Jay Haley : « *une des manières de considérer la thérapie stratégique consiste à la regarder comme un prolongement logique de la technique hypnotique* » (27 p.23), ou encore « *Avec plus de facilité que la plupart des thérapeutes, un praticien entraîné à la pratique de l'hypnose est capable d'accepter l'idée*

que les sensations et les perceptions subjectives changent lorsque les relations évoluent ».
(257 p.24).

Sur le plan pratique, la stratégie inclut différentes techniques ou concepts développés par Erickson. Nous allons en présenter quelques-uns ici, d'autres (les métaphores, l'apprentissage, le langage non-verbal) seront étudiés dans le prochain chapitre.

POSITION DU THERAPEUTE

Une relation thérapeutique habituelle est du type complémentaire avec le patient en position basse et le thérapeute en position haute ; le patient a une demande, le thérapeute tente de la satisfaire, ils forment un couple dont les membres se complètent, chacun détenant en principe des éléments que l'autre n'a pas. A un autre niveau, celui de l'argent, on peut considérer que les positions s'inversent : le thérapeute demande, le patient donne. La relation est toujours complémentaire.

Ce type de relation tend à accroître la différence : c'est ainsi que le thérapeute qui cherche à montrer à un patient qu'il ne va pas si mal se voit opposer une liste toujours plus longue de symptômes cherchant à prouver qu'il va vraiment très mal.

Ce mode relationnel implicite peut être utilisé par le thérapeute dans une optique stratégique en introduisant une situation paradoxale : il va lutter pour prendre la situation basse c'est-à-dire qu'il instaure une relation symétrique dans laquelle les deux membres tentent de minimiser la différence (ici l'écart de position). Pour prolonger notre exemple, le thérapeute va tenter de faire dire au patient qu'il va plus mal qu'il ne le dit.

Ceci induit une situation paradoxale intenable pour le patient qui ne peut pas accepter cette relation symétrique, il ne lui reste qu'à redéfinir lui-même ses difficultés dans le sens de la minimalisation offrant ainsi au thérapeute un cadre d'intervention plus spécifique et plus réaliste. Dans la pratique, nous voyons les patients circonscrire le but de la thérapie et proposer une participation au travail.

Cette attitude est particulièrement pertinente avec certains patients, ceux qui définissent leurs difficultés comme absolues, ou inversement qui formulent des demandes utopiques.

Dans la plupart des séances de thérapie, on observe ainsi de nombreux changements dans les positions respectives du patient et du thérapeute, l'un et l'autre oscillant de la position haute à la position basse, la relation étant symétrique ou complémentaire. Ce jeu dont le thérapeute essaie de garder le contrôle est caractéristique dans une thérapie stratégique qui considère comme négatif l'immobilisme et l'espoir que quelque chose bouge. Ici le thérapeute fait immédiatement apparaître un certain changement dans l'image du monde du patient.

Questions sans réponse

Nous avons eu à nous occuper d'un jeune patient psychotique hospitalisé en raison d'un comportement devenu intolérable pour son entourage dans l'établissement spécialisé d'où il venait : il abordait les uns et les autres et posait des questions banales, répétant la même question à l'interlocuteur du moment, comme s'il n'entendait pas la réponse ; par exemple, il pouvait demander l'heure une dizaine de fois à l'un puis à un autre. Chacun redoutait de le rencontrer, ce qui aggravait sensiblement son anxiété. L'hospitalisation était assortie d'une demande de traitement neuroleptique qui semblait la seule solution susceptible d'améliorer la situation.

Dans le service, le même comportement s'est reproduit, des neuroleptiques ont été prescrits mais les effets secondaires étaient très importants... et les questions toujours aussi nombreuses ; rapidement la situation dans le pavillon est devenue intenable, tant pour le personnel qui ne savait plus quelle attitude adopter que pour certains patients qui sont devenus violents à son égard.

Ainsi nous avons décidé d'adopter son langage : lorsque nous le rencontrions, nous lui posions des questions, encore des questions, toujours les mêmes jusqu'à ce qu'il déclare : « Docteur, pourquoi vous me posez toujours la même question, je vous ai déjà répondu ». Il était plus désorienté, confus, qu'angoissé.

A notre niveau, la situation s'était inversée : nous pouvions le rencontrer sans aucune crainte et recherchions même sa présence ; c'est lui qui redoutait les entretiens et il se gardait bien de lancer le jeu sans fin.

Par contre, avec les autres personnes du service, il n'y avait aucun changement. Lors d'une réunion, nous avons exposé cette technique à l'ensemble du personnel, qui a, dans un premier temps considéré cette manœuvre comme inacceptable, puis compte tenu de la détresse générale, quelques uns ont dit : « Pourquoi pas ? ».

Et les uns et les autres attendaient notre jeune patient avec curiosité pour voir ce qui allait se passer... Et beaucoup ont été déçus : ils n'ont jamais eu l'occasion de mettre en œuvre cette méthode car, de ce jour ce comportement a définitivement disparu.

Que s'est-il passé ? Probablement, ce jeune patient a été rassuré de trouver en face de lui des gens qui ne le fuyaient plus, au contraire, ils le rencontraient avec plaisir, sans angoisse. Et ce patient ne manifestait plus cette terrible angoisse et n'avait plus besoin pour rencontrer les autres de les questionner sans fin...

LE PARADOXE

Le paradoxe : en logique, c'est une proposition susceptible d'entraîner une contradiction.

Cette proposition associe deux (ou plus) idées ou concepts qui sont énoncés en même temps, qui sont tous les deux vrais mais qui ne peuvent pas être vrais en même temps. Face à un paradoxe, nous avons un moment d'hésitation pendant lequel nous essayons de choisir l'une ou l'autre de ces vérités. Très rapidement, nous nous apercevons qu'en acceptant l'une nous sommes obligés de nier l'autre qui est aussi vraie que la première : dilemme !

Les exemples sont nombreux ; certains sont classiques : « Epiménide le Crétois a dit : tous les crétois sont des menteurs ». Si nous acceptons l'idée que tous les crétois sont des menteurs, Epiménide a donc menti en disant cela. Donc tous les crétois disent la vérité, y compris Epiménide. Au fait, Epiménide est-il un menteur ou dit-il la vérité ? Nous voyons dans cet

énoncé que s'il dit la vérité, il ment, et réciproquement. C'est Bertrand Russell qui a permis de dénouer ces situations grâce à la théorie des types logiques qui montre que dans ce cas le paradoxe naît de l'association de deux niveaux logiques différents. Ces problèmes de communication ont été beaucoup étudiés par l'école de Palo Alto dont l'ouvrage « Changements, paradoxes et psychothérapie » (57) préfacé par Milton H. Erickson constitue une référence incontournable pour ceux qui s'intéressent à la communication thérapeutique.

Ils ont mis en évidence un autre paradoxe tellement fréquent que nous finissons par ne plus nous en apercevoir et qui, pourtant est source de nombreux conflits. Il s'agit de la proposition : « sois spontané ».

Une femme dit à son mari : j'aimerais que tu m'offres des fleurs. Voici un homme dans l'impossibilité « d'offrir » des fleurs. En effet, ce genre d'attention n'a de valeur que dans la spontanéité, comme gage d'amour. Si cet homme, le lendemain offre des fleurs, sa femme pourra lui dire qu'il les a achetées parce qu'elle a demandé et non pas parce qu'il l'aime. Inversement, s'il n'en offre pas, ceci renforcera le doute de sa femme quant à l'amour qu'il lui porte. La demande de cette femme concernant une attitude qui ne peut être que spontanée a rendu impossible la survenue de cette attitude. Le mari peut s'en sortir en offrant un bijou, par exemple, mais la dame devra faire le deuil des fleurs.

Ceci est un exemple banal et le plus souvent, sans conséquences. Mais que se passerait-il s'il se répète et s'il prend des formes plus subtiles ? Les relations entre ces deux personnes deviendraient rapidement difficiles, car les seules réponses possibles sont l'éloignement ou la colère.

C'est le rôle des thérapeutes familiaux systématiciens que de reconnaître et de dénouer ces chaînes de communication pathologique.

Nous n'insisterons pas ici sur le rôle des injonctions paradoxales dans les interactions familiales, considérées par les théoriciens de la communication étiologique de la schizophrénie, en particulier lorsqu'elles deviennent le mode de communication « normal » pour un enfant. C'est la théorie du double-lien (double-bind) exposée par Gregory Bateson. (8).

Quel est l'intérêt des paradoxes dans une psychothérapie stratégique, avec ou sans hypnose ?

La connaissance des paradoxes permet de les repérer, soit chez les patients, soit dans la relation qui s'établit avec eux. Un paradoxe du type « soit spontané » peut survenir hors d'une relation interindividuelle, à l'intérieur d'un individu (peut être y a-t-il alors un processus interactionnel entre deux niveaux, conscients et inconscients). Un insomniaque se dira : « je dois dormir », alors que le sommeil ne peut survenir que spontanément. Un déprimé se dira : « je dois aimer ma famille », comme si l'amour pouvait survenir sur une injonction. Un homme souffrant d'impuissance se dira : « je dois avoir une érection », (sous-entendu : sinon ma femme pensera que je ne l'aime plus) ; il ne se rend pas compte qu'il s'enferme dans un paradoxe car il tente de commander une réaction physiologique et, par définition involontaire. Dans toutes ces situations, l'injonction ne fait que renforcer le dysfonctionnement. Nous verrons plus loin comment un thérapeute stratégique va tenter d'aider le patient à sortir de ces paradoxes.

Dans la relation entre un thérapeute et son patient, il existe également des paradoxes. C'est le cas lorsque la demande est formulée par quelqu'un de l'entourage du patient, que ce soit la famille, le milieu professionnel ou le juge ; il s'agit par exemple d'alcoolisme ou de toxicomanie. C'est le cas aussi lorsqu'un patient signifie en même temps qu'il veut changer (demande consciente) et qu'il oppose une résistance farouche à tout changement (demande inconsciente : je ne veux pas changer). Le thérapeute doit alors, en premier lieu travailler avec ce paradoxe pour le résoudre, car aucun processus de changement ne pourra se mettre en place sur ce terrain miné.

Nous sommes maintenant de plain-pied avec l'objet de ce chapitre, l'intérêt du paradoxe dans une optique d'intervention stratégique.

La prescription du symptôme

La prescription de comportement est une technique qui là encore prolonge directement l'hypnose et les suggestions post-hypnotiques. Le but est le même : transposer le changement de la thérapie à la réalité.

Le plus paradoxal pour un thérapeute à qui l'on demande de lutter contre un symptôme est de prescrire ce symptôme ; Erickson pense qu'il faut, au maximum, utiliser ce que sait faire la patient et il est très intéressant de lui demander de continuer ce symptôme, d'autant que cette tâche semble anodine. Nous avons déjà vu que face à un paradoxe, nous sommes contraints de réfléchir, de nous positionner, nous ne pouvons plus éviter la difficulté, ce qui représente déjà quelque chose de nouveau pour un patient.

Mais surtout, cette prescription place le patient face à deux paradoxes : il fait volontairement ce qu'il avait toujours fait involontairement, premier paradoxe ; la résistance au changement le conduit à lutter inconsciemment contre cette prescription de symptôme, alors qu'il avait toujours tenté de s'y opposer consciemment, deuxième paradoxe. En fait le thérapeute demande au patient de faire bien, volontairement, ce qu'il faisait mal, involontairement.

Dans ces multiples paradoxes, il devient très difficile pour le patient de tenir son attitude répétitive et figée habituelle ; il est ainsi conduit à un réaménagement de sa réalité interne pour essayer d'y échapper. Le thérapeute ne cherche en fait rien d'autre que de susciter un changement quelconque, première brèche dans le système de « défense » du patient. Ce n'est qu'une brèche, bien sûr, mais elle prouve que le changement est possible à un individu qui avait tant fait pour cela qu'il n'y croyait plus. Comme le dit Erickson : « *dès qu'on a fait le plus petit des changements d'autres suivent, qui, par effet de boule de neige, conduisent à des modifications plus importantes selon les possibilités du patient* » (57 avt propos). Ou, pour paraphraser l'axiome existentiel de Howard (36) : si quelqu'un parvient à connaître une nouvelle règle d'un jeu, il ne peut plus faire comme s'il ne la connaissait pas.

Régime de bombance (52 p.118)

« Une femme avait de l'embonpoint, ce qui la chagrina beaucoup. Je lui fis remarquer : « vous avez un excédent de poids, et vous avez fait des régimes et des régimes sans résultat. Et vous me racontez que vous pouvez suivre un régime pendant une semaine, ou deux semaines, et même parfois trois semaines, et puis vous craquez et vous vous gavez. Alors vous êtes désespérée et vous vous gavez de plus en plus. »

Eh bien, je vais vous prescrire quelque chose. Continuez le régime prescrit autrefois par votre médecin. Maintenez-le deux ou même trois semaines, si vous pouvez. Et puis, le dimanche qui termine cette troisième semaine, gavez-vous à mort parce que c'est une prescription médicale. Vous pouvez vous empiffrer de quoi regagner tout ce que vous avez perdu en trois semaines. Et sans vous sentir coupable, puisque c'est une prescription médicale de vous gaver le dimanche. Et le lundi qui suit, reprenez votre régime. Tenez-le pendant trois semaines si possible, et puis offrez-vous une journée de ripailles, en toute innocence. »

Dans sa dernière lettre, elle me disait qu'elle avait trouvé un meilleur régime, bloquer sa faim pendant trois semaines. Elle avait envie d'avoir faim tous les jours, et d'apprécier la nourriture, en quantité adéquate, tous les jours. Les jours de ripaille lui avaient donné la force de jeûner pendant ces trois semaines. »

Erickson utilise donc ici une prescription de symptôme, en modifiant légèrement la conduite habituelle : le gavage se fera pendant un seul jour. Ce changement minime va induire un changement beaucoup plus important dont la patiente définit elle-même les termes.

Une prescription répond à des règles

Le thérapeute ne peut s'engager que dans ce qu'il croit être pertinent, l'adhésion du patient à la prescription répondra à la conviction du thérapeute. Le patient doit ressentir une confiance totale chez le thérapeute, ceci ne peut être simulé car certains indices non-verbaux incontrôlables le trahiraient.

Une prescription n'a de sens que si le patient n'a préalablement accepté une coopération active même si le bien-fondé ne parait pas immédiatement évident, le thérapeute demandant le droit de proposer ce qu'il juge utile. Il demande au patient « un chèque en blanc » : « Est-ce que vous êtes d'accord pour faire ce que je vais vous demander ? » Le patient doit accepter sans savoir qu'elle sera cette demande, mais il peut savoir quand même que c'est quelque chose qu'il est capable de faire. Cette formulation permet, indirectement d'évaluer la motivation au changement. En cas de refus la curiosité légitime du patient n'est pas satisfaite ; il faudra alors se tourner dans une autre direction plus conforme avec les définitions du patient.

La tâche devra être abordable et simple dans sa réalisation, elle devra être acceptable par le système de pensée du patient. Nous retrouvons là une des règles acquises par la pratique de l'hypnose, à savoir qu'un individu n'accepte que des suggestions qui peuvent s'inscrire dans ses convictions, et que le non-respect de cette règle est le meilleur guide vers l'échec.

La prescription doit associer le corps du patient, car c'est sa réalité la plus immédiate, elle contiendra une consigne de faire un déplacement, d'écrire, ... pour lui donner un rôle actif dans l'intervalle jusqu'à la séance suivante. Une activité seulement psychique ne ferait que renforcer l'attitude antérieure des patients qui ont déjà beaucoup pensé à leur problème, sans succès, puisqu'ils sont là. Cette fois, ils vont devoir dépasser les simples pensées et faire des actes.

L'intérêt de la prescription n'est pas tant dans sa réalisation que dans la confrontation avec les éléments que cette tâche réactualise, ce n'est donc pas le résultat qui compte mais l'effet de catalyseur qui en résulte. Il n'est donc pas indispensable de vérifier le suivi de la prescription ni d'évaluer les effets immédiats ce qui en augmenterait, subjectivement et à tort, l'importance. Il est au contraire intéressant d'attendre la réponse du patient afin de l'orienter, à priori, vers une nouvelle recherche.

LA RESISTANCE

Il peut sembler paradoxal de traiter de la résistance dans cette partie réservée à la stratégie, et pourtant cette résistance va elle aussi être mise à profit par le thérapeute, comme tout élément de communication. La résistance est inhérente à tout processus de changement, il se produit toujours un moment où il semble difficile et dangereux d'abandonner un symptôme ou un comportement qui peu à peu est devenu partie intégrante de l'individu mis aussi de son contexte relationnel. Que va-t-il se passer si ce symptôme disparaît ?

La résistance est, dans l'optique stratégique, un complexe composé de réactions conscientes, inconscientes et contextuelles. C'est pourquoi l'hypnose est souvent insuffisante, seule, pour obtenir un changement significatif et durable.

Avant de travailler avec un patient résistant, il est essentiel de déterminer quel est le niveau de cette résistance.

« Parfois des patients veulent entrer en lutte avec vous ; parfois vous leur faites tout simplement peur. C'est à vous de faire le diagnostic entre les deux. Serait-ce une lutte ? S'il s'agit d'une lutte, vous feriez bien d'arrêter tout de suite, car vous allez perdre cette lutte. Votre tâche est de transformer la situation en une situation qui ne soit pas une lutte. Et si le patient a peur, c'est à vous d'en parler. » (21 p.106).

Utiliser la résistance

« On doit toujours utiliser la résistance, quelle que soit celle que le patient amène dans le bureau » (21 p.106). Nous avons déjà évoqué cette nécessité générale d'utiliser tout ce que montre le patient considéré dans sa totalité.

Transformer la résistance en un comportement hypnotique

« Je peux demander à un patient : « comment préférez-vous montrer au mieux votre résistance ? Préfereriez-vous à cet instant précis décider que rien, absolument rien au monde, ne peut soulever votre main droite de votre cuisse ? Pourquoi ne pas faire de cette façon, et vous pouvez vraiment résister à tout effort cherchant à soulever votre main droite de votre cuisse. » « Je demande au patient d'offrir une résistance à un mouvement de la main. Il m'importe vraiment peu qu'il déplace ou non sa main, et pourtant il se consacre lui-même à faire exactement ce que je lui dis de faire ; et il résiste, et plus il résiste et plus il répond ! » (21 p.170)

Nous avons choisi ce premier exemple dans une situation d'hypnose car la résistance à l'induction y est fréquente ; c'est à cette école qu'Erickson a beaucoup appris, et qu'en s'y confrontant il a développé des techniques très indirectes.

Résistance active ou passive ?

Lorsque nous parlons de résistance, nous avons l'habitude de penser à ces patients qui s'opposent à nous et qui donnent l'impression de passer leur temps à trouver des parades à toute tentative de changement ; il s'agit de résistance active. L'hypnose nous apprend rapidement que la forme la plus fréquente est en fait exactement l'inverse, au moins sur le plan du comportement, les patients adoptant une attitude d'hypercoopération dans la thérapie, se mettant dans une position basse en permanence, flatteuse pour le praticien... s'il oublie de s'apercevoir qu'en fait rien ne change chez ce patient. Nous avons déjà vu comment le thérapeute peut contourner cette difficulté en s'appropriant la position basse.

Construire la résistance.

Il s'agit ici d'anticiper la résistance qui ne peut manquer d'apparaître. Lors d'une prescription, le thérapeute peut ajouter un élément accessoire qui va être présenté comme essentiel. Par exemple une prescription consistait pour une jeune femme à écrire sur un cahier, en collaboration avec son mari, les critères définissant la notion de « bons parents ». Ils venaient d'évoquer dans la séance qu'ils pensaient être de mauvais parents. Cette prescription a été complétée par l'exigence suivante : ils doivent écrire sur un cahier bleu ; ils peuvent écrire ce qu'ils veulent, du moment qu'ils le font sur un cahier bleu. Rapidement ils s'interrogent, non pas sur l'opportunité de la prescription, mais sur les raisons de cette couleur !

Déplacer la résistance

Certains patients veulent changer et dans le même temps ont besoin de résister, ces deux orientations font partie de leur réalité. Il est tout à fait possible de satisfaire à cette double exigence en déplaçant cette résistance sur un terrain accessoire ; Erickson laissait ainsi des patients résister à la transe puis leur demandait de changer de chaise pour laisser une partie de la résistance sur la première. Il peut aussi proposer un choix illusoire : il définit une catégorie de comportement qui serait favorable à un patient, par exemple prendre de l'exercice ; il propose alors deux types d'exercices (faire de la danse ou de la marche à pied) en insistant plus sur celui que le patient acceptera le moins facilement ; il est alors fort probable que le patient résistant refusera la danse mais acceptera la marche à pied.

Pour conclure ces quelques notions concernant la résistance, voici comment Erickson l'a utilisée pour la première fois (16 p.412-429)

(Le terme de double-lien employé ici est différent du Double-Bind de Bateson ; il se rapproche plus du choix illusoire de L. Kubie).

« Mon premier usage intentionnel du double-lien dont j'ai le souvenir clair, s'est produit tôt au cours de mon enfance. Un jour d'hiver, avec un temps où il gelait à pierre fendre, mon père a conduit un veau hors de l'étable vers l'abreuvoir.

Après que le veau se soit désaltéré, ils sont repartis vers l'étable mais le veau obstinément refusa d'avancer et en dépit de ses efforts désespérés, mon père qui tirait la corde ne pouvait pas faire bouger l'animal. J'étais dehors, jouant dans la neige et, observant l'impasse, j'ai commencé à rire de tout mon cœur. Mon père m'a mis au défi de tirer le veau à l'intérieur de l'étable.

*Reconnaissant la situation comme étant le fruit d'une résistance et irraisonnée de la part du veau, **j'ai décidé de lui laisser l'entière possibilité de résister**, puisque apparemment c'était cela qu'il voulait faire. En conséquence, j'ai présenté au veau un double-lien en le saisissant par la queue et en le tirant loin vers l'étable, pendant que mon père continuait de tirer vers l'intérieur. Le veau a rapidement choisi de résister à la plus faible des deux forces et m'a traîné vers l'étable. »*

Refus thérapeutique de l'amélioration

Comme dans toute dynamique de changement, il faut se méfier des évolutions trop rapides, de la disparition des symptômes qui, pour le patient est synonyme de guérison. Ce changement est en fait souvent superficiel et transitoire et ne correspond pas au but recherché. Relâcher la vigilance à ce stade expose au risque de récurrence sur le même mode ou au déplacement du symptôme car le contexte relationnel qui a présidé à l'apparition ou à la persistance de ces difficultés tend, selon le principe de l'homéostasie, à minimiser ou à s'opposer au changement.

Cette constatation clinique conduit Erickson à refuser cette amélioration rapide soit en prescrivant la rechute, soit en demandant au patient d'aller moins vite. Ceci respecte l'homéostasie et apprend au patient l'apprentissage du contrôle volontaire de son symptôme.

III. Quelques notions fondamentales pour Erickson.

1. L'INDIVIDU DANS SON CONTEXTE

Chaque individu est unique

C'est un individu en souffrance qui se présente au thérapeute, souffrance qui dépasse ses capacités de tolérance puisqu'il consulte un thérapeute supposé expert dans la résolution de ces difficultés. Erickson pense qu'il faut faire confiance aux penchants naturels de l'individu, le respecter, se rapprocher de lui, en utilisant son langage pour traiter sa demande.

« Il croyait qu'il existe un noyau normal et sain dans chaque individu.... Il concevait de différentes façons comment le développement et la croissance peuvent être déformés et déviés, mais il était d'avis que c'était le rôle du thérapeute de ramener l'individu à sa route véritable personnelle. » (52 p.40)

Aucun individu n'est identique à un autre ce qui implique que chaque thérapie sera unique, mais ce qui doit aussi nous inciter à nous méfier des étiquettes que nous utilisons et derrière lesquelles nous oublions parfois qu'il existe une réalité humaine beaucoup plus complexe. L'intérêt de ces classifications réside dans un souci de rapprochement des manifestations pathologiques afin de pouvoir en parler et aussi pour pouvoir en tirer des enseignements statistiques mais il est indispensable de garder à l'esprit la réduction qu'elle entraîne. Lorsqu'il est question de relation et de thérapie cette attitude perd toute justification.

Le thérapeute fait partie de l'image qu'il voit du patient

La relation thérapeutique demande que nous acceptions le patient dans sa totalité. Il ne s'agit pas de prétendre à connaître et à maîtriser cette totalité : le thérapeute ne peut pas construire une image mentale exacte de la vision du monde du patient, de sa réalité interne et externe ; il connaît en fait très peu de cet individu qui lui fait face et pourtant il ne peut pas faire autrement que de se construire une certaine image de cette réalité : c'est une disposition fondamentale de notre esprit, c'est aussi une disposition indispensable dans un projet d'intervention thérapeutique. Ce que nous pensons être la réalité du patient n'est, en fait, qu'une partie de la réalité totale du patient, une image que nous avons construite à partir de

notre observation et dans laquelle nous sommes inclus. Cette notion exposée par Von Foerster et l'école de la philosophie constructiviste de Vienne (24, 25) doit être intégrée par tout thérapeute qui veut éviter d'imposer sa propre vision des choses et s'enfermer, sans espoir d'en sortir, dans ce qui n'est qu'une hypothèse.

La souffrance, élément de communication

Erickson pense que la souffrance d'un individu lui appartient en propre mais que cette souffrance a une place dans le système relationnel de cet individu, dans son contexte. Le plus souvent, au moins lors de son apparition, le symptôme a une valeur communicationnelle qui s'adresse à différents individus en interrelations avec le patient. Le symptôme peut être le témoin d'une souffrance du système comme dans la notion de patient désigné, mais le symptôme est souvent aussi l'expression d'une inadéquation de l'individu dans ce système, en particulier lorsqu'un changement intervient. Ces deux aspects ont servis d'axes de repérage à Jay Haley dans « un thérapeute hors du commun » (27). Les étapes de la vie que chacun doit passer sont, pour certains très difficiles à négocier car elles entraînent des changements, sources d'incertitudes et de résistances. Il en est ainsi, par exemple, de l'âge de la séduction à l'adolescence, du moment où un individu s'engage dans une vie de couple, de l'apprentissage à la fonction de parent ou de grand-parent. En permanence, « *Erickson met l'accent sur l'étude du système humain concerné, c'est-à-dire sur le dialogue entre le patient, son symptôme et l'environnement dans lequel il évolue* » (Benoit J.C., 47 préface).

Effet « Janus »

Le thérapeute doit donc respecter son patient dans sa totalité et dans cette notion de totalité il faut inclure le système interactionnel dans lequel il vit. Il n'est pas question dans cette attitude de nier l'individualité du patient mais de garder à l'esprit ce que Arthur Koestler (38, 40) appelle l'effet Janus, nom de la divinité romaine à deux visages : chacun est en même temps un tout par rapport à lui-même et une partie d'un ou de plusieurs ensembles plus vastes. C'est une perspective hiérarchique dans laquelle la partie ne peut s'exprimer à la place du tout, conformément à la théorie des types logiques de Bertrand Russell (63).

L'individu est engagé dans plusieurs contextes, individuels, familiaux, sociaux... qui apportent autant de niveaux de communication ; la thérapie ajoute un contexte et donc un

niveau de communication supplémentaire qui va lui-même entrer en interaction avec les précédents. C'est ainsi que le thérapeute établit une relation privilégiée avec son patient mais aussi, indirectement avec d'autres éléments qui font partie de son contexte vital.

Accepter la réalité du patient

Ne pas réduire ces différentes dimensions suppose de la part du thérapeute une attitude de reconnaissance et d'acceptation de la réalité du patient telle qu'il la présente même si elle semble difficilement recevable.

« Trop de thérapeute essayent de rassurer leurs patients ; ils essayent de déposséder leurs patients de la réalité de leur symptôme plutôt que d'accepter et de travailler avec cette attitude. » (21 p.61)

Que nous partagions ou non le point de vue du patient sur ses difficultés importe peu, ce qu'il exprime est vrai pour lui au moment où il en parle. Si un patient affirme : « Je suis très angoissé », même si votre analyse de la situation nous fait en douter, il est absurde de nier sa perception de la réalité. Lui affirmer : « Mais non, vous n'êtes pas angoissé, ce n'est rien » aurait la même pertinence que de dire à ce migraineux : « Vous n'avez pas vraiment mal à la tête ». Ceci aurait sûrement aussi le même résultat le patient irait voir un autre médecin plus compétent pour les problèmes d'angoisse.

Accepter le patient dans sa totalité c'est aussi accepter son langage ; Erickson veut dire que c'est au thérapeute de s'adapter au langage, au niveau de communication du patient. C'est le thérapeute le spécialiste en la matière.

« La psychothérapie concerne le patient dans son problème de départ. Souvenez vous bien de ceci. Nous avons chacun un langage individuel, et lorsqu'on écoute un patient, il faut l'écouter en sachant qu'il parle un langage étranger, sans essayer de le comprendre avec les mots de votre langage, il faut le comprendre avec son langage à lui. » (52 p.110)

Est-il pertinent de commencer une thérapie en demandant au patient de s'adapter au thérapeute, d'apprendre et de comprendre une terminologie dont il n'aura que faire par la

suite ? Dans le meilleur des cas ce sont quelques mois de perdus, le plus souvent c'est un échec de plus pour le patient qui vient voir un thérapeute parce que, justement, il n'arrive plus à s'adapter.

Même lorsque la situation semble désespérée, Erickson reste convaincu de la possibilité d'aider un patient à réaliser ses potentialités ; l'histoire suivante nous montrera qu'il existe toujours de l'espoir.

Des réserves insoupçonnables

« Habituellement, j'envoie les patients alcooliques aux alcooliques anonymes parce qu'ils font avec eux un meilleur travail que moi. Un alcoolique vint me voir en me disant : "Mes grands-parents des deux côtés étaient alcooliques ; ma femme est alcoolique, et j'ai eu onze crises de delirium tremens. J'en suis malade d'être alcoolique. Mon frère aussi est alcoolique. Vous voyez, c'est une vraie mine pour vous ; qu'est ce que vous pensez pouvoir faire ? "

Je l'interrogeais sur son métier.

"Quand je ne bois pas, je travaille dans un journal. Et là, je suis confronté à l'alcool.

– Très bien vous voulez que je fasse quelque chose. Eh bien, ce que je vais vous suggérer de faire ne vous semblera pas être ce qu'il faut. Vous allez vous rendre au jardin botanique. Vous allez regarder tous les cactus qui s'y trouvent et vous émerveiller qu'ils puissent vivre trois ans sans eau, sans pluie. Et concentrez-vous bien."

Bien des années plus tard, une jeune femme vint me voir et me dit : "Dr Erickson, vous m'avez connue quand j'avais trois ans. J'ai déménagé en Californie quand j'avais trois ans. Maintenant je suis à Phoenix et je suis venue voir quel genre de personne vous êtes – à quoi vous ressemblez."

Je lui répondis : "Regardez moi bien, moi, je suis curieux de savoir pour quelle raison vous êtes venue me voir."

Elle rétorqua : "Quiconque envoie un alcoolique visiter un jardin botanique pour apprendre à se passer d'alcool, et qui réussit, est le genre de personnage que j'ai

envie de voir ! Mon père et ma mère sont restés sobres après que vous ayez envoyé mon père au jardin botanique."

"Que fait maintenant votre père ?"

"Il travaille pour un magazine, il a quitté le journal. Il dit que le travail dans un quotidien comporte un risque d'alcoolisation."

Eh bien, c'est une manière élégante de guérir un alcoolique. Lui inculquer le respect des cactus qui peuvent vivre trois ans sans pluie. Vous voyez, vous pouvez vous inspirer de vos manuels. Aujourd'hui vous consulterez plutôt celui-ci, demain, plutôt celui-là. Ils vous diront de faire ceci ou cela. Mais pour l'instant vous devriez regarder votre patient pour supputer quel genre d'homme – ou de femme – est-ce, puis prendre avec lui la direction qui convient à son problème particulier. » (52 p.75)

2. L'INCONSCIENT

Non-conscient

Nous allons parler ici d'inconscient mais nous n'y trouverons pas les données classiques des autres écoles. Erickson emploie souvent ce terme qui doit être pris dans le sens de non-conscient, le conscient étant défini comme ce qui est directement accessible à notre système de pensée rationnelle et discursive parfois appelé « la raison ».

Le conscient contient ce que nous savons que nous savons et que nous pouvons choisir d'utiliser ou non selon les circonstances ; c'est aussi ce que nous pouvons reproduire à volonté, ce que nous pouvons analyser et transmettre.

Inventaire

L'inconscient est ce que nous ne savons pas que nous savons ; ce sont les règles sociales et culturelles que nous utilisons, spontanément, dans toutes nos relations et que nous serions bien en peine d'énoncer ; ce sont les expériences passées que nous pensons avoir oubliées, les sentiments et émotions qui les accompagnaient dont une empreinte fidèle est conservée, comme les expérimentations en état d'hypnose l'ont prouvé ; ce sont nos gestes, actes, comportements soit automatiques s'ils ont d'abord été volontairement appris puis engrammés pour qu'ils puissent être effectués sans occuper la conscience, soit involontaires s'il n'y a jamais eu passage par la conscience ; c'est encore l'essentiel du langage non-verbal qui est un appareil de communication complet pouvant se suffire à lui-même ou accompagner le langage verbal et qui est au cœur de toutes nos relations.

Voici un passage d'une conférence d'Erickson qui illustre un aspect de cet inconscient.

« Prenez la personne qui apprend à conduire une voiture : "Maintenant voyons... Je mets mon pied gauche sur la pédale d'embrayage... Je mets mon pied droit que la pédale d'accélérateur... Je tiens le volant de cette façon... Oh, il vaudrait mieux que je mette la main droite un peu plus bas que la gauche – ou c'est le contraire ! Et maintenant, je peux démarrer la voiture." Et cette personne

parcourt les étapes de cette laborieuse et consciente procédure d'analyse de son comportement jusqu'à ce qu'un jour elle prenne sa voiture et traverse toute la ville en pleine circulation, tout en parlant avec une charmante amie. Et il est tellement surpris de se retrouver devant le bon garage parce qu'il ne savait même pas qu'il était de l'autre côté de la ville. Apparemment, il a conduit avec prudence sans recevoir de contraventions ; pourtant, il ne pouvait pas se souvenir d'avoir traversé cette partie de la ville, parce qu'il était tellement absorbé. D'une certaine façon, il était en train de conduire sa voiture à un niveau inconscient, tout en dirigeant son attention consciente vers la conversation. » (21 p.21)

Beaucoup de nos actes quotidiens se font ainsi de façon automatique, heureusement pour nous, mais il en est de même pour beaucoup de nos comportements et, là encore, heureusement, le problème est que nous ne savons plus que nous avons appris tout cela et nous finissons par penser que nous ne pouvons pas faire autrement.

Ce n'est pas une définition théorique qui s'intégrerait dans un schéma général du fonctionnement psychique. Il n'est ici question que de poser une limite entre ce qu'un individu sait faire et sait comment il le fait, et ce qu'il sait faire sans savoir comment il le fait, voire même ce qu'il ne sait pas qu'il sait faire. Il s'agit d'un principe explicatif.

Positif

Cet inconscient prend toute sa valeur par son caractère fondamental : il est positif ; « c'est un immense magasin de solutions et de ressources » dans lequel l'individu va pouvoir puiser pour résoudre ses difficultés. Comme dit J. Godin (47 p.58) : « *Pour Erickson, l'inconscient est le lieu où le sujet peut trouver, avec l'aide contextuelle du thérapeute, les solutions à ses problèmes, solutions non utilisées à cause des limites dues aux apprentissages conscients du sujet* ».

Actif

Il protège toujours la personne, activement : « *Je pense qu'il faut que vous vous rendiez compte que l'inconscient de l'être humain est quelque chose d'assez compréhensif...*

L'histoire biologique de la race humaine nous révèle qu'un grand nombre de comportements ne viennent jamais à la conscience, pourtant ils sont largement utilisés pour gouverner les personnes. » (21 p.21) C'est pourquoi, en état d'hypnose, c'est une réponse inconsciente qui est recherchée car pertinente pour le sujet dans sa totalité.

Interactif

Conscience et inconscience sont en permanente interaction et échangent des informations. L'inconscient est à la disposition du conscient afin que nous puissions avoir un comportement et des réponses adaptées à la plupart des situations, en tous cas, à celles que nous connaissons déjà et à celles qui, fondamentalement, diffèrent peu de notre expérience. Il peut gérer plusieurs niveaux de communication simultanément, s'enrichit chaque jour de nos nouvelles expériences et est ainsi mieux à même de répondre aux nombreuses situations que nous traversons. Le conscient fournit des réponses élaborées en tenant compte de notre inconscient. Par contre, les élaborations abstraites qui ne nous engagent pas dans nos interrelations, par exemple, les raisonnements mathématiques peuvent être d'origine consciente.

Fiable

Pour Erickson il est évident que cet inconscient mérite toute notre confiance et il est important d'apprendre à le laisser s'exprimer et à l'écouter. C'est dans l'inconscient que sont enregistrés nos cadres de références et c'est seulement en les respectant que notre évolution pourra être pertinente pour nous. Dans la thérapie ce ne seront donc pas les valeurs de référence du thérapeute qui seront utilisées mais celles du patient, exprimées par son inconscient. Cette condition est essentielle pour qu'un changement soit acceptable et puisse devenir permanent.

Langage spécifique

Tout l'art d'Erickson a été d'affiner le processus royal d'accès à l'inconscient qu'est l'hypnose et son génie a été de comprendre puis d'utiliser le langage spécifique de l'inconscient. En effet, la transe hypnotique est considérée depuis longtemps comme une ouverture sur l'inconscient et pourtant les moyens de communication employés n'ont jamais été adaptés au système auxquels ils s'adressaient, comme si conscient et inconscient utilisaient un seul et même langage.

Utiliser ce langage dans l'hypnose

Depuis Freud, les rêves sont considérés comme le langage de l'inconscient ; les rêves sont du langage analogique par excellence c'est-à-dire du langage où « les signes ont un rapport immédiatement évident avec ce qu'ils signifient par le biais d'une ressemblance ou analogie » (59 p.23). L'autre modalité, que nous employons actuellement, est un langage digital dans lequel « la communication s'établit grâce à un signe dont le rapport avec la signification donnée est de pure convention » (id). Cette coexistence de deux langages a donné à penser qu'ils étaient d'origine différente : le langage digital étant le mode d'expression du conscient, le langage analogique celui de l'inconscient. Nous retrouvons Freud. Connaissant la voie d'accès à l'inconscient, son langage, il n'a pourtant jamais associé ces deux notions limitant ainsi la portée de sa pratique de l'hypnose.

C'est Erickson qui va comprendre que, si l'inconscient communique par des rêves, par des images, par du langage analogique, c'est probablement ce même langage qu'il convient d'employer lorsque l'on souhaite s'adresser à lui dans l'hypnose. L'utilisation du langage digital qui dirige au lieu de suggérer était donc une erreur.

C'est ainsi qu'il va se mettre à utiliser des images, des métaphores, mais aussi le langage non-verbal. Ces différentes modalités seront reprises plus loin, retenons ici qu'Erickson les utilisaient préférentiellement car plus pertinentes pour l'inconscient.

Erickson utilise au maximum cette disposition de l'inconscient à l'activité et à la positivité puisqu'il incite même les thérapeutes à fonctionner avec leur propre inconscient. C'est ainsi qu'il préconise au thérapeute d'entrer lui-même en transe et de laisser son inconscient travailler et faire les propositions thérapeutiques les plus adaptées.

Logique spécifique

Si l'inconscient a son langage, il a aussi une logique interne différente de la logique rationnelle consciente. Elle apparaît, par exemple, dans sa capacité à percevoir simultanément plusieurs sens possibles dans une communication, en fonction des différents contextes dont il dispose, et à choisir ensuite une réponse dite multi-contextuelle car elle pourra avoir plusieurs

sens, chacun étant pertinent avec un contexte. Face à une situation, deux réponses opposées peuvent ainsi se trouver en compétition. Elle apparaît aussi dans sa capacité à généraliser une compréhension ou un changement par contamination.

La souffrance, le symptôme, la maladie surviennent lorsque les données conscientes de la réalité externe ne peuvent être intégrées aux données inconscientes de la réalité interne pour avoir une réponse adaptée à une situation nouvelle. Le symptôme devient l'expression d'un trouble de la communication interne, entre nos différents niveaux d'intégration, à l'intérieur du système qu'est l'individu.

3. L'APPRENTISSAGE

Apprendre pour vivre

L'apprentissage est considéré par Erickson comme une nécessité vitale ; ne plus apprendre c'est ne plus pouvoir évoluer, c'est être figé et souffrir. Il ne s'agit pas des apprentissages scolaires ou professionnels volontaires et certainement souhaitables mais des apprentissages quotidiens que nous devons faire pour nous adapter à toutes les situations nouvelles auxquelles nous sommes confrontés. Nous avons beaucoup à apprendre, par exemple, pour passer de l'état d'enfant protégé à celui d'adulte indépendant. La plupart y arrivent, même s'il y a des difficultés ; d'autres n'y parviennent jamais tout à fait, un certain nombre d'apprentissages ne se font pas, et la souffrance s'installe dans ce domaine non intégré. Pour changer il faut apprendre ce qui manque ou qui a été mal appris.

La thérapie est alors considérée comme un nouvel apprentissage, le patient apprend à apprendre selon l'expression de Bateson (deutero-learning) (6), le changement étant défini comme une nouvelle orientation du patient dans la construction de sa réalité interne (souvenirs, émotions, ...) et externe (famille, couple, contexte socio-économique et culturel, ...). (Malarewicz, 49)

Erickson parle des symptômes en termes d'apprentissages ; il faudra que le patient puisse lui en substituer un autre plus adapté à sa réalité interne et sa réalité externe. Cet apprentissage pourra se faire dans l'espace de liberté que construit le thérapeute avec l'hypnose.

Apprendre ou souffrir

Le symptôme apparaît souvent comme une réponse pertinente et opportune face à une situation d'agression, réponse permettant une réduction de la souffrance initiale mais qui persiste ensuite après la disparition de la cause et devient elle-même porteuse de souffrance. La situation est bloquée et aucune prise de recul inconsciente, n'est possible. Consciemment le problème est souvent reconnu et circonscrit mais toutes les tentatives de changement ont échoué puisque le patient vient demander de l'aide, le changement au niveau de l'inconscient n'a pas été possible.

Apprendre à apprendre

Les patients pensent souvent qu'ils ne peuvent plus faire de nouveaux apprentissages, qu'il sera trop difficile pour eux d'apprendre à ne plus reproduire inlassablement leur symptôme, leur difficulté. Alors Erickson induit chez eux une transe hypnotique et peut leur dire qu'ils ont déjà appris à entrer en transe : l'absolu devient un peu moins absolu. Et lorsqu'une catalepsie du bras a été induite. Ils apprennent alors qu'il existe en eux des ressources qu'ils n'avaient jamais soupçonnées !

Et, alors qu'aucun travail thérapeutique proprement dit n'a commencé, ils savent qu'ils peuvent faire de nouveaux apprentissages et peut-être pourront-ils aussi apprendre à ne plus avoir cette phobie, cette insomnie ou cette douleur. Car le plus important pour le patient est de retrouver confiance dans ses possibilités.

« L'expérience de l'hypnose ne sera qu'un apprentissage initial pendant lequel le sujet laissera libre cours à son inconscient, et donc apprendra à utiliser et à développer sa créativité. » (47 p.33)

Apprendre à utiliser ses apprentissages

Dans certains cas, la thérapie aura pour but essentiel d'apprendre au patient à « utiliser » les apprentissages qu'il possède :

« Pour la plupart des gens, la douleur est une sensation immédiate, subjectivement angoissante à vivre, et qui, au mieux, dans leurs croyances et leurs compréhensions, est tout à fait incontrôlable pour les victimes elles-mêmes. Pourtant, résultant des événements de notre vie, nous avons tous construit dans notre propre corps certains apprentissages psychologiques, physiologiques et neurologiques, certaines associations, et certains conditionnements qui rendent possibles le contrôle et même l'abolition de la douleur. » (21 p.151)

Ce terme « apprentissage » peut parfois choquer... les autres thérapeutes ; les patients, quant à eux l'acceptent très volontiers. Ceci est très important dans l'esprit d'Erickson qui souhaite rester le plus près possible de la compréhension des patients.

Ce qui est essentiel, c'est que le patient apprenne qu'il peut encore apprendre, qu'il sait encore le faire et que personne ne connaît les limites de ses possibilités. Son inconscient a les moyens de l'aider, il suffit de créer le cadre dans lequel il pourra le faire.

Pour nous résumer, nous citerons Godin et Malarewicz (47 p.24) :

« Erickson concevait son rôle de thérapeute comme celui d'un créateur, créateur de contexte, contexte qui peut permettre à une personne, avec son histoire, ses demandes, d'utiliser les ressources dont elle a jusque là appris à ne pas se servir. Ces notions d'apprentissage et de réapprentissage sont fondamentales chez lui. Elles se réfèrent à un processus universel dont les résultats sont propres à chaque individu et dont il importe surtout, dans l'esprit d'Erickson, que chaque individu puisse décider de l'issue ; ainsi le processus de la thérapie sera celui que pourra choisir le patient ».

4. LA METAPHORE

Deux Citations introduisent cette notion :

- La première est la définition du Larousse

« Procédé par lequel on transporte la signification propre d'un mot à une autre signification qui ne lui convient qu'en vertu d'une comparaison sous-entendue ».

- La seconde est de J C Benoit (47, Introduction)

« Les exemples cliniques (d'Erickson) illustrent en particulier le thème de la psychologie des images. Erickson montre constamment que si les mots appartiennent à tous, les images constituent nos biens propres à chacun de nous. »

Des images pour l'inconscient

Les métaphores d'Erickson concilient ces deux aspects : il utilise des images qui peuvent avoir différents sens, le patient choisissant dans les sous-entendus possibles celui ou ceux qui résonnent avec sa propre expérience. Ces métaphores sont beaucoup plus puissantes dans la transe hypnotique car, c'est alors l'inconscient, débarrassé des limitations du conscient, qui va repérer les sous-entendus. Compte tenu du contexte de thérapie, l'inconscient va rechercher une (ou plusieurs) signification en relation avec les difficultés qui ont motivé cette transe et cette thérapie. Dans un autre contexte, en état d'hypnose, la même métaphore serait entendue différemment.

La métaphore est probablement l'outil thérapeutique le plus spécifique de Milton Erickson. Les métaphores, pour lui, vont bien au-delà des mots, ce sont des histoires qu'il raconte à ses patients. Ces histoires sont, le plus souvent des histoires simples, tirées de son expérience quotidienne, dans sa vie professionnelle ou personnelle. Ces histoires vécues intensément contrastent avec l'erreur commune qui consiste à les inventer.

C'est ainsi que les différentes histoires qui sont dans ce travail sont des comptes rendus de thérapies, elles sont vraies et Erickson construit parfois une thérapie entière en relatant à un patient le cas d'un autre patient, cette histoire devenant ainsi la métaphore permettant au premier l'évocation des processus qui ont amené à la résolution d'un cas similaire au sien ; inconsciemment, le patient fait des liens avec ses difficultés actuelles et peut en retirer de nouvelles compréhensions sur lesquelles le changement pourra se bâtir.

La métaphore vient du thérapeute

La métaphore est choisie par le thérapeute par rapport aux hypothèses qui lui viennent à l'esprit en écoutant et en observant le patient : ce qu'il dit et ce qu'il évite créant une sorte de vide dans son discours, sa façon de nier par son attitude ce qu'il exprime verbalement. Ces hypothèses construites à partir de ces éléments recueillis plus ou moins consciemment, vont être proposées au patient sous forme métaphorique, ce qui évite de le confronter à des éléments trop difficiles.

Un rêve à l'envers

Une intervention classique d'Erickson est très caractéristique ; il fait l'hypothèse intuitive qu'une femme souffre de frigidité bien qu'elle consulte pour autre chose. Cette hypothèse lui vient à l'esprit en écoutant et en observant cette patiente ; comment mettre en route un processus inconscient à ce propos ? Il ne peut évidemment pas en parler puisque cette femme ne l'aborde pas elle-même et qu'il ne s'agit que d'une hypothèse. Lorsqu'elle est dans une transe hypnotique, il se demande, à voix haute, comment elle s'y prendrait pour dégivrer son réfrigérateur...

« Va-t-elle commencer par la clayette du haut, du bas ou celle du milieu ? Que va-t-elle retirer d'abord ? Et ensuite ? Et là, dans ce coin, que pourrait-elle bien trouver qu'elle a oublié après l'y avoir mis et qu'elle aurait du jeter depuis longtemps ? Comment va-t-elle s'occuper de la décongélation proprement dite ? Et pendant ce temps là, quelles pensées incongrues, quels souvenirs oubliés lui passeront-ils peut-être par la tête ? Dans quel ordre va-t-elle finalement procéder

pour remettre les choses en place ? Que va-t-elle juger bon de garder ou de jeter ? »

« A aucun moment, Erickson ne mentionnera directement le problème sexuel de la patiente, il se contente de se livrer à une analyse superficielle et gênante des détails de cette corvée ménagère sans intérêt » (59 p.69)

Diagnostic

Les métaphores ont deux rôles très différents : diagnostic et thérapeutique. Un rôle diagnostique par l'observation de la réaction du patient à cette histoire qui, a priori, n'a rien à voir avec lui. La « réponse » pourra confirmer ou infirmer le thérapeute dans son hypothèse lui permettant ainsi de mieux cibler ses interventions.

Thérapeutique

L'intérêt principal des métaphores est leur impact thérapeutique. Dans la transe hypnotique, c'est essentiellement au niveau inconscient que va se faire le travail de déchiffrement, en tenant compte du contexte thérapeutique. Si la métaphore a un sens pertinent pour l'inconscient à la recherche de nouvelles informations, cette idée ou cette compréhension va pouvoir s'y intégrer et lancer un processus de réaménagement.

Simplicité

Au-delà de ces deux fonctions essentielles, les métaphores présentent également l'intérêt d'employer un discours simple pour évoquer des notions plus ou moins techniques : l'hypnose, l'inconscient, la thérapie ; cette utilisation est d'ailleurs largement répandue chez les praticiens car elle semble « naturelle » à chacun. L'inconscient est un grand magasin de solutions, de souvenirs, de ressources ; en transe profonde, l'individu est au fond d'un océan (l'inconscient) avec des îles en surface (le conscient), les suggestions visent à construire des ponts entre les différents niveaux.

Souplesse du thérapeute

En pratique il est difficilement prévisible de savoir quel sens va être entendu par le patient ; il est également fréquent qu'une métaphore soit employée dans un but thérapeutique et reste sans réponse ou entraîne une réponse tout à fait inattendue. Ceci n'est pas désorientant pour celui qui sait que cette méthode ne peut s'utiliser qu'avec un esprit souple et adaptable ; tout ce qui arrive dans la thérapie peut être repris par la thérapeute ou la patient, n'importe quand. Le thérapeute reste serein, ne ressent pas cette vague inquiétude à l'idée qu'il existe un moment crucial, décisif qu'il ne faut absolument pas rater car une occasion aussi favorable (à quoi ?) ne se représentera peut-être pas. Ce genre d'idée induit au contraire une hypervigilance consciente, inconfortable qui bloque le travail inconscient du thérapeute. L'hypnose Ericksonienne se déroule, au contraire dans un climat détendu, peu anxiogène pour le patient comme pour le thérapeute d'autant plus que ce dernier apprend à entrer lui-même dans une transe légère très favorable à la survenue de métaphores pertinentes.

Sur le plan technique une métaphore est une histoire parfois très brève qui doit avoir, en première analyse, un sens que chacun peut entendre et comprendre. C'est une histoire simple et banale qui doit être pertinente dans le système du patient (nous retrouvons la nécessaire adaptabilité du thérapeute à son patient). Elle sera pertinente par rapport à son expérience de vie, ses intérêts particuliers ou son problème actuel.

Mais, par définition, une métaphore a toujours plusieurs sens ; un ou plusieurs de ces autres sens possibles doit avoir une relation plus ou moins directe avec l'énoncé du problème, son évaluation ou la solution purement hypothétique qu'a bâtie le thérapeute et qui ne sera perçue que si elle trouve un écho dans l'inconscient du sujet.

J ZEIG (64) résume ainsi les caractéristiques des anecdotes et des métaphores :

- Absence de méfiance à leur rencontre
- Encouragement à l'indépendance du sujet en ce sens qu'il est amené à réfléchir seul sur ce qu'on lui propose
- Contournement des résistances / contrôle de la relation
- Aspect séduisant
- Mise en jeu de la créativité

- Facilité de mémorisation
- Création d'une confusion propre à l'induction des réponses hypnotiques

Le symptôme : une métaphore ?

Si Erickson communique métaphoriquement, il ne fait qu'utiliser le même langage que les patients qui, le plus souvent, expriment leurs difficultés par des métaphores ; par exemple, le symptôme est un mode de communication très indirect, auquel de nombreux sens sont proposés, selon l'interlocuteur et le contexte. En fait, il est en général absurde de vouloir réduire une telle communication de l'inconscient à un seul sens, comme il serait absurde « *de vouloir résumer une pièce de Shakespeare en une seule phrase* » (27 p.35). Ceci explique la règle d'Erickson de ne pas donner aux patients une interprétation de la signification de leurs métaphores.

5. LANGAGE NON-VERBAL

Le langage non-verbal est constitué des gestes, des positions, des mimiques, des sons et des odeurs émis par le corps, des couleurs, des prolongements culturels que sont la coiffure et les vêtements ainsi que par l'organisation dans le temps et dans l'espace (proxémie) de ces éléments. Certains peuvent être plus ou moins contrôlés, d'autres sont des réponses physiologiques hors du champ de la conscience ; ce sont, par exemple les réactions de pâleur ou de rougeur du visage sous dépendance du système adrénurgique, mais aussi la taille de la pupille qui varie selon les circonstances, comme l'a démontré Eckard Hess (35), observation reprise par Desmond Morris dans « *La clé des gestes* » (51).

Un langage commun

Tous ces éléments sont des informations dont nous tenons compte, en permanence, dans nos relations. Nous ne pouvons pas nous en passer en l'absence du langage verbal et nous savons fort bien nous exprimer par ces moyens, mais aussi, toutes ces informations sont indispensables pour accompagner le langage verbal afin que les interlocuteurs sachent de quoi et avec qui ils communiquent. En effet, le plus souvent, nous avons besoin de message sur le langage verbal, précisant dans quel registre il doit être entendu ; les messages non-verbaux remplissent ce rôle de méta-communication.

Dans certaines conditions, la communication peut se faire uniquement avec des éléments non-verbaux ; prenons l'exemple du cinéma muet, ou mieux encore un acteur comme Groucho Marx, ou encore un mime comme Marcel Marceau. Il est indéniable que ces gens sont capables de s'exprimer sans les mots, et que nous les comprenons. Ceci nous montre que le langage non-verbal est un langage à part entière, même si peu d'entre nous ont, comme eux, développé cette faculté pour pouvoir l'utiliser consciemment.

Un langage courant

Pourtant chacun se sert de ce mode d'expression, de façon volontaire, de manière limitée : dire oui ou non avec un geste de la main ou de la tête, avec une mimique appropriée, utiliser les odeurs (parfums), se coiffer et s'habiller selon un style qui veut dire quelque chose, mettre

des distances différentes selon les situations et les interlocuteurs. Nous sommes perfectibles dans ce domaine. Cependant, la gamme est infinie et, surtout l'essentiel de ce langage reste complètement involontaire et incontrôlable. Il n'en existe pas moins.

Voici une histoire que raconte Erickson :

« Toi, tel que tu es actuellement, tu marches dans la rue, tu t'efforces de marcher droit à une allure régulière, et puis il se trouve que tu as faim, et automatiquement tu ralentis devant le premier restaurant. Si tu es une femme, tu bifurques peut-être de façon automatique vers la vitrine d'une bijouterie. Si tu es sportif, tu te tourneras vers la vitrine d'un magasin de sport. Si tu as négligé tes dents et que tu sais que tu aurais dû prendre un rendez-vous dont tu ne t'es jamais occupé, tu as tendance à accélérer le pas quand tu passes devant un cabinet dentaire.

Je m'étais installé à un endroit d'où je pouvais voir des jeunes femmes passaient devant un cabinet médical. Quand je voyais leur allure changer, qu'elles ralentissaient, que les mouvements de leurs bras se modifiaient et qu'une grande douceur envahissait leur physionomie au moment où elles passaient devant la porte, je traversais pour leur demander : " Est-ce que le test précoce a été positif ? " Sans réfléchir elles me répondaient : " il l'a été ou j'espère qu'il le sera. "

Une de ces femmes avait modifié son allure, le balancement de ses bras et son expression montrait une réaction de peur ! Attention – elle n'est pas mariée !

Tout le monde, jeune ou vieux, homme ou femme, ralentit automatiquement comme si l'air s'était épaissi et était devenu difficile à traverser. Vous savez devant quoi ? Devant une boulangerie ! Ce puissant stimulus olfactif vous fait automatiquement ralentir. »

Un langage inconscient

Il est très important de se rendre compte qu'une partie importante et parfois essentielle de nos messages échappe à toute intentionnalité. Habituellement nos différents niveaux de communication sont congruents, nous faisons passer un seul message, que ce soit par les canaux volontaires du verbal, et par les canaux peu contrôlables volontairement du non-

verbal. Ce que nous exprimons consciemment, nous le pensons aussi inconsciemment. Ceci n'est pas, loin s'en faut, toujours le cas. Soit que nous essayons de masquer une partie de nos pensées, soit que nous n'ayons pas conscience de certaines pensées. Dans ces situations nous communiquons généralement, simultanément, les deux idées par ces deux canaux distincts, le verbal pour les pensées conscientes, le non-verbal pour les pensées inconscientes.

Voici un exemple de conflit verbal / non-verbal :

« Un patient m'a dit : "Lorsque j'étais au début de mon mariage, je voulais beaucoup d'enfants". J'ai entendu ses paroles et j'ai compris ses paroles, mais j'ai également compris les hochements de sa tête comme un signe négatif. C'est la raison pour laquelle j'ai trouvé le fait de laisser les patients verbaliser tout en remarquant leur comportement physique – qui s'oppose souvent à ce qu'ils verbalisent – est riche d'information ». (21 p.102)

Lorsque ceci se produit chez un patient, nous en ressentons en général un sentiment de malaise mal définissable, sans savoir d'où il vient ; nous avons été très attentifs au discours mais nous ne nous sommes pas rendus compte que nous recevions en même temps d'autres messages contradictoires. Si l'on veut s'intéresser à l'inconscient il est bon d'observer, nous en apprendrons beaucoup.

Un langage vrai

Les thérapeutes n'y échappent pas et c'est pour cela qu'Erickson leur dit qu'il vaut mieux qu'ils pensent réellement ce qu'ils disent à leurs patients car ils « sentent », eux aussi, lorsque les propos sont faux. Ce sont probablement ces indices minimaux qui renforcent ou diminuent l'impact de nos interventions (l'exemple de l'observance d'une traitement, fonction du thérapeute qui prescrit, est bien connu).

Ce mode de communication est particulièrement important pour les praticiens de l'hypnose, au-delà de l'intérêt diagnostique, car ce sera souvent le seul utilisé par le patient pendant la transe. Le thérapeute devra être très vigilant dans le recueil de ces informations qui lui permettent de savoir ce qui se passe pour le patient. Ceci suppose également un apprentissage de la part du praticien, pour mieux « entendre » mais aussi pour mieux « parler ». Cet

apprentissage se fait dans la formation mais surtout dans le quotidien, et devient un acquis très intéressant même lorsqu'il n'est pas question d'hypnose.

Voici quelques exemples qui illustrent nos propos, nous allons voir comment Erickson observe le comportement non-verbal de ses patients et ce qu'il peut en penser, puis nous verrons comment il utilise lui-même ce type de communication et la capacité que nous avons tous à « entendre » ces messages.

Amant

« Une nouvelle patiente était déjà assise dans mon bureau lorsque j'arrivai. Je pris son nom, son adresse et ses coordonnées, et je lui demandai ce qui l'amenait à venir me consulter.

Elle répondit :

"J'ai une phobie des avions.

— Madame, vous étiez déjà installée sur cette chaise lorsque je suis arrivé à mon bureau. Alors, je vais vous demander de retourner dans la salle d'attente avant de revenir vous asseoir."

Ca ne lui a pas plu, mais elle a obéi. Je lui ai alors demandé : "Quel est votre problème ?

— Mon mari veut instamment que je parte avec à l'étranger en septembre, et j'ai une peur panique des avions.

— Madame, quand un malade vient voir un psychiatre, il ne doit dissimuler aucune information. Je sais quelque chose de vous, et je vais vous poser une question déplaisante. Tant pis si cela vous semble hors de propos.

— Très bien

— Votre mari est-il au courant de votre liaison ?

— Non, mais vous, comment êtes-vous au courant ?

— Vous le dites avec votre corps."

Elle avait les chevilles croisées. Moi, je ne peux pas faire ce geste. Elle avait la jambe droite passée par-dessus la jambe gauche et le pied enroulé autour de la cheville. Elle était complètement bloquée. Par expérience, je sais que toutes les femmes mariées qui ont une liaison et qui ne veulent pas que ça se sache se bloquent de cette manière ». (52 p.183)

Les patients parlent avec leur corps ; et nous, que leur disons nous que nous préférons taire ?

Vous aussi, vous entendez ?

« Une femme se porta volontaire pour être sujet d'expérience, disant que plusieurs personnes avaient tenté pendant des heures de travailler avec elle, mais que les suggestions restaient sans effet. Je lui posais alors quelques questions sur elle-même. Elle était française. Elle me parla des plats français qu'elle préférait, des restaurants français qu'elle aimait à la Nouvelle-Orléans, et de sa passion pour la musique. Elle dépeignit cette musique.

Lorsqu'elle me vit dans l'attitude de quelqu'un qui écoute, elle tourna la tête et tourna l'autre oreille. C'était l'oreille gauche. Je fermais l'œil droit.

Je lui demandai : "Vous aussi, vous entendez ? C'est très faible ? Je me demande à quelle distance se trouve l'orchestre. On dirait que ça se rapproche."

Et assez vite, elle fut incapable de se retenir de battre la mesure.

Je soulevais alors la question : "Est-ce qu'il y a un ou deux violonistes dans l'orchestre ?" Il y en avait deux, elle remarqua même le saxophoniste. Nous avons ainsi passé un bon moment.

Je demandai si l'orchestre était arrivé à la fin du morceau et si les musiciens ouvraient leurs partitions pour jouer un autre genre de musique. Elle entendit jouer tous ses airs préférés. »

Commentaire d'Erickson :

« L'hypnose est mieux réussie lorsqu'on pense à certains phénomènes. On écoute un discours bégayé, et on ne peut s'empêcher de former les mots soi-même. On forme les mots soi-même pour aider le bégayeur. » (52 p. 80)

Il explique ainsi l'intérêt et l'efficacité de ces suggestions non-verbales (21 p.172)

De bons imitateurs

« Je sais que les gens vont imiter, ainsi je suis tout à fait prêt à utiliser la tendance à imiter, seulement je le fais indirectement. Je fais très attention à apparaître simplement concentré sur moi-même, comme si je rassemblais pensivement mes pensées, et ainsi les patients se sentent libres de me regarder. Pourquoi ne regarderaient-ils pas ? Il pourrait y avoir quelque chose d'intéressant pour eux. Maintenant, je glisse mon regard de l'autre côté de la pièce, et de nouveau j'ai l'air de rassembler mes pensées, et de nouveau ils regardent par là avec moi. J'ai donné des suggestions non-verbales : regardez ici, regardez là-bas. Ils ont obéi à des suggestions non-verbales, et plus vous obtenez qu'ils obéissent à des suggestions, plus ils tombent dans l'habitude d'accepter vos suggestions en général. »

La pantomime au secours du thérapeute

L'extraordinaire habileté d'Erickson à utiliser le langage non-verbal est mise en évidence par une technique qu'il a expérimenté la première fois à Mexico (16 p.331) ; il y avait été invité, et peu avant sa conférence, on lui a demandé de faire une expérience avec une infirmière ne parlant pas anglais, mais Erikson ne parlait pas un mot d'espagnol...

Il a alors imaginé d'induire un état hypnotique uniquement par les gestes, par la pantomime, et cette infirmière complètement ignorante au sujet de l'hypnose a pu vivre une transe très satisfaisante !

Comment mieux prouver l'importance considérable du langage non-verbal dans l'hypnose, mais aussi, très certainement dans toutes nos communications thérapeutiques ?

6. LA REPOSE MULTI-CONTEXTUELLE

Réponse inconsciente

La thérapie est une interaction permanente entre le thérapeute et le patient. Ce que le thérapeute dit ou fait suscite des réponses qui ont toutes valeurs de communication, même l'absence complète de réaction. On ne peut pas ne pas communiquer. Dans la plupart des thérapies soit il est recherché une prise de conscience de la part du patient soit le niveau des interventions se fait au niveau de la pensée discursive et les réactions sont attendues au niveau du conscient. Ceci est logique dans des thérapies qui admettent comme principe de base la prévalence de « l'intelligence » dans la conduite de notre vie. Erickson pense au contraire que la plupart de nos comportements sont intégrés à un niveau inconscient et que, en particulier beaucoup de troubles, sont dus à une impossibilité actuelle d'utiliser nos ressources inconscientes.

C'est donc à partir de ce niveau inconscient qu'il faut essayer d'initier le changement, la conceptualisation pourra se faire secondairement par le patient à partir de ses critères personnels. Un changement qui ne serait intégré qu'au niveau conscient aurait les chances de ne pas être viable car non congruent avec les possibilités inconscientes : à un dysfonctionnement succéderait un autre dysfonctionnement (qui, dans un premier temps, aurait les aspects extérieurs d'une amélioration). Ceci explique que la thérapie pour Erickson vise avant tout à l'émergence de réponses inconscientes et son intérêt pour l'hypnose qui permet à l'inconscient de s'exprimer après avoir réduit le filtrage des réponses par le conscient.

Qu'entend-t-on par réponse ?

Dans la situation de transe hypnotique il s'agit des réactions du patient aux différentes suggestions du thérapeute, visibles ou non, volontaires ou non :

« Le sujet hypnotique répond à tout ce que le praticien apporte ; à ses mots et à ses idées, aux significations implicites, aux intonations et aux inflexions, aux pauses, aux hésitations, aux incertitudes, aux doutes, aux craintes et aux anxiétés. Rien n'est perdu. » (21 p.97)

Ce sont les plus souvent des réponses non verbales et involontaires d'acceptation ou de refus comme dans la technique du *signaling*. Il s'agit donc ici de réponses inconscientes qui aident le thérapeute à l'accompagnement du patient dans la transe en lui indiquant ce qui est pertinent ou non dans les suggestions et dans les métaphores.

Toute attitude du patient est considérée comme une réponse dans une interaction. En temps que réponse, elle est un élément de communication indiquant qu'il a existé un autre élément de communication antérieur qui a permis son apparition. Mais, dans une dynamique interactionniste, cet élément de communication, cette réponse, va susciter une autre réponse. Ceci signifie qu'une « réponse » ne peut être isolée, que l'interlocuteur ne peut pas ne pas en tenir compte, quoiqu'il en pense.

C'est de cette observation que vient le conseil d'Erickson de suivre les réponses du patient, car ici encore il est préférable d'accepter cette réalité et de l'utiliser que de la nier et de croire que nous pouvons rester indépendant.

Mais aussi, et surtout, les réponses inconscientes s'expriment à travers les solutions que le patient applique à son problème. Le caractère inconscient se manifestera dans la spontanéité de ces solutions : le patient ne fait pas de lien entre la thérapie et ce qu'il a mis en place (cette solution n'ayant jamais été évoquée dans les entretiens) et surtout est surpris et satisfait d'y avoir pensé tout seul ; il est également surpris de ne pas y avoir pensé plus tôt. Ce sont donc des réponses qui surviennent « comme ça » et prennent souvent effet avant même qu'il en prenne conscience.

Cette réponse pourra donc être acceptée car elle appartient au patient ce qui limitera les risques de dépendance envers le thérapeute : « puisque j'ai trouvé ça tout seul, je peux bien me débrouiller sans lui ».

La réponse hypnotique est multi-contextuelle

Nous savons que nos propos peuvent prendre plusieurs sens selon le contexte dans lequel ils sont employés. Habituellement l'interlocuteur dispose de suffisamment d'informations (des informations sur l'information, ou méta-information) pour choisir la réponse la plus

adéquate ; ce tri des informations pertinentes puis « l'agrément » de la réponse sont des opérations effectuées par le conscient. Des propos qui peuvent avoir des sens très différents selon le contexte seront source de confusion ou de rire si les méta-informations ne sont pas suffisantes pour préciser le contexte choisi. Les mêmes propos tenus par un homme politique et un comique n'engendreront pas les mêmes réponses : acquiescement sérieux (éventuellement) dans le premier cas, rire de dérision dans le second ; le contexte a permis d'adapter la réponse. Cette faculté de choisir la réponse est essentielle pour nous permettre de communiquer. Nous avons des exemples, en pathologie, où cette faculté est altérée induisant ainsi des dysfonctionnements graves dans la relation comme dans la schizophrénie.

Des contextes inconscients

Il en va tout autrement dans la situation de transe hypnotique ; en effet, la dépotentialisation du conscient rend plus ou moins caduque ce système, le contexte signifiant devient le contexte interne inconscient du sujet. La réponse du sujet à une proposition ou à une suggestion du thérapeute sera en rapport avec le ou les contextes du patient dans lesquels cette proposition pourra s'intégrer ; la réponse sera donc généralement différente de ce que le thérapeute pouvait attendre, réponse qui aurait tenu compte de ses propres perceptions du patient. Le thérapeute se doit de suivre le patient, d'accepter ses réponses, même si elles semblent surprenantes. De cette acceptation dépend en partie la relation et la confiance que le patient pourra avoir.

7. LA MANIPULATION

C'est la critique la plus fréquente à l'encontre de l'hypnose et des interventions stratégiques. Cette notion n'est pas niée par Erickson, au contraire il la revendique comme un outil d'intervention efficace et... inévitable quoi qu'on puisse en penser.

Erickson se dit « *manipulateur dans le même sens que, lorsque vous ajoutez du sel sur la nourriture, vous manipulez votre sens du goût.* » (Healing in Hypnosis p.57)

La manipulation partagée

Toute communication est à considérer comme une manœuvre réciproque. Toute manœuvre cherche à gagner et à conserver la confiance de l'interlocuteur pour lui faire accepter tout ou une partie de ses arguments et, surtout de ses conséquences. Or le patient demande un changement par le biais d'une thérapie et accepte, implicitement d'être manipulé.

Le contrat doit être clair : le patient souffre et demande une amélioration ; le thérapeute accepte cette demande d'amélioration mais ne sait pas quelle forme elle prendra.

« Qu'est-ce qu'un thérapeute, sinon un spécialiste de l'influence ? Si le patient vient le consulter, c'est bien parce qu'il espère qu'il aura un effet positif sur des comportements que lui n'arrive pas à changer. » (50 p.190)

Tout ce qui se passe dans la thérapie est fait dans ce sens, pour le bénéfice du patient, jamais pour celui du thérapeute ; c'est la condition sine qua non à l'instauration d'une relation de confiance à l'intérieur de laquelle la manipulation est acceptée par les individus engagés dans cette relation, en l'occurrence le patient et le thérapeute. Dans toutes les thérapies le patient tente de manipuler le thérapeute, ne serait-ce que parce que changer est inquiétant, consciemment et inconsciemment. Cette dimension peut être refusée par le thérapeute qui se l'interdit lui-même, mais, mettre à l'écart, annuler, un des aspects de la relation est difficile

Au contraire, Erickson pense qu'il est préférable de l'utiliser montrant là encore son pragmatisme et sa volonté d'utiliser au maximum toutes les ressources de la communication et de son patient.

« On m'a accusé de manipuler mes patients, ce à quoi je réponds : toute mère manipule son bébé, si elle veut qu'il vive. Chaque fois que vous allez dans un magasin, vous manipulez l'employé pour qu'il vous fasse un prix. Et quand vous allez au restaurant, vous manipulez le serveur. Le professeur à l'école vous manipule pour vous apprendre à lire et à écrire. Bref, la vie n'est qu'une gigantesque manipulation. » (52 p.210)

Un abus de pouvoir ?

Un patient qui demande de l'aide à un thérapeute reconnaît implicitement à celui-ci un certain pouvoir, le pouvoir de guérir grâce à son savoir, son expérience, ses techniques. Ce pouvoir, il le prête au thérapeute en même temps qu'il lui accorde sa confiance. Le thérapeute n'est pas en position d'accepter ou non ce pouvoir, cette notion est dans l'esprit du patient. Cette notion de pouvoir est intrinsèque à toute psychothérapie, elle découle des positions nécessairement différentes du patient et du thérapeute. Il est sûrement préférable de le reconnaître pour pouvoir le contrôler. Comment ceux qui le nient peuvent-ils ne pas en abuser ?

C'est lorsque le thérapeute est mis en échec, qu'il ne contrôle plus la thérapie, lorsqu'il a perdu toute conviction d'amélioration du patient mais qu'il continue comme si de rien n'était, lorsqu'un doute s'instaure sur le bénéficiaire de la thérapie, c'est alors que l'abus de pouvoir, la manipulation, la violence vont apparaître.

C'est aussi lorsque le patient doute du thérapeute, lorsque sa confiance est émoussée, qu'il va se sentir nier par le thérapeute, devenir un objet entre ses mains, qu'il y a violence si le thérapeute refuse d'entendre, de reconnaître que la relation est maintenue par la contrainte. Combien sont assez habiles pour interrompre une thérapie sans culpabiliser le patient ?

Toute thérapie peut engendrer de la violence mais ceci dépend moins du modèle conceptuel, de la technique utilisée que de la vigilance du thérapeute, de sa clairvoyance à percevoir ses limites et ses échecs, et de son éthique personnelle.

IV. Eléments de la thérapie.

1. LE CONTEXTE DE LA THERAPIE

Une thérapie, pour se mettre en place doit réunir au moins deux individus dont les rôles sont différents et sont préalablement définis (pas toujours clairement) : un patient et un thérapeute. Le patient est un individu en souffrance qui, ne pouvant trouver seul les ressources pour se soulager, formule une demande d'aide auprès d'un autre individu, le thérapeute, connoté comme spécialiste de la relation, susceptible d'empathie, et dépositaire de connaissances en communication humaine. Ceci étant posé, la demande de l'un comme la participation de l'autre peuvent prendre des formes très variables.

Il nous semble que le facteur essentiel de réussite dans cette rencontre est la pertinence de la réponse du thérapeute par rapport à la demande du patient. Dans cette optique, la coexistence de différentes formes de thérapies est non seulement possible mais indispensable.

Reconnaître la méthodologie du patient

Le patient arrive toujours avec une certaine méthodologie concernant ce que doit être un psychothérapeute, dans les techniques et les buts poursuivis ; Erickson considère que cette dimension est des plus respectable et qu'il n'est pas dans les attributions du thérapeute de la contester et plus encore qu'il serait malhonnête de sa part d'accepter un contrat ambigu qu'il ne peut pas remplir, au détriment du demandeur. Un Ericksonien pourra répondre à cette demande : « Aidez moi à aller mieux » mais pas à celle-ci : « Aidez moi à comprendre pourquoi je vais mal ». La démarche Ericksonienne ne repose pas sur la recherche de l'origine des troubles mais sur la création d'un contexte dans lequel un changement peut prendre place. Ceci va bien au-delà d'une pratique différente, il s'agit d'un saut épistémologique d'une conception intrapsychique, descriptive et explicative à une conception contextuelle, communicationnelle et dynamique du trouble psychique et de l'intervention thérapeutique.

Cette notion de contexte prend une grande importance dans une optique stratégique, dépassant sa simple et indispensable reconnaissance, puisqu'il va pouvoir devenir un élément utilisé par le thérapeute.

Le contexte initial dépend pour beaucoup des attentes et des cadres de références du patient, qui contiennent des définitions des rôles et positions que chacun doit avoir dans une thérapie. Ce contexte existe implicitement dans toute thérapie et détermine, non seulement l'attitude du patient mais aussi celle du thérapeute, qui se retrouve très vite lié par un contrat dont il ne connaît pas les termes et qu'il découvre peu à peu d'après les réactions du patient. Il participe à un « jeu » dont il ne connaît pas les règles, ce qui lui impose de faire le moins d'écarts possibles pour ne pas être « hors la loi ». Un moyen habituel pour sortir de cette impasse, ou ne pas y entrer, est d'imposer son propre règlement, un autre contrat implicite qui régit l'attitude du thérapeute d'après ses théories et ses définitions des rôles et fonctions de chacun. Ces deux contextes vont générer des zones de lutte et de malentendus d'autant plus difficiles à lever que chacun aura la certitude d'avoir respecté les règles.

Utiliser le contexte apporté par le patient

C'est en partie pour éviter de telles ambiguïtés qui portent le ferment de l'échec d'une relation qu'Erickson pense qu'il est souhaitable d'accepter le patient avec tout ce qu'il apporte : ses difficultés, ses symptômes mais aussi ses conceptions de la thérapie.

Le thérapeute entre donc dans le « jeu » du patient, et va tenter d'en découvrir les règles essentielles. Maintenant, le thérapeute n'est plus prisonnier de l'inconnu ; il a alors le choix entre plusieurs attitudes : intervenir en respectant les lois, en les évitant, en les affrontant ou en recherchant un compromis avec le patient. Il sera parfois pertinent de négocier un contrat avec lui en tenant compte de ses possibilités.

En acceptant ainsi le patient dans sa totalité et en le reconnaissant comme partenaire, le thérapeute se préserve aussi du sentiment de toute-puissance et d'omnipotence qui peut naître du pouvoir que lui prête le patient, le pouvoir d'alléger les souffrances, de guérir.

Il faut en effet regarder la situation en face, dans une thérapie nous en faisons peu et le patient beaucoup, c'est lui qui travaille à son problème, qui en supporte les éventuelles difficultés supplémentaires dans sa vie (et que nous espérons temporaires), lui qui nous choisit, qui choisit de continuer ou d'arrêter, lui qui nous emploie ; c'est donc lui le personnage central de l'aventure, nous ne sommes là que pour le servir avec notre personnalité et nos techniques de communication qui justifient notre présence. Le thérapeute moderne reste probablement dans

l'esprit des patients un peu sorcier et un peu magicien mais ceci est et doit rester dans l'esprit du patient, le thérapeute doit quant à lui faire son deuil de cette prétention.

Watzlawick dit très justement :

« Les limites d'une psychothérapie responsable et humaine sont bien plus étroites qu'on ne le pense généralement. Si elle ne veut pas être la cause du mal qu'elle soigne, la thérapie doit se limiter à soulager la souffrance ; elle ne peut prendre pour objet la quête du bonheur. » (57 p.77)

2. LE THERAPEUTE

Motivation

C'est l'attitude du thérapeute envers le patient qui détermine ce qu'il va obtenir. Erickson (21) a mené l'expérience suivante avec trois groupes d'étudiants en hypnose et une femme capable de développer tous les phénomènes subjectifs de la transe, en particulier l'anesthésie et les hallucinations avec un praticien expérimenté. Les trois groupes devaient induire tous les phénomènes possibles ; séparément il dit : au groupe A, qu'elle ne développait jamais d'anesthésie – au groupe B qu'elle ne développait pas d'hallucinations visuelles – au groupe C qu'elle ne développait pas d'hallucinations auditives. Chaque groupe devait essayer quand même. Le sujet devait effectuer tous ce qu'ils pensaient vraiment, sans savoir qui était A, B ou C.

Ils ont tous été surpris. Le groupe A avait tout réussi sauf l'induction de l'anesthésie ; le groupe B s'est récrié en disant que c'était très facile d'induire une anesthésie, par contre ils avaient échoué pour les hallucinations visuelles... Le groupe C, bien sûr, n'était d'accord avec aucun des deux premiers...

Le sujet a ensuite expliqué qu'un des groupes avait proposé une anesthésie mais sans attendre vraiment qu'elle le ferait, et elle n'a pas développé d'anesthésie dans la transe. Les deux autres avaient bien évoqués des hallucinations, mais là encore, plus par principe que par assurance du résultat.

Tout étudiant en hypnose a vécu ce genre d'expérience, comme « thérapeute », mais aussi comme sujet, expérience qui illustre, au moins pour l'hypnose, que la conviction du thérapeute est essentielle pour entraîner l'adhésion du patient. Ceci explique peut-être les résultats très variables des prescriptions médicamenteuses selon les thérapeutes. Ceci confirme aussi l'idée qu'un thérapeute ne doit employer que des méthodes pour lesquelles il est bien entraîné et en lesquelles il place toute sa confiance quant à l'efficacité thérapeutique. Une expérience « pour voir » n'aura jamais la même efficacité qu'une prise en charge avec conviction.

Lorsqu'un thérapeute veut obtenir n'importe quel résultat hypnotique avec ses patients, il vaut mieux qu'il le pense réellement comme cette expérience le montre. Mais comment être soi-même convaincu de ses possibilités ? Il faut que le thérapeute se penche sur sa propre histoire personnelle en tant qu'être humain, pour reconnaître qu'il a lui aussi, à diverses occasions, expérimenté des phénomènes spécifiques comme la dépotentialisation du conscient ou une anesthésie. Il doit aussi reconnaître qu'il n'est pas différent des autres êtres humains. Il s'apercevra alors que ce qu'il propose à ses patients ne dépasse pas leurs propres capacités.

Formation spécifique

Evidemment, ceci sera renforcé par l'expérimentation de trances hypnotiques personnelles pendant lesquelles chacun peut avoir un aperçu de possibilités jusque là ignorées mais aussi vivre ce qui se cache derrière des termes comme focalisation de l'attention, dépotentialisation du conscient ou encore dissociation. Il est tout à fait surprenant de se vivre à la fois comme acteur et observateur d'une catalepsie par exemple. Il nous semble que ce type d'expérience est indispensable avant de prétendre à une utilisation clinique, pour mieux ressentir le vécu des futurs patients et aussi pour être bien convaincu que celui-ci garde en permanence le contrôle de la transe et le choix de n'accepter que les suggestions pertinentes.

Cette étape est la première, elle n'est pas suffisante ; s'il est en effet relativement facile d'induire une transe hypnotique, il faut apprendre comment faire de cette transe un outil thérapeutique, et comment l'intégrer dans une démarche stratégique.

Formation générale

Au-delà de cet apprentissage à l'hypnose et à la stratégie, il faut être capable de discerner quand et comment l'utiliser, c'est à dire reconnaître les indications mais aussi les limites du thérapeute. Pour Malarewicz, la thérapie peut commencer avec la demande du patient mais doit s'arrêter avec la compétence du thérapeute.

Ces remarques introduisent la notion qu'une psychothérapie et en particulier l'utilisation de l'hypnose ne peut être confiée qu'à des thérapeutes connaissant les multiples facettes de la nature humaine et parfaitement entraînés à sa technique.

L'hypnose demande en plus de bonnes connaissances de la physiologie et de la pathologie médicale pour savoir reconnaître un trouble organique d'un trouble fonctionnel. C'est pourquoi tous les instituts Milton Erickson s'engagent à ne dispenser l'enseignement de l'hypnose qu'à des médecins et des psychologues cliniciens.

Reconnaître ses limites

Nous terminerons par la position d'Erickson à ce sujet, elle témoigne de sa sagesse et contient probablement les clés de ses nombreux succès.

« Vous devez vraiment apprendre à évaluer chaque petit morceau de la personnalité humaine et à évaluer chaque type de comportement disponible. Puis vous devez adapter votre propre comportement aux besoins du patient sur la base de votre propre évaluation. Si vous ne pouvez pas vous adapter aux besoins d'un patient particulier, envoyez le ailleurs avec votre bénédiction. Il est inévitable de rencontrer des patients auxquels simplement vous ne pouvez pas vous adapter. »
(21 p.147)

3. LE PATIENT

Ce chapitre va traiter essentiellement de la demande du patient qui est pour Erikson, comme pour tous les psychothérapeutes, un critère fondamental. Mais dans une thérapie Ericksonnienne cette demande et son évaluation prennent une dimension capitale puisque le thérapeute va en tenir compte pour adapter une stratégie, tant dans son attitude que dans la prise en charge qu'il peut proposer (ou non).

La demande ne peut pas être immédiatement évaluée par le thérapeute, et pourtant il ne peut éviter de s'en faire une idée dès le premier contact ; il est très difficile de revenir sur ces premières impressions. Avant de commencer la thérapie, il est intéressant de débroussailler un peu le terrain afin de voir où le thérapeute met les pieds. Nous prendrons comme modèle de référence le contrat d'hospitalisation décrit par Malarewicz (49) en l'adaptant à une prise en charge individuelle en ambulatoire (le principe reste le même pour un couple ou une famille). En abordant ces différents points, le thérapeute essaye d'apprécier le contexte apporté par le patient.

1. Quelle est la finalité de la thérapie ? « Qu'attendez de vous de moi ? »

Il s'agit ici de la demande « officielle » formulée, souvent en termes de disparition de symptômes et qui représente, a priori, pour le patient le but de la thérapie. Nous verrons que cette demande en cache souvent une autre dont il est impossible ou difficile de parler ; ce sera le but du thérapeute d'apprécier cette demande implicite ; nous en reparlerons.

Cette finalité exprimée pourra parfois être acceptée par la thérapeute mais parfois il sera nécessaire de la « recadrer » car elle contient un but utopique du genre : « Je voudrais être comme avant » ou « Si j'avais du travail, je ne serais pas déprimé (sous-entendu : aidez moi à en trouver) », mais aussi lorsque la formulation est trop vague : « Je n'arrive pas à avoir des relations satisfaisantes avec mon entourage ». Il est indispensable de redéfinir ces demandes, les accepter ne peut que préparer l'échec, à travers une thérapie sans fin.

2. Quel sera pour le patient, le premier changement significatif ?

En d'autres termes, quel sera le premier fait, objectivable, qui prouvera au patient que quelque chose a changé dans sa réalité, qui rendra caduc le caractère inéluctable de la souffrance ? C'est au patient de proposer ce changement minimum.

Par ce biais, il se met déjà au travail et participe à la thérapie, mais c'est aussi un moyen de diviser la souffrance, et de mettre en route une dynamique positive. Cet élément devient un médiateur entre le patient et le thérapeute et un enjeu minimum qui évoluera au cours de la thérapie. Il met en place un feed-back permettant à l'un et à l'autre d'évaluer régulièrement ce qui se passe dans la thérapie.

3. Quels sont les moyens que s'est déjà donné le patient pour résoudre le problème posé ?

En général, différents moyens ont déjà été essayés, soit seul soit avec de l'aide. La revue des tentatives personnelles qui ont échoué permet au thérapeute d'aborder la compréhension, par le patient, de son symptôme, la signification ou l'origine qu'il lui attribue. Ceci engage aussi le patient dans une recherche intérieure, qui avec l'aide du thérapeute peut enclencher une dissociation et un processus, inconscient cette fois, de changement.

Par ailleurs le thérapeute doit se garder des disqualifications des interventions précédentes dans lequel le patient, cherchant une alliance, tente d'entraîner le thérapeute ; il risquerait ainsi de se retrouver rapidement sur la liste des thérapeutes incompetents. Il doit, tout au contraire, faire l'inventaire des points positifs dans les expériences précédentes qui pourraient être repris.

4. Comment le patient pense-t-il pouvoir aider le thérapeute ?

Cette question induit immédiatement l'idée que le patient est partie prenante de la thérapie, qu'il a un rôle actif et surtout place le thérapeute dans une position basse dans laquelle il refuse la toute-puissance que pourrait lui prêter le patient. Un moment de confusion suit généralement cette question car les patients sont habitués à se voir imposer les conditions de prise en charge. Le thérapeute peut aussi demander des idées sur la manière dont la thérapie devrait se dérouler, quelle attitude serait la meilleure... Par exemple, il est ainsi possible de savoir si le patient considère comme acceptable d'avoir des tâches, de suivre des prescriptions.

5. Combien de temps le patient accorde-t-il au thérapeute pour obtenir le résultat qu'il en attend ?

Les patients ont en général une idée assez précise d'un délai considéré comme suffisant pour atteindre le but qu'ils se sont fixés. Ce délai dépend des connaissances qu'ils ont sur les thérapies acquises auprès de l'entourage ou par des lectures, mais aussi c'est un indice indirect de leur évaluation de la gravité de leur état, de l'importance qu'ils attribuent à leur souffrance. C'est ici encore une notion subjective qui demandera à être corrigée pendant la thérapie, en fonction de l'évolution.

A partir des réponses à ces différents points, le thérapeute va imaginer une stratégie qui pourra tenir compte des capacités et des attentes du patient.

Demande explicite et implicite

Tout thérapeute doit savoir que certaines demandes ne sont pas des demandes de changement et que certains symptômes sont un signe d'alerte qui, en aucun cas, ne doit être supprimé pour ne pas entraîner le patient dans une illusion de guérison. Il est parfois mis en avant mais la

thérapie doit porter sur les conditions d'apparition de ce symptôme, qui disparaîtra « spontanément » s'il n'a plus de raison d'être.

C'est ainsi que, au-delà de la formulation d'une demande « officielle » de changement et de son appréciation par le patient, le thérapeute expérimenté reconnaîtra parfois une autre demande implicite, car, comme le dit Erickson :

« Il est assez risqué et impressionnant pour des patients de faire des déclarations décisives sur leur situation. Ils souhaitent désespérément que les choses tournent bien et, naturellement, ils ne veulent pas immédiatement prendre position sur quelque chose qui est si terriblement difficile. » (21 p.62)

Le thérapeute a à travailler avec différents types de patients. Dans le meilleur de cas, les patients sont disposés à se prendre en charge et capables d'accepter le changement. En fait, ils ont déjà mis en place les conditions du changement. Un bon indice est l'aide qu'ils sont disposés à apporter au thérapeute, en se déclarant prêts à suivre les prescriptions que la thérapeute jugera utiles. Le système est prêt à changer, le patient vient, d'une certaine manière demander « la permission » pour ce changement. Face à ce genre de patient, le plus difficile pour le thérapeute est de suivre son patient et ne pas lui imposer une mauvaise direction. Il faut cependant rester prudent et se rappeler que « l'hyper-coopération » est une forme de résistance, ceci est bien connu des hypnothérapeutes.

En fait, la plupart des patients formulent deux demandes simultanées. La première est une demande de changement visant à faire disparaître une souffrance réelle. La deuxième est une demande implicite que rien ne change car le changement est synonyme d'inconnu et, en fait le symptôme est déjà une tentative d'aménagement à un contexte difficile. L'idéal en général serait que la souffrance s'améliore sans que rien ne change. Il est indispensable de prévenir le patient qu'il aura des efforts à fournir, que cela lui coûtera quelque chose.

Nous avons vu comment la stratégie va essayer de tenir compte de cette ambivalence mais il est également souhaitable de s'adapter aux capacités évolutives des patients ; par exemple, Erickson tente en général de définir un changement mineur, relativement facile à atteindre, car ce premier changement va positiver la thérapie et rassurer le patient.

4. LE PROBLEME

Définir un symptôme-cible

L'hypnose et les thérapies stratégiques définissent comme premier champ d'intervention le symptôme, pris dans son acceptation la plus large car c'est le niveau le plus immédiat que montre le patient, et il constitue la base de la demande.

Dans une conception interactionniste, le symptôme est considéré comme un élément de communication dans le contexte habituel du patient mais aussi dans la thérapie dont il va devenir le fil conducteur. Souvent il cache une autre demande difficilement exprimable mais Erickson pense qu'il faut travailler avec ce que propose le patient et qui définit la thérapie.

Le symptôme, « porte-parole » du patient

Paradoxalement, cette conception s'oppose au réductionnisme de la nosographie et du diagnostic qui ne parlent plus d'un individu mais d'un obsessionnel, d'un déprimé ou d'un anxieux confondant le tout (l'individu) et la partie (les symptômes) et se trouvant fort démunis lorsqu'un symptôme ne « rentre » pas dans le tableau théorique qui veut que chaque structure s'exprime par tel symptôme et non par tel autre. La clinique infirme tous les jours cette conception linéaire, et pourtant...

En effet, lorsqu'Erickson dit que Mme X a une phobie, il ne dit pas qu'elle est phobique, dans sa totalité ; au contraire, il constate qu'à coté de cette phobie, Mme X est parfaitement adaptée à sa vie et à la réalité. Cette phobie, ce symptôme est le reflet d'un dysfonctionnement partiel, d'une inadéquation localisée entre sa réalité interne consciente et inconsciente et la réalité externe. Son inconscient, avec ses capacités, a « choisi » ce comportement comme réponse à une situation inacceptable, que celle-ci soit vraie ou imaginaire.

C'est en gardant tout cela à l'esprit que **le thérapeute travaille, non plus sur, mais avec le symptôme**.

En pratique, le plus important, au-delà des troubles présentés est la compréhension que le thérapeute peut percevoir du patient et du symptôme. Car, en premier lieu, ce n'est pas l'hypnose qui est thérapeutique, c'est le thérapeute et sa stratégie.

Donc, s'il existe quelques indications –ou contre-indications générales de l'hypnose, chaque thérapeute se fait une « grille » personnelle par rapport à sa personnalité, à son expérience et à sa conviction. Ici encore, ce n'est pas une théorie qui détermine ce que peut faire le thérapeute, mais le thérapeute lui-même.

Erickson ne propose pas de liste des indications de l'hypnose, il ne se réfère pas à la nosographie traditionnelle mais considère chaque problème comme unique, demandant une réponse adaptée. Il a laissé de très nombreux récits de thérapie parmi lesquels nous retrouvons des situations extrêmement variées, comme les quelques exemples repris dans ce travail le montrent. Il n'est donc pas souhaitable pour lui de s'enfermer dans des classifications qui répondent à une théorie tendant à généraliser les difficultés rencontrées et les réponses thérapeutiques.

Ce n'est que lorsque le thérapeute rencontre le patient qu'il peut décider de l'intérêt ou non d'utiliser l'hypnose formelle, ou d'utiliser des techniques dérivées. L'indication repose sur la personnalité et les attentes du patient, sur celles du thérapeute et sur le type de relation qui s'installe entre eux.

Ces réserves essentielles faites, nous pouvons proposer quelques grandes lignes représentant les troubles les plus fréquents pour lesquels l'hypnose est utilisée ; nous en profiterons pour préciser ses limites et les domaines qui doivent faire préférer d'autres méthodes.

Symptômes névrotiques

- Les troubles anxieux, à type d'angoisse flottante, somatisée ou non.
- Les peurs incontrôlables à type de phobie.
- Les idées obsédantes et les comportements ritualisés.
- Les situations d'échecs répétés, scolaires ou professionnels.
- Les difficultés de concentration.
- Les situations de dépendance : alcool, drogue, tabac ?

- Les troubles sexuels.
- Les troubles du sommeil.
- Les troubles de l'alimentation.
- L'énurésie, chez l'enfant et l'adulte.

Il est bien évident que la plupart des patients présentent simultanément plusieurs de ces symptômes (dont la liste n'est pas exhaustive) lorsqu'ils formulent une demande d'aide. Par exemple, pour un patient déprimé : manifestations anxieuses, difficultés de concentration, sentiment d'échec, ou d'inutilité, un ralentissement de l'activité, des troubles du sommeil, de l'alimentation. Le thérapeute qui se donne comme axe de travail le symptôme ne peut pas disperser ses efforts dans toutes les directions. Sa première intervention consiste, avec l'aide du patient, à hiérarchiser les difficultés, à diviser les dépressions dans ses composantes puis à choisir un symptôme, celui qui sera considéré par le patient comme le plus gênant, mais surtout un symptôme qu'il va être possible d'objectiver et d'isoler très clairement de la totalité. Pour prolonger notre exemple, le choix peut se porter sur l'insomnie ; il faut alors en étudier les paramètres : heure du coucher, heure d'endormissement, nombre et durée des réveils nocturnes, dose d'hypnotiques... Il est probable que le patient ne saura pas répondre de manière précise à cette évaluation, la première prescription thérapeutique pourra consister dans l'observation de ces paramètres dans l'intervalle jusqu'à la prochaine séance. Il devient alors possible, au thérapeute comme au patient d'avoir un élément d'évaluation de la thérapie. Il est beaucoup plus facile de viser à un gain d'une heure de sommeil par nuit que d'utiliser un critère éminemment subjectif comme le sentiment d'inutilité ou la tristesse. L'orientation vers un symptôme est donc un artifice technique qui résulte d'un compromis acceptable par le patient et le thérapeute.

Pour rester cohérent, le thérapeute ne se satisfera pas d'une formulation subjective du résultat de la thérapie sous cette forme : « Je ne suis plus déprimé », mais orientera le patient vers une formulation symptomatique : « J'ai retrouvé mon sommeil habituel, je peux me concentrer sur mon travail, je n'ai plus besoin d'anxiolytiques, j'ai repris mon poids de forme... »

Il nous semble important de préciser que des difficultés de cet ordre survenant chez un patient présentant une personnalité hystérique répondent en général assez mal à une approche hypnotique et stratégique. Contrairement à l'idée reçue, ces patients ne sont pas de meilleurs sujets à la transe hypnotique que les autres, quoique leur grande suggestibilité ait pu le faire

penser ; cette attitude nous semble en fait plus proche d'un comportement de résistance par hyper-coopération. Il est d'autre part difficile de bâtir une thérapie sur un symptôme compte tenu de leur grande labilité et plasticité. Enfin, ces patients s'accommodent mal d'une démarche qui d'emblée discute de la durée et des conditions de la fin, ce qui tend à s'opposer trop directement à la dépendance relationnelle qui leur est nécessaire.

Troubles psychosomatiques

Conformément aux indications classiques l'hypnose reste très pertinente pour ces patients, peut-être en raison du double impact, sur le corps et le psychisme, permettant des interventions aussi bien sur la manifestation symptomatique que sur les conditions inconscientes et contextuelles qui président à son apparition et sa persistance.

Mais, il convient dans ce registre d'être prudent afin de ne pas qualifier hâtivement de psychosomatiques des troubles qui demandent une prise en charge spécifiquement somatique. Le thérapeute doit donc avoir de bonnes connaissances dans les deux domaines mais aussi s'en remettre à des praticiens plus compétents que lui pour le diagnostic différentiel.

En effet, les conséquences pourraient être graves, s'il est licite de travailler sur la douleur d'une gastrite, conséquence d'une situation relationnelle « stressante », il faut être sûr qu'il ne s'agit pas d'une douleur de même localisation qui est parfois le premier signe clinique d'une pathologie tumorale, par exemple, et respecter ce qui est alors un signe d'alerte.

La douleur

Sous réserve des précautions que nous venons d'évoquer, la douleur est une excellente indication de l'hypnose. Erickson a beaucoup travaillé sur ce sujet, depuis les douleurs les plus banales jusqu'aux douleurs terminales des cancers, qui ne peuvent plus être soulagées par la pharmacopée habituelle. Nous avons dit que les expériences personnelles d'Erickson face à ses douleurs ne sont pas étrangères dans la grande pertinence de ses approches spécifiques. Par exemple, « le vieux Joe » dont nous avons parlé plus haut a poursuivi sa vie pendant quatre mois, pratiquement sans douleurs et sans traitements.

De nombreuses techniques ont été proposées, leur emploi résulte, là encore, plus d'un choix du thérapeute que du type des douleurs, ceci apparaît très bien dans les récits d'Erickson, en particulier dans la quatrième conférence de « l'hypnose thérapeutique » (21), ou dans les comptes rendus de S. Rosen et de J. Lodéon (43, 44). Il faut également citer J. Barber, élève d'Erickson (4) qui se consacre à l'étude et au traitement des phénomènes douloureux.

Les troubles psychotiques

Nous n'avons pas retrouvé de description de prise en charge hypnotique par Erickson chez des patients présentant des troubles considérés comme psychotiques. Nous pensons qu'il convient d'être très prudent avec ces patients qui sont susceptibles de vivre de manière très angoissante une transe hypnotique, tant par les sensations physiques qui l'accompagnent que par la dissociation psychique qui, en fait, réactiverait leur vécu de morcellement. Il est parfois difficile de porter le diagnostic, c'est pourquoi tout thérapeute utilisant l'hypnose se devra d'être attentif pour déceler rapidement l'apparition d'une angoisse déstructurante et interrompre la séance.

Par contre, les techniques stratégiques sont tout à fait indiquées, en particulier lorsqu'il s'agit de travailler avec ces familles qui sont remarquablement organisées pour résister à tout changement.

V. Aspects pratiques de l'hypnose thérapeutique.

1. PRELIMINAIRES

Nous allons maintenant évoquer comment une séance d'hypnose peut se mettre en place. Cette phase de préliminaire est très importante avant de commencer la première séance et d'engager la thérapie dans les meilleures conditions.

Qu'est-ce que l'hypnose pour vous ?

Cette question est importante car, nous l'avons déjà dit, les patients arrivent avec une idée relativement précise de ce que peut être la thérapie. Cette question se posera si le patient fait la demande d'hypnose mais aussi si c'est le thérapeute qui fait la proposition. Il s'agit à travers cette question de rencontrer les attentes, les craintes et généralement les idées erronées que le sujet peut avoir de l'hypnose. L'hypnose Ericksonienne est très différente des représentations habituelles et il est souhaitable de lui expliquer en quoi cela va consister.

Présentation de hypnose par le thérapeute.

L'hypnose est un état banal, des phénomènes de transe peuvent survenir dans la vie de tous les jours lorsque l'attention volontaire se porte vers l'intérieur du sujet plutôt que vers ce qui l'entoure. L'exemple le plus classique est le voyageur en train ; il peut très bien arriver à destination sans garder de souvenir très précis des péripéties du voyage, tout simplement il a pensé à autre chose de plus important pour lui.

L'hypnose est un état d'hypervigilance « focalisée », en l'occurrence sur des idées et des sensations internes. Pendant ce temps là le sujet est parfaitement vigilant, il reste en alerte et est capable de réagir aux sollicitations externes si elles lui semblent importantes ; il n'est donc pas question de sommeil, même si la présentation extérieure peut rappeler cet état. Cet état de relaxation n'est pas indispensable, nous verrons dans le cas clinique que le sujet peut être dans un état d'hypnose même lorsqu'il parle et qu'il présente d'une manière qui n'évoque en rien le sommeil.

La transe peut se dérouler de beaucoup de manières différentes, c'est le patient qui détermine ce qui lui semble le plus satisfaisant y compris la profondeur de la transe. Cette profondeur est d'ailleurs, en général, très fluctuante.

La transe est un état actif dans lequel le sujet contrôle ce qui se passe et accepte ou refuse ce qu'il veut. Ce n'est pas le thérapeute qui va imprimer dans l'esprit « blanc » du sujet les suggestions et solutions à ses difficultés. Au contraire le patient va effectuer un travail intense, consciemment et inconsciemment, travail qui pourra l'aider dans la résolution de ses difficultés.

Il est important pour le thérapeute de tenir compte des idées que le patient lui apporte au sujet de l'hypnose avec ses mots et ses compréhensions à lui. Si le patient pense qu'il s'agit de quelque chose comme la relaxation, on l'acceptera ; s'il pense qu'il ne faut pas relâcher la vigilance et qu'il craint d'être sous la domination du thérapeute, on lui dira encore qu'il a raison et on pourra lui conseiller de rester le plus vigilant possible...

Précautions oratoires

Il faut prévenir le patient qu'il va probablement être surpris ; il va pouvoir ressentir des sensations nouvelles, probablement agréables, mais il se peut aussi qu'il éprouve des sensations désagréables ou inquiétantes. Il doit savoir que le thérapeute surveille en permanence et enregistre des petits phénomènes externes dont il n'a pas forcément conscience mais qui préviennent le thérapeute (il n'est pas nécessaire de nommer ces phénomènes ; à titre indicatif, il peut s'agir d'une accélération de la respiration, de petits mouvements d'agitation dans les doigts, d'une contraction des maxillaires...). Souvent le thérapeute établira d'ailleurs avec le patient un code non-verbal pour prévenir si il se sent bien ou non ; par exemple bouger un doigt de la main droite pour dire oui, un doigt de la main gauche pour dire non. Il suffit alors au thérapeute de poser des questions et de lire les réponses. Cependant, le patient doit savoir qu'il garde en permanence, le droit de sortir de la transe, pour quelque raison que ce soit.

Cette précaution est importante car certaines suggestions peuvent faire revenir à la conscience des souvenirs très désagréables ; ce n'est pas le but de l'hypnose qui s'efforce au contraire de faire travailler le patient à un niveau inconscient. Une bonne maîtrise technique doit éviter de

genre d'inconvénients qui parasite la séance d'hypnose et n'apporte rien de positif par cette approche.

Il arrive qu'à l'issue de cette phase préliminaire le patient soit déjà dans une transe légère ; en effet il a fixé son attention sur ce qu'il imagine, sur ce qu'il va pouvoir ressentir c'est-à-dire qu'il présente une attention focalisée sur des phénomènes internes.

Le dernier point que nous évoquons, peut chronologiquement se passer avant cette discussion sur l'hypnose : il s'agit de l'anamnèse du sujet. Au-delà de l'anamnèse classique et indispensable concernant les difficultés, leur histoire, le contexte, les autres démarches thérapeutiques..., il faut rechercher des données spécifiques dont le thérapeute doit tenir compte pour éviter des avatars techniques. S'est-il passé dans un passé récent ou plus ancien des faits traumatisants (décès d'un proche, accident, maladie, intervention chirurgicale, ...) ? Existe-t-il chez le patient une localisation douloureuse actuelle ou ancienne (si ce n'est pas le motif de la demande) ? L'intérêt pour le thérapeute est de lui éviter d'évoquer involontairement ces difficultés qui n'ont peut-être rien à voir avec la situation présente. Ceci dit, il pourra aussi lui sembler pertinent d'utiliser activement ces données mais il le fera alors en connaissance de cause.

Nous concluons par cette réponse d'Erickson (21 p.169) à propos des dangers de l'hypnose.

« Il y a un patient qui arrive en disant : "Je viens ici parce que le Dr Untel m'a envoyé mais il dit que l'hypnose est dangereuse."

Maintenant, ce patient s'attend vraiment à ce que je discute ce qu'il vient d'annoncer. Il s'attend vraiment à ce que je défende l'hypnose. Bien, je ne vais pas faire ce que le patient s'attend que je fasse. A la place, je déclarerai : "Oui, vous savez, c'est comme de conduire une voiture. Il y a au moins cent façons de conduire une voiture dangereusement, peut-être plus de cent. Je ne me suis jamais embêté à trouver toutes les façons de conduire dangereusement une voiture parce que je préfère simplement conduire avec prudence. Et je considère l'hypnose de la même façon. J'aime utiliser l'hypnose avec prudence, avec précaution et doucement." ».

2. TEMPS DE LA SEANCE

Les différents temps d'une séance d'hypnose sont, quelques soient les techniques utilisées, fondamentalement les mêmes depuis que l'hypnose existe. La transe est encadrée par une phase dite d'induction et par une phase de retour au conscient (le terme de réveil ne devrait plus être employé puisqu'il n'y a pas de sommeil). Mais ces trois termes cachent des réalités bien différentes : la transe est un état de dissociation, l'induction est la phase d'apparition de cet état, le retour au conscient en est l'annulation. Seul l'état de dissociation est propice au processus thérapeutique et recherché spécifiquement par le thérapeute.

Ces trois phases sont présentes, mais elles ne sont pas clairement distinctes comme la présentation le suggère. Il n'y a pas de rupture dans la séance, les différentes phases s'enchaînent naturellement et se superposent. Dès le début de l'induction, on peut dire qu'il y a déjà un peu d'hypnose, un peu de transe ; lorsque l'on pense que la transe est installée, de nouvelles inductions sont faites pour modifier la profondeur par exemple. Pendant le retour au conscient, le patient se « ré-associe », mais son attention reste encore figée sur l'expérience qu'il vient de vivre ; cette transe légère permet, si nécessaire, une nouvelle induction très rapide.

Induction

Il s'agit pour le thérapeute d'aider le patient à développer l'état de transe hypnotique, c'est-à-dire un état de conscience modifiée dans lequel l'attention se porte essentiellement sur des sensations internes. L'essentiel consiste dans la fixation de l'attention volontaire sur un objet externe ou interne (idée, image, sensation) ce qui entraîne une dépotentialisation du conscient.

Le thérapeute a recours à des suggestions verbales, mais aussi non-verbales. Il adopte une position symétrique à celle du patient, modifie le rythme et le ton de sa voix, suit le rythme respiratoire...

C'est en observant très attentivement que le thérapeute va apprécier l'efficacité de ses suggestions ; de nombreux critères signent l'apparition d'une transe chez le patient : fixité du regard, aplatissement du visage, mouvements plus rares, moins amples, réponse verbales

différées et brèves. Le plus simple consiste, à partir d'un point de départ quelconque, d'accompagner le patient c'est-à-dire d'amplifier ses sensations, de l'aider à préciser les idées ou images qui lui viennent à l'esprit.

Ainsi le thérapeute s'efforce de faire des suggestions qui vont dans la direction que le patient a choisi de prendre.

Transe

La transe hypnotique est donc un état dans lequel le conscient est dépotentialisé, libérant ainsi des processus inconscients. Il n'y a pas de parallélisme entre la profondeur de la transe et l'efficacité thérapeutique. Erickson nous dit que certains patients, par exemple, préfèrent un état de transe légère et il faut le respecter :

« Mon obligation – mon devoir - est de ne pas essayer d'approfondir ces trances, parce qu'aussi sûrement que j'essaye d'approfondir ces trances – et les patients s'aperçoivent que j'essaye - je viole leur compréhension personnelle de ce qui est correct et bon. » (21 p.77)

Nous trouvons ici un exemple du respect de la définition de la thérapie par les patients, définition qu'ils ont en arrivant :

« Les patients viennent vers vous à propos d'une aide médicale ou dentaire. Ils ne viennent pas vers vous à la recherche d'un enseignement scientifique sur les niveaux de transe. Les patients ne sont pas le moins du monde intéressés par une approche philosophique de l'hypnose. Ils veulent certains résultats personnels, mais leur connaissance du langage est telle qu'ils sont handicapés. C'est pourquoi il vaut mieux être prêt à utiliser le langage que les patients comprennent : s'ils comprennent qu'une transe légère est la bonne chose, vous continuez en appelant transe légère une transe très profonde, et dans cette transe très profonde vous avez intérêt à ce qu'ils y voient quelque part des preuves qu'ils sont dans une transe très légère. » (Id)

Le thérapeute ne remet donc pas en question ce que le patient a consciemment décidé c'est-à-dire une transe légère, tout en respectant le choix de l'inconscient de développer une transe profonde. Pour Erickson, c'est l'inconscient, « le plus grand réservoir de sagesse en comparaison avec l'esprit conscient » qui doit diriger la transe hypnotique.

« Le patient peut être en même temps dans une transe très légère et dans une transe très profonde – dans une transe légère en relation avec une certaine partie de la réalité et dans une transe profonde avec une autre partie de la réalité. » (21 p.59)

Habituellement la transe est associée à une déconnection de toutes les perceptions externes ; en fait il est très possible, en particulier pour des patients inquiets par une perte totale de contrôle de la réalité externe, de suggérer une vigilance pour ce qu'il se passe et donc la persistance de mécanismes conscients. Mais, cette hyperattention ne peut être que localisée entraînant ainsi la dépotentialisation de tous les autres mécanismes et un état d'hypnose très satisfaisant même s'il ne recouvre pas tout le champ de la conscience.

La transe, l'état de dissociation dans lequel le processus thérapeutique se met en place, n'est pas toujours reconnue par le patient ; il est parfois souhaitable de la ratifier. C'est dans ce but que sont induits des phénomènes spécifiques de la transe, par exemple, la catalepsie. Elle n'a pas, en elle-même, valeur thérapeutique mais permet au patient de savoir qu'une partie de lui peut faire tenir son bras en l'air, sans aucun effort conscient. Il peut alors reconnaître qu'il existe en lui des capacités qu'il ne connaissait pas et que son inconscient possède des ressources insoupçonnées. La découverte de son bras en l'air et de toutes les implications est vécue avec surprise, la dissociation n'est pas ressentie comme angoissante.

Dans cet état de transe, les associations d'idées peuvent se faire de manière particulière, par exemple par contamination. Ceci va nous montrer que nous avons quitté la logique rationnelle du conscient et que de nouveaux mécanismes sont alors activés. Une sensation peut ainsi se transmettre d'une partie du corps à une autre, sans suivre les lois physiologiques ou anatomiques, selon une suggestion du thérapeute ou un souhait du sujet. Une sensation de chaleur peut ainsi passer d'une main dans l'autre, ou dans un pied. De la même manière une idée acceptée dans un contexte va pouvoir se transférer dans un autre contexte par simple juxtaposition, par simple mise en relation. Il en est de même pour un nouvel apprentissage ou

une nouvelle compréhension qui, une fois acquis, peuvent s'intégrer dans des mécanismes préexistants.

Les mots et les phrases employées doivent être très précis car le patient ne tient plus compte du contexte externe pour interpréter les paroles du thérapeute mais seulement de ses propres références internes ; de nombreux mots et expressions ayant deux ou plusieurs sens possibles risquent ainsi d'être entendus avec un sens très différent du sens imaginé par la thérapeute. C'est aussi ce qui explique l'intérêt des métaphores ou encore la survenue de réponses « multi-contextuelles ».

« En d'autres termes, ce n'est pas ce que vous dites à un moment donné qui est important, c'est la signification de ce que vous communiquez. Ainsi, il est extrêmement important pour vous d'être conscient des significations de ce que vous voulez communiquer. Vous devez étudier vos mots ; vous devez apprendre à en reconnaître toutes les significations possibles. » (21 p. 44)

Retour au conscient

C'est l'étape inverse de l'induction ; elle consiste à aider le conscient à reprendre le contact avec la réalité externe en retrouvant les points de repères habituels. La procédure en est relativement simple, il suffit d'amener l'attention du patient sur les sensations extérieures. Le thérapeute reprend alors une voix habituelle, ce qui est en général entendu comme un signal de sortie de la transe. Il est important de laisser le patient se « ré-associer » à son rythme pour qu'il conserve le confort qu'il a pu ressentir.

Erickson a eu un jour une patiente qui ne sortait pas de l'état hypnotique ; il a parfaitement admis cette décision mais a prévenu cette dame qu'elle devrait payer pour le temps supplémentaire qu'elle passerait dans le cabinet... Elle s'est arrangée pour ne rien devoir.

3. CONDUITE D'UNE SEANCE

Dans ce chapitre, nous allons entrer dans une séance d'hypnose en évoquant les principales étapes et leur intérêt.

Nous ne ferons qu'évoquer quelques techniques, le chapitre suivant consacré à l'exposé et aux commentaires d'une séance complète permettra de mieux percevoir ce qu'est l'hypnose Ericksonienne.

Nous avons choisi de ne pas nous étendre sur les techniques qui demandent un enseignement pratique et une mise en situation ; un exposé très complet a été réalisé par J. Godin et J.A. Malarewicz dans leur ouvrage : « *De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique* » (47) ; il met particulièrement en évidence l'extraordinaire richesse des interventions d'Erickson.

Etablir le contact

Une bonne thérapie doit reposer sur une bonne relation entre le thérapeute et son patient. Si cette relation peut se construire et évoluer avec le temps, le premier contact reste déterminant. Erickson a toujours fait très attention à ces premiers instants et avait des manières très personnelles de les négocier. Il est certain que chacun, avec sa propre personnalité, négocie au mieux cette phase mais, il n'est pas inutile d'observer comment pratiquait Erickson. R. Bandler et J. Grinder se sont penchés attentivement sur cet aspect pour dégager quelques critères qui sont intégrés dans une approche qu'ils ont appelé programmation-neuro-linguistique. (3)

Nous retiendrons qu'en fait, le principe de base est relativement simple puisqu'il s'agit d'observer très attentivement le patient, tant sur le plan verbal que non-verbal, et d'utiliser immédiatement ces informations. Ceci demande une grande souplesse pour s'y adapter, pour reprendre son langage et son niveau de communication.

De cette observation le thérapeute retient les propos et comportements qui le renseignent sur le type d'orientation du patient à la réalité ; quatre types sont décrits : visuel, auditif,

kinesthésique et olfactif. C'est ainsi qu'avec un patient « visuel », le thérapeute aura les meilleures chances de rentrer dans le monde du patient en utilisant des formulations imagées.

Au-delà, pour établir un bon contact et une bonne relation, il est indispensable d'accepter la réalité du patient ici et maintenant ; il n'est pas opportun, à ce stade, de contester ou d'essayer de modifier cette réalité pour ne pas mettre « la charrue avant les bœufs » en demandant au patient de définir la thérapie comme terminée avant même qu'elle ne soit commencée !!

« Je pense à un homme que j'ai vu il y a peu de temps. Son cardiologue m'avait téléphoné pour me dire : "Je vous envoie un patient. L'électrocardiogramme est normal. L'homme a une névrose cardiaque. Il vaut mieux que vous le preniez en main, je ne peux pas."

Quand j'ai vu l'homme entrer dans mon bureau, il sanglotait et il hurlait : "J'ai peur ! J'ai peur ! Quelque chose va arriver. Je suis effrayé, je vais mourir d'un arrêt cardiaque ! "

Il était effrayé, il tremblait de partout. Chez lui, il a eu des attaques hystériques comparables à des attaques d'épilepsie.

Dès qu'il est arrivé dans mon bureau, je lui ai dit : "Lorsque vous irez vous asseoir, j'aimerais que vous vous asseyez de travers dans le siège ; de cette façon, lorsque vous vous évanouirez ou lorsque vous aurez une attaque, vous pouvez tomber dans cette direction, parce que je ne veux pas que votre tête se cogne contre cette bibliothèque par ici."

Maintenant, me voilà plein de bonnes attentions, le patient avait extrêmement peur. Pourquoi devrais-je lui dire qu'il ne s'évanouirait pas ? Pourquoi devrais-je lui dire qu'il n'aurait pas d'attaque ? Pourquoi n'aurais-je pas admis, par principe, qu'il ferait toutes ces choses ? C'est alors seulement que le patient saura que je comprends sincèrement sa réalité. Le cardiologue a essayé de dire à ce patient des choses qui étaient contraire aux expériences du patient. C'est pourquoi il n'a pas eu de résultat

Le patient s'est assis de travers dans le siège comme j'avais demandé. Je lui ai fait remarqué qu'une heure était une assez courte période de temps et que sa respiration était raisonnablement détendue. Il commença ainsi à porter attention à sa respiration et elle était raisonnablement détendue.

Je remarquais alors : "En même temps qu'une respiration détendue, bien sûr, vous savez que vous avez un rythme cardiaque plus lent."

Je n'ai pas dit un rythme cardiaque lent. J'ai dit plus lent. Il pouvait accepter cela et il commença à porter intérêt à la réalité de ses battements cardiaques. Bien, il n'a pas fallu longtemps pour obtenir de ce patient qu'il arrive à conclure que je comprenais vraiment son cas. » (21 p.61)

Cet exemple illustre bien comment, en quelques phrases, Erickson établit le contact et pose les bases d'une relation de confiance. Nous n'avons ici que les mots, nous l'imaginons aisément avec un comportement emprunt de bienveillance et de sollicitude, très chaleureux. Il ne ressent à l'évidence ni angoisse, ni agacement devant ce patient particulièrement agité et démonstratif. Cette tranquillité, il la trouve dans son expérience qui lui a appris qu'en montrant d'emblée au patient qu'il a bien compris ce qu'il lui signifiait par ce comportement, il lui permet de l'abandonner.

Ouvrir la parenthèse

La séance, comme la thérapie en général, est composée d'un début, d'un milieu et d'une fin. Dans l'hypnose classique, le moment essentiel est le milieu c'est-à-dire le moment où la transe est installée. Erickson considère, au contraire que chaque moment est important et que chacun participe à l'ensemble, de la même manière que pour une thérapie, les premiers instants sont essentiels pour la mise en place de la thérapie et les derniers pour la prolongation, dans la réalité, de ses effets.

L'ordre présenté ici est arbitraire et ne correspond pas toujours à la réalité du déroulement d'une séance ; c'est un ordre possible mais non obligatoire compte tenu du principe de souplesse. Nous avons déjà vu que si induction, transe et réveil se succédaient par définition, ces phases ne sont pas rigoureusement séparées, elles s'enchevêtrent les unes dans les autres.

L'ouverture de la parenthèse correspond aux premières suggestions, qu'elles soient à but inducteur ou thérapeutique. Ce sont les premiers jalons de la séance, ces interventions serviront de fil conducteur c'est-à-dire que, souvent elles seront reprises plus tard alors que l'orientation du patient est différente, pendant ou après la transe.

Une technique intéressante, appelée la pose d'ancre, peut être initiée dès ce moment. Elle a pour but de faciliter l'amnésie de tout ou partie de la séance en la circonscrivant entre deux séquences de communication identiques quant au sujet.

« Lorsqu'un patient entre dans mon bureau pour un rendez-vous prévu, j'ai habituellement une idée assez claire de ce que je veux faire. Si je pense que ce serait une bonne chose pour mon patient de quitter mon bureau avec une amnésie de tout ce qui se passe pendant l'heure –s'il s'agit là de mon jugement clinique - qu'est ce que je fais ?

Lorsque mon patient entre dans le bureau, je dis : "Y a-t-il beaucoup de circulation sur les routes ? Est ce qu'il y avait beaucoup de circulation sur North Central Avenue ? Est-ce qu'il fait chaud, je n'ai pas eu l'occasion de sortir aujourd'hui ?" Et je pose plusieurs autres questions sur ce qu'il a vu ou remarqué sur le chemin de mon bureau.

Le patient répond à toutes ces questions. Il s'assoit ; la séance se déroule ; il se lève pour partir et je dis : "North Central Avenue n'était pas vraiment occupé aujourd'hui."

Je réoriente le patient de nouveau sur le même sujet que celui dont j'ai parlé au début de la séance, comme si rien du tout n'était intervenu entre temps. En d'autres termes, je suis revenu en arrière sur la conversation initiale, de façon à ce que le patient sorte en pensant à North Central Avenue, en pensant à la température, à l'importance de la circulation, aux oiseaux moqueurs dans les arbres et non pas à ce qui s'est passé dans le bureau. Ainsi le patient peut très souvent quitter la séance sans en avoir le souvenir. » (21 p.72)

Nous trouvons ici une méthode très indirecte de suggérer une amnésie, méthode qui peut être utilisée en absence d'hypnose, mais avec une efficacité moindre. De plus il est tout à fait possible de poser d'autres ancrés à l'intérieur des premières ce qui a pour effet d'accroître l'amnésie localement, mais aussi d'appliquer la même méthode pour une partie seulement de la séance. La difficulté dans la pose successive de plusieurs ancrés est de se souvenir de leur contenu et de leur ordre afin de refermer les parenthèses dans la séquence inverse de leur ouverture.

Ce principe repris par S.R et C.H Lankton (42) sous forme de métaphores imbriquées et par Malarewicz (49) dans « les contrats multiples » : la suggestion ou la tâche qui vise à mobiliser les ressources inconscientes est précédée de deux ou trois autres tâches (prescription de symptôme, tâche banale, tâche relationnelle) et suivie d'autres suggestions du même genre et en même nombre.

Proposer un état de relaxation

C'est une orientation habituelle proposée par le thérapeute car c'est déjà une chose importante pour un patient d'apprendre qu'il peut vivre, au moins par moments, sans cet état permanent de tension physique. Il a déjà essayé de se relaxer, sans résultat notable et là, il va pouvoir expérimenter un agréable sentiment de confort.

Mais. « Est-ce que ça veut dire que les patients doivent se coucher sur un canapé et relâcher tous les muscles de leur corps, ou est-ce que ça veut dire qu'ils peuvent avoir une attitude relaxée en général ? » (21 p.87)

Ici encore la souplesse est une règle. Comment proposer d'emblée un état de relaxation à un patient qui souffre, qui est agité ? Il faut alors, par étapes successives porter son attention sur un peu de confort, tout en gardant beaucoup de tension. Puis un peu plus d'attention au confort et à la détente...

Le thérapeute doit proposer au patient de rechercher un souvenir agréable puis l'aider à fixer son attention sur ce souvenir en retrouvant l'ambiance de moment, une journée de soleil, le bord de la mer, la montagne ; les sons et les voix des autres personnes présentes ; les odeurs ; l'éprouvé corporel, cette sensation agréable de détente. Habituellement le thérapeute oriente

les pensées du patient d'abord vers ce qui est extérieur puis vers des sensations intérieures ; il tient compte aussi du type d'orientation du patient, selon qu'il est plutôt kinesthésique ou visuel. En pendant qu'il accompagne son patient dans ce voyage, il parsème son discours de termes de confort, de détente, il se laisse relaxer lui aussi, ralentissant sa respiration, sa voix pour que le patient suive ses suggestions non-verbales.

Mais cette relaxation n'est pas indispensable pour l'hypnose ; avec certains patients très tendus, il est préférable de suggérer encore plus de tension, encore plus d'inconfort pour respecter leurs possibilités actuelles. Ce qui compte c'est que le patient puisse suivre les suggestions que le thérapeute propose en suivant lui-même l'attitude du patient.

Dépotentialiser le conscient

Si l'état de relaxation s'accompagne déjà d'une dépotentialisation du conscient dans la mesure où l'attention du patient se pote seulement sur des sensations internes, il est souvent complété par d'autres techniques.

C'est ici que la confusion prend toute sa valeur, quel que soit le procédé utilisé pour la créer. Plus l'attention volontaire porte sur des éléments accessoires et plus la transe hypnotique peut s'installer ; de plus, le sujet confus a tendance à investir la première information concrète et compréhensible d'un degré inaccoutumé de valeur et d'importance.

Mise en route de processus inconscients

Compte tenu de la dépotentialisation du conscient, une partie de ce que va dire le thérapeute sera maintenant directement intégrée au niveau inconscient.

C'est le stade où les métaphores seront le plus pertinentes car entendues à différents niveaux en même temps, c'est aussi le moment que choisira le thérapeute pour faire des suggestions post-hypnotiques.

Suivre les réponses inconscientes

Lorsque le patient est dans une bonne transe hypnotique, il donne des informations au thérapeute, en général par le canal non-verbal, par des signes de la tête, des mouvements du corps... Ces informations permettent d'évaluer comment sont entendues les suggestions et d'adapter le déroulement de la séance. Le patient ne se rend pas compte de cette communication qui peut être spontanée ou avoir été préparée par le thérapeute selon un code établi avec le patient.

Fermer la parenthèse

Nous avons déjà dit que la phase de retour au conscient ne doit pas être négligée car d'elle va dépendre l'impression générale laissée par la séance. Si un ancrage a été fait en début de séance, il sera repris à cet instant ce qui va la clore immédiatement.

VI. Cas clinique.

Le cas clinique que nous allons présenter consiste en une seule séance d'hypnose, qui dure environ une heure, que nous allons reproduire dans son intégralité. Dans le texte, nous avons ajouté les comportements non-verbaux dont se sert en permanence le thérapeute et qui sont indispensables pour suivre le déroulement de la séance. Certaines constructions de phrase peuvent surprendre, nous avons choisi de les transcrire telles qu'elles ont été prononcées. Nous avons aussi souligné toutes les interventions du thérapeute qui sont appuyées et qui de ce fait deviennent des suggestions, comme nous l'avons vu dans la technique du saupoudrage dans le cas de « Joe et le plant de tomate ». Malgré cela de nombreux éléments sont malheureusement absents dans cette transcription : l'intonation de la voix, le rythme, la durée des silences (qui sont indiqués par : ...).

L'analyse technique suit le texte, elle est divisée en plusieurs parties qui correspondent à différentes phases dans la séance ; elles sont séparées par un ou deux traits horizontaux dans le texte.

Des commentaires généraux sur cette séance précéderont l'évolution de Mme C telle qu'elle nous l'a rapportée.

Présentation de Mme C et contexte de la thérapie

Mme C est une femme de 51ans, ancienne traductrice, que nous connaissons depuis plus d'un an en raison d'une thérapie familiale justifiée par des difficultés chez sa fille qui ont nécessité une hospitalisation.

Elle se décrit comme très active, pratique beaucoup de tennis, souvent avec sa fille. Elle apparaît comme autoritaire, tentant de tout contrôler à propos de son mari, de sa fille et d'elle-même bien sûr, se montrant très anxieuse lorsque quelque chose lui échappe. Pendant le séjour de sa fille, le personnel du service la considère « intrusive et provocatrice ». Le problème pour lequel elle demande l'hypnose aujourd'hui est qu'elle a perdu des bijoux il y a environ un an et, qu'elle fait « des choses dont elle ne se souvient pas ». Une proposition d'aide individuelle avait été refusée à cette époque, mais depuis elle s'est renseignée sur l'hypnose.

Son mari a 50ans, il est interprète de conférence et traité depuis plusieurs années pour une psychose maniaco-dépressive.

Leur fille a 20ans, le diagnostic à l'admission parle de « schizophrénie dysthymique débutante ».

Dans cette famille Mme C se considère comme la seule personne n'ayant pas de problème ; pourtant, au cours d'un entretien, son mari parle des difficultés de sa femme :

- Eczéma
- Oedèmes de Quincke au niveau de la sphère oro-pharyngée ; le premier épisode est survenu au moment de la naissance de sa fille.
- Des oedèmes au niveau des extrémités, avant de partir en voyage, par exemple.
- Des moments de panique lorsqu'elle prend le bateau ou lorsqu'elle voit une araignée. Mme C parle de ses difficultés en disant « Je meurs de peur sur un bateau, je hurle quand je vois une araignée ».

Donc en plus des moments où elle perd des objets, où elle ne sait plus ce qu'elle fait et qui constituent sa demande actuelle, elle présente des troubles somatiques dans certains contextes, et des peurs incontrôlables.

A. LA SEANCE

1)

– Vous pouvez prendre le micro ?

– – C'est mon mari qui sait faire marcher ça.

– Il n'est pas là votre mari.

– – Non, non, il n'est pas là.

– On est bien d'accord, vous n'êtes pas malade, vous avez un problème.

– – Oui, mineur (attitude défensive : elle se positionne perpendiculairement au thérapeute)...

J'ai perdu quelque chose, du matériel, ça fait un an.

– Comment avez-vous fait pour perdre ?

– – D'abord, je ne m'en suis pas aperçue. Dans une journée active, avant le départ, j'ai fait un certain nombre de choses. Le problème des bijoux se pose toujours, pas parce qu'ils ont de la valeur. Vais-je les mettre dans ma valise ou dans mon sac ? Les douaniers peuvent demander d'où ils viennent. Puis je me suis dit que c'était idiot de les emmener, je pourrais les cacher dans l'appartement ; j'ai essayé plusieurs cachettes et je ne sais pas si je les ai retirés. Quand j'y suis retournée, je ne les ai pas retrouvés. Ces bijoux n'ont pas de grande valeur sinon sentimentale.

– – Maintenant je me dis qu'ils sont peut-être en Irlande. Depuis deux moi je fais des tas de choses dont je ne suis plus consciente. C'est pour ça que j'y repense (aux bijoux). Je n'ai pas perdu autre chose, mais je fais des choses dont je ne suis plus consciente.

– Par exemple ?

– – Il y a quelques jours, j'ai voulu dénoyauter des cerises. J'ai cherché partout le dénoyauter, impossible de mettre la main dessus... Il était sur la table... Je l'avais sorti mais je n'en ai aucun souvenir ; je ne le trouvais plus, je ne le voyais pas sur la table.

– Vous n'avez pas trouvé les bijoux ?

– – ...

– A priori, ils ne sont pas dans la cuisine ?

– – ... Non, je ne sais pas. Il était là, je ne le voyais pas.

– Il est possible que les bijoux soient dans un endroit évident, où vous les voyez régulièrement ?

– – ... Non, ce qui m'inquiète, c'est de faire des choses dont je n'ai pas conscience. Dès qu'il y a une pression qui s'installe... L'année dernière, c'était ça, il a fallu partir rapidement, s'occuper de la maison, x problèmes...

– Vous partez quand en vacances ?

– – Il ne faut pas me poser cette question, je n'en sais rien.

– Je voudrais savoir dans combien de temps vous pourriez être dans cette maison là-bas. (un séjour avait été précédemment évoqué)

– – Il faut que nous y soyons pour le dix juillet. (dans un mois environ)

– A priori, vous n'avez aucune raison de penser ou vous excluez l'idée que vous les avez effectivement perdus ou qu'on vous les a volés ?

– – Oui, je peux peut-être penser à ça. Mon sac est un grand sac, je me suis endormie sur le ferry... mais d'autres bijoux sont restés dans mon sac. Peut-être je les ai jetés à la poubelle... Avant de partir, je les ai astiqués, il y a une poubelle à côté... Je ne sais pas, je ne sais plus.

– – Ce qui m'inquiète, ce sont des choses que je fais, que j'ai faites au cours des années dès qu'il y a une pression. Les bijoux, j'avais fait une croix dessus mais depuis qu'il y a ces pertes de mémoire dès que quelque chose ne va pas. N'oubliez pas que je suis en train de me faire soigner en ce moment, dans ce domaine.

– Comment vous faites ?

– – On a commencé par décontracter cette zone (désigne son cou) ; un oto-rhino m'a absolument prescrit, il m'a demandé de m'occuper de moi-même, pour essayer de décontracter cette zone parce que ça m'entraînait des laryngites.

– Vous connaissez quelqu'un qui fait de la sophrologie ?

– – Non, une orthophoniste. Mais j'avais l'intention de m'attaquer à ce problème parce que je voyais ma santé personnelle se dégrader, prise de poids inutile... J'avais l'intention de faire la sophrologie mais je ne sais pas comment ça marche et qui peut faire ça pour moi... Si vous avez une adresse à me donner, je suis toute prête à y aller, mais on ne fait pas ça avec n'importe qui.

– On ne fait rien avec n'importe qui.

– – Non,... mais je veux dire... Oui, oui, c'est vrai, on ne fait rien avec n'importe qui, c'est vrai, c'est vrai, c'est une remarque judicieuse... (rires).

2)

– Donc vous voulez qu'on essaye l'hypnose aujourd'hui ? (le thérapeute se met dans une posture symétrique)

– – Vous m'avez proposé il y a quelques mois, j'ai laissé endormir. J'ai lu les livres qui m'ont intéressé. Je me suis dit peut-être que... mais je ne suis peut-être pas du tout un sujet facilement... Vous n'obtiendrez peut-être pas grand-chose de moi. Je veux, je ne sais pas moi... Comment retrouver ces bijoux.

– C'est vous qui allez retrouver ces bijoux.

– – Oui, mais c'est au-delà des bijoux, c'est plus que ça.

– Je ne sais pas du tout ce qui va se passer avec ces bijoux, il ne faut pas écarter l'idée que vous ne puissiez pas les retrouver.

– – Que quelqu'un... ou que moi je les ai laissés tomber...

– Ou que vous les ayez jetés à la poubelle ou dans un endroit où vous ne puissiez pas les récupérer.

– – Ils ont du tomber de mon sac, sur le ferry-boat ; des milliers de choses ont pu se passer, j'ai envisagé des milliers de possibilités. Je fais tellement de choses bizarres qu'un jour ou l'autre, ça va me jouer un tour invraisemblable.

– Par exemple ?

– – Perdre complètement la tête en voiture, devenir un danger pour moi-même ou les autres ; il faut mettre un frein à tout ça. Je ne sais pas s'il y a une possibilité de mettre un frein...

– Est-ce que vous rêvez ?

– – Pas souvent, si je rêve, je rêve après une insomnie.

– Vous vous en souvenez.

– – Oui.

– Vous avez l'impression que vous rêvez parce que vous manquez un peu de rêves ?

– – Absolument. Quand je dors bien, sans insomnie, je n'ai pas l'impression de rêver ou alors c'est rare.

– Vous jouez beaucoup au tennis actuellement ?

– – Pas tellement, j'ai ma vie à réorganiser complètement, je n'ai plus le temps.

3a)

- Prenez une position plus confortable.
 - – ... (elle bouge, s'installe mieux dans le fauteuil)
 - Vous êtes plus confortable comme ça ?... Si vous avez envie de rigoler, vous rigolez.
 - – Ah bon ! Comme ça, pour rien ? Moi je veux bien rire si on me fait rire... (commence à sourire)
 - Déjà vous avez un peu envie de sourire.
 - – (Rires) Si vous me dites quelque chose de drôle, je vais rire automatiquement.
 - Peut-être la situation va vous faire sourire
 - – Là, actuellement ?
 - Oui.
 - – Non,... puisque je me suis portée volontaire et je ne suis pas complètement ignorante, d'après ce que j'ai lu.
 - Est-ce que ça vous gêne de retirer vos lunettes ?
 - – Non.
 - Vous ne voyez rien, ou...
 - – Non, non, je vois bien.
 - Pourquoi vous les mettez ?
 - – C'est tout de même un peu flou.
 - Ah, oui ? ... Très peu alors.
 - – En fait, je peux les retirer, mais au bout d'un certain temps, je reperds ma vision.
 - Avec quelle main vous jouez au tennis ?
 - – Droite.
-

3b)

- Pouvez-vous faire comme ça avec votre main droite ? (mettre la main devant le visage, à 30-40cm). A hauteur de vos yeux. Peut-être vous laissez reposer votre coude sur le bras du fauteuil... (c'est plus confortable)
- Vous choisissez un doigt, vous n'êtes pas obligée de me dire lequel vous choisissez.
- J'aimerais que vous restiez fixée simplement sur l'ongle de ce doigt... il faut trouver la bonne distance.

– A partir de maintenant, simplement ce que vous avez à faire, c'est seulement regarder cet ongle. Je pense que le plus simple, si je vous pose une question, c'est de répondre avec la tête par oui ou par non. A part ça, vous n'êtes vraiment rien obligée de faire... Vous n'êtes pas obligée de m'écouter. C'est comme si une partie de vous-même m'écoutait, même si consciemment vous ne m'écoutez pas. Parce que, probablement, vous allez penser à autre chose, et c'est normal, et c'est quelque chose que vous pouvez faire.

– Simplement, fixez cette main... Très bien... Et si vous faites bien ceci, vous n'avez pas besoin d'être dérangée par d'autres bruits (de grands bruits de portes claquées viennent de la pièce à côté ; elle n'y fait pas attention), vous pouvez simplement entendre ma voix et vous pouvez aussi ressentir une lourdeur dans vos paupières (elle cligne des yeux), et à chaque fois que vous clignez les yeux, vous ressentirez encore mieux cette lourdeur...

– Et il y a un certain nombre de choses que vous pouvez trouver bizarres. Mais vous pouvez déjà savoir que vous pouvez maîtriser ces sensations et que vous pouvez vraiment vous détendre selon votre façon à vous ... et vous pouvez détendre certaines parties de corps ... et votre respiration a changé et déjà vous avez une respiration plus profonde et des petits mouvements musculaires autour de vos doigts, de votre visage, et simplement vous regardez cette main... Bien. Simplement vous détendre et vous pouvez même garder la vision de cet ongle derrière vos paupières, ... et vous pensez à ce que vous avez envie de penser, et vous ressentez ce que vous avez envie de ressentir, ... c'est bien ... A un moment ou à un autre vous pourrez laisser les yeux fermés, et vous entendrez simplement ma voix et la lumière de cette pièce peut être moins forte ... c'est bien ... c'est très bien.

(Elle résiste à l'occlusion des paupières et, réalisant qu'elle entre en transe, elle s'échappe. Elle bouge la tête, respire fort, son regard quitte sa main, elle pose sa main ; elle ne parle pas).

3c)

– Vous pouvez faire ce que vous voulez avec cette main... C'est bien... Y a-t-il quelque chose dont vous voulez parler ? (non, de la tête)...

– C'est bien... Y a-t-il quelque chose qui vous préoccupe ? Les mouvements de vos paupières ?

– – Hum, hum. (hoche la tête)

– Quelque chose que vous ne maîtrisez pas ?

– – ...

- Vous pouvez me parler si vous voulez.
- – ... (avale sa salive, regarde la lumière) ... Mes paupières ne sont pas lourdes, mais mes yeux ont du mal à rester ouverts.
- Et vous avez envie de résister à cette lourdeur ?
- – Résister, je ne sais pas s’il faut résister ou ne pas résister.
- Vos paupières ont du mal...
- – Oui.
- ... à rester ouvertes ?
- – Oui.
- Et elles ont plus de facilité à rester fermées.
- – Oui, plus.
- Elles sont fermées en ce moment ?
- – Entre les deux.
- Et c’est quelque chose d’agréable qu’elles soient fermées ?
- – Oui, j’ai toujours trouvé qu’avoir les yeux fermés, c’est quelque chose d’agréable. Actuellement, je ne sais pas, mais en général, oui. Je sens une espèce de mouvement nerveux dans mes paupières.
- Là, elles sont fermées...
- – Mais j’ai du mal à tenir mon bras.
- C’est pas grave...
- – (elle semble réfléchir) ...
- Est-ce que vous avez l’impression que votre respiration a changé ?
- – Non, parce que je fais des exercices actuellement là-dessus et je sais que je peux avoir d’avantage de contrôle sur ma respiration ; donc, si elle est profonde, c’est parce que je veux qu’elle soit profonde.
- C’est bien, c’est très bien.
- Est-ce que vous avez été surprise par les mouvements de vos doigts ?
- – Oui, oui (exprime ses doutes ; elle ne s’en est probablement pas aperçu) ... mais on peut imaginer que la position n’est pas très confortable pour le bras.
- Vous avez aussi des mouvements de votre main.
- – Oui, ...
- Vous vous souvenez ?
- – Oui, ... enfin, ... oui, mais ça, j’ai toujours du mal à rester sans bouger. Maintenant, mes yeux sont revenus.

4a)

– Vous voulez recommencer avec l’autre main ?

– – Je ne sais pas... euh...

– Vous savez, je pense que c’est quelque chose qui s’apprend et, comme tout le monde, vous avez besoin d’apprendre. Là, vous avez ressenti des petites choses, peut-être des choses un peu angoissantes. Ne pas savoir si ses paupières resteront fermées ou pas ou si elles auront envie de s’ouvrir ou de rester fermées.

– – Angoissantes, non.

– Un peu étranges ?

– – Non, je me dis : est-ce que c’est vraiment la réalité, est-ce que c’est vraiment vrai que mes paupières... Ou bien est-ce que je suis gênée par la lumière ? C’est ça que je me posais comme question. Est-ce la lumière qui me gêne ou une envie de fermer ces paupières parce qu’on me le dit ?

– Vous voulez recommencer avec la main droite ou la main gauche ?

– – Je ne sais pas, ça m’est égal. Celle-ci est un peu engourdie (la droite). Ça n’a pas d’importance ? C’est mon choix ? (regard de défi au thérapeute).

– C’est votre choix.

– – Comme celle-ci est un peu engourdie, il vaut peut-être mieux aller voir ce qui se passe là (montre sa main gauche).

4b)

– Vous faites la même chose (regarder sa main)... Choisissez un ongle, regardez simplement cet ongle. Et déjà, vous savez ce que vous avez envie de ressentir. Les mêmes sensations dans vos paupières, peut-être y a-t-il une différence entre la droite et la gauche... Simplement fixée sur ce qui se passe en vous.

– Si vous êtes très vigilante, vous sentez mieux cette sensation de chaque respiration, vous pouvez porter votre vigilance sur la respiration, sur la lumière qui diminue, sur la couleur de cet ongle, sur les sensations de ces paupières, simplement ressentir une sensation, ... d’autres impressions moins agréables... C’est bien. Simplement cet ongle, ... oui, ... c’est bien, ... oui, ... très bien, ... complètement fermée sur vous, ... complètement, ...oui, ... encore, ...

(mimique figée, les paupières clignent de plus en plus lourdes mais elle résiste à leur fermeture). Vous n'avez pas besoin d'être déçue par ce que vous faites, par ce que vous apprenez ; c'est peut-être nouveau pour vous... C'est bien... Peut-être y a-t-il une certaine légèreté dans cette main gauche, ... une légèreté qui s'installe. Plus vous regardez cette main, peut-être plus elle peut se sentir légère (prend une grande inspiration)... C'est bien... Ce que vous faites, c'est uniquement pour vous ; c'est pas pour moi ou quelqu'un d'autre... c'est votre façon à vous en ce moment de vous occuper de vous, d'accepter une certaine détente... C'est bien... C'est bien... C'est bien... (bouge les doigts ; dit oui de la tête).

– Et pendant que vous essayez d'obtenir les résultats que vous vous êtes fixés aujourd'hui, ... j'aimerais m'adresser à la partie de vous-même, ... qui joue des tours à l'autre partie de vous-même. J'aimerais m'adresser à cette partie de vous-même qui est capable de faire un geste, de penser, de voir un objet et de faire oublier à l'autre partie de vous-même, de faire oublier certaines images, certaines sensations, de faire oublier des choses qui sont très importantes pour vous et d'autres qui sont moins importantes (grande inspiration : bon contact) et cette partie de vous-même qui joue des tours pense probablement que c'est une chose utile que de jouer des tours de cette façon, elle pense probablement que quelque chose peut être utile pour vous ou pour quelqu'un d'autre... (les yeux clignent de plus en plus lentement) Et cette partie de vous-même qui vous joue des tours, on peut convenir de l'appeler votre inconscient et tout le monde a un inconscient et l'inconscient de chacun fait des choses que l'esprit conscient de chacun ignore, ce qui fait que chacun de nous est capable de faire des choses mais on ignore qu'on est capable de faire ces choses. Et votre inconscient vous joue des tours et l'inconscient de chacun peut jouer des tours à l'esprit conscient. Et c'est quelque chose que vous avez appris depuis peu de temps (respiration forte, bouge les doigts) et dont votre esprit conscient s'inquiète en ce moment... (fait non de la tête, avale sa salive ; elle sort de la transe, semble troublée).

4c)

– Oui ?... Allez-y. (le thérapeute l'encourage à parler).

– – Non, j'ai l'impression qu'avec ma main... Je ne sais pas si c'est une question de mains, mais je ne ressens plus du tout le phénomène des paupières avec cette main là (la gauche).

– On peut essayer avec l'autre.

– Je ne sais pas si c'est une affaire de mains ; peut-être c'est complètement idiot ma question, je me rends compte qu'avec l'autre les paupières se fermaient beaucoup plus, je me détendais plus ; ma main est vraiment plus légère comme vous disiez. Alors que celle-ci, je la sentais lourde. (regarde ses mains et les montre alternativement au thérapeute). Elle est légère ... mais c'est tout, le reste...

– Il ne se passe rien dans les paupières ?

– Non, non (ferme les yeux puis les ouvre).

5a)

– Peut-être vous pouvez poser votre main droite et simplement regarder votre main droite.

– Oui... (décontracte ses bras, bouge son corps).

– Allez-y

– ... (pose sa main sur l'accoudoir, mais ne semble pas satisfaite).

– Vous pouvez la poser sur votre cuisse pour que vous vous sentiez confortable.

– Non, je ne suis pas au même niveau (l'avant-bras sur l'accoudoir est plus haut que la cuisse). Je n'ai pas la même longueur de jambe que vous (rires).

– Je vous avais bien dit que vous rigoleriez à un moment.

– Non, mais je suis toujours prête à rire... Si il faut se concentrer, il ne faut pas rire.

– Ce n'est pas contradictoire.

– ... (arrête de rire instantanément, son visage s'aplatit).

– Mettez vous dans la position qui vous convient le mieux.

– ... (se déplace dans le fauteuil).

Vous pouvez croiser les jambes si vous voulez et mettre votre main sur votre jupe.

– Oui, je peux la poser comme ça ? (à plat sur la jupe).

– Oui, bien sûr. De toutes façons, elle est lourde.

– Plus lourde que celle-ci (montre sa main gauche).

5b)

- Maintenant, je vais vous laisser quelques instants travailler toute seule... Vous savez que vous avez simplement à regarder cet ongle (arrête immédiatement tout mouvement et ferme les yeux)... Je verrais bien sur votre visage si vous vous détendez... C'est bien... Est-ce que vous vous sentez mieux, plus détendue que tout à l'heure ? (oui de la tête, la respiration se calme, son corps se détend).
 - Je voudrais simplement que vous vous concentriez sur ce qui se passe pour vous en ce moment, que vous essayiez d'accepter ce qui se passe dans votre visage, dans votre main gauche, au niveau de vos paupières, de votre respiration (cligne les yeux, grande respiration).
 - Est-ce que vous ressentez encore la légèreté dans votre main gauche ? (oui de la tête, ouvre les yeux).
 - Est-ce que vous ressentez la lourdeur dans votre main droite ? (oui de la tête, les yeux se ferment).
 - Est-ce que à mesure que votre main droite est lourde, votre main gauche est légère ? (expression de doute)... Pas encore ?
 - Votre main droite est lourde, plus lourde, de plus en plus lourde. (oui de la tête)
 - Est-ce que vous vous sentez confortable ? (la tête tombe) Vous ne savez pas encore ? (grande respiration, bouge la tête, ne semble pas confortable)
-

5c)

- Vous pouvez me parler si vous voulez.
 - – Confortable, je ne sais pas ... une tête lourde, d'incroyables crampes dans les jambes, une circulation intense du sang... (les yeux restent fermés, le corps immobile à l'exception de la main gauche et de la tête). Tout est lourd, sauf cette main qui échappe à cette modification.
-
-

6a)

– Je vais prendre votre poignet, j’aimerais que vous souleviez votre main, que vous abaissiez votre coude (pour qu’il repose sur l’accoudoir). Simplement que vous vous concentriez sur la légèreté de cette main ... gauche. A mesure que cette main gauche est légère, vous ressentirez mieux que la lourdeur du reste du corps est une chose qui reste confortable, ... bien, ... très bien, ... je crois que vous faites beaucoup de choses aujourd’hui (le thérapeute lâche la main, elle reste levée).

– Très bien.

– ...

– Peut-être encore plus légère.

– ...

– Très bien.

– ...

– ...

– Très très bien. (elle est parfaitement immobile, les yeux fermés)

– ...

– Ce que vous faites en ce moment est une chose qui peut être utile pour vous et qui a tout fait rapport avec ce que vous faites ailleurs et vous savez bien que c’est une chose utile que vous vous occupiez à votre façon...

– Très bien.

– ...

– Et vous pouvez déjà ressentir un peu plus de détente dans votre visage et c’est comme si votre bras se détachait de vous, (le thérapeute change de position comme pour accompagner la séparation du bras et du reste du corps) comme s’il prenait un peu plus de liberté... Et c’est une sensation agréable et nouvelle peut-être (oui de la tête) mais qui peut être agréable pour vous.

– ...

– ...

– Est-ce que je peux reprendre ce que je disais tout à l’heure ? (pas de réponse)

6b)

- Vous pouvez ouvrir les yeux, votre main va rester là où elle est... Vous pouvez regarder votre main gauche si vous voulez.
- – Oui. (elle regarde sa main, ne semble pas surprise qu'elle reste dans cette position)
- Comment est-elle ? Bien ?
- – Oui. (sourit)
- Est-ce que vous avez l'impression que vous êtes en état d'hypnose ?
- – ... Je ne sais pas. (répond à voix basse, dans un souffle) Peut-être mon corps, la tête... (voix plus forte, bouge la tête, les yeux ; le corps reste complètement immobile)
- La tête continue à réfléchir.
- – Elle continue.
- C'est difficile d'arrêter une voiture qui va très vite. (oui de la tête)
- – J'imagine... Peut-être les membres, le corps, tout ça réagit bien mais mon cerveau est d'une incroyable vigilance.
- Oui, bien sûr, il veut tout contrôler.
- – Oui.
- C'est là qu'il se fait avoir.
- – Bien sûr... J'imagine... (regarde le thérapeute, bouge ses mains)
- Oui ?
- – Qu'est ce qu'il faut que... Je laisse comme ça ? (la main levée)
- Oui, comme vous avez envie.
- – Si vous voulez, je suis en même temps observateur de moi-même, je suis assez étonnée de voir ce que je suis capable de... enfin obéir à certaines choses.
- Comment se sent cette main ?
- – ... Bien ! (après un temps d'exploration des sensations)
- Et vous avez envie de la laisser comme ça ?
- – Peut-être pas jusque... Oui... Ca ne me gêne pas.
- C'est pas fatiguant ?
- – Non.
- Elle est un peu détachée de vous ?
- – Elle l'était plus il y a quelques minutes, depuis que j'ai ouvert les yeux, il y a une certaine vigilance qui est revenue.

6c)

– Est-ce que vous pouvez fermer les yeux encore quelques instants ?

– – ... (ferme les yeux)

– Elle devient plus légère ? (Oui de la tête)

– Vos doigts se soulèvent. Les mouvements saccadés, c'est quelque chose de tout à fait normal. C'est comme si ce bras se détachait de vous. Est-ce que vous avez l'impression qu'il se détache de vous ? (exprime des doutes)

– Ca va devenir plus clair dans quelques instants.

– Vous êtes seule à juger quelle partie de vous-même est en état d'hypnose, parce que l'état d'hypnose est un état de vigilance et en ce moment votre esprit est vigilant sur un certain nombre de choses.

– Et j'aimerais encore m'adresser à la partie de vous-même qui vous joue des tours. J'aimerais lui demander dans les jours qui viennent ou, plutôt, dans les nuits qui viennent, de vous faire faire un rêve et c'est un rêve dont vous vous souviendrez ... Et peut-être vous aurez envie de le noter et probablement, au bout d'un certain temps vous pourrez comprendre quelque chose, je ne sais pas du tout si cela pourra vous aider à retrouver vos bijoux ou autre chose. Mais je crois qu'aujourd'hui vous avez appris que vous pouvez faire certaines choses mais aussi faire confiance à ce rêve ; dans ce rêve que vous allez faire, vous pourrez comprendre avec votre vigilance à vous, avec votre compréhension... (le petit doigt de la main droite se soulève)

– Je ne sais pas du tout quand vous ferez ce rêve là ; aujourd'hui c'est mardi et demain c'est mercredi et peut-être vous allez faire ce rêve avant le week-end. (les autres doigts de la main droite se lèvent). Peut-être vous ne comprendrez pas ce rêve tout de suite mais vous pouvez faire confiance à votre inconscient qui peut vous jouer des tours mais qui peut aussi vous faire comprendre certaines choses ... avec un rêve ou d'une autre façon (la main droite se lève lentement) et vous faire ressentir des choses étranges comme la légèreté qui s'installe dans votre main droite... C'est une chose étrange pour vous, une chose nouvelle, une chose qui peut vous intéresser, vous pouvez être agréablement surprise par ce qui vous arrive, vous pouvez ressentir ce confort qui s'installe dans cette main droite, le confort qui reste dans cette main gauche. (la main droite se déplace vers la droite) Et ce sont des choses que vous avez toujours pu faire et que vous ignoriez pouvoir faire... Et même si votre esprit conscient essaie de comprendre ce qui se passe, votre esprit inconscient vous fait faire des choses, votre esprit

inconscient met cette légèreté dans vos mains et vous restez vous-même avec votre histoire, avec vos souhaits, avec vos désirs et vous restez toujours capable de faire des rêves la nuit, peut-être des rêves le jour... C'est bien...

7)

– Et maintenant, vous pouvez, à votre façon vous réveiller, peut-être vous avez envie de remettre votre main droite et votre main gauche sur les bras du fauteuil, simplement vous faites ça à votre vitesse et à votre façon et vous pouvez simplement vous souvenir de choses agréables et de choses nouvelles que vous avez apprises aujourd'hui.

– – (la main droite descend lentement ; la main gauche reste en catalepsie ; grande respiration quand la main droite touche l'accoudoir, elle ouvre les yeux puis pose sa main gauche ; elle se montre immédiatement « réveillée », en particulier la voix est ferme)

– – Je ne me suis pas endormie, mais je fais des choses incroyables avec ces mains. (regarde le thérapeute avec satisfaction et en souriant)

– Ce sont vos mains.

– – Oui, oui, c'est incroyable, j'ai parfaitement senti ce mouvement là (la main droite qui se déplace), mais j'aurais voulu arrêter, je ne pouvais pas. Et je n'avais pas de crampes.

– Elles sont revenues ?

– – Comment ?

– Elles sont revenues ?

– – Qu'est-ce que vous appelez « revenues » ?

– Les mains elles sont là ?

– – Oui mais, elles échappaient complètement à mon contrôle

– Vous les avez récupérées ?

– – Oui, bien sûr ...

8)

– Il fait un mauvais temps pour jouer au tennis ; c'est une chose terrible, non ?

– – C'est pas ça, je ne peux pas jouer au tennis ...

– D'accord.

– – (elle regarde sa montre, a un mouvement de surprise)

– Oui ?

– – Je regardais l'heure, je n'arrivais pas à imaginer le temps ... la perte de temps.

– Qu'est ce que vous imaginiez ?

– – Non... C'est à peu près ce que j'imaginai ; je ne suis pas surprise.

– On peut se revoir en septembre.

– – Bijoux retrouvés ou non retrouvés ?

– Non, ça, vous faites ce que vous voulez.

– – Vous considérez que c'est une chose absolument ... euh ... Moi, c'est certain, les bijoux, sur la valeur des bijoux, je m'en fiche.

– J'ai bien compris. On se reverra en septembre et on verra à ce moment-là ce qui s'est passé.

– – Oui, mais cette histoire de rêve dont vous m'avez entretenue, je suis obligée de le noter ?

– Vous faites ce que vous voulez.

– – Bon, c'est pas la peine que je vous le donne à déchiffrer ?

– Non.

– – Ah, bon, c'est moi qui dois pouvoir me débrouiller toute seule.

– Vous ne voyez pas ce que vous faites ? (le thérapeute écarte les mains pour lui rappeler les mouvements involontaires de la transe)

– – Je ne sais pas ce que je fais ... (lève les mains) J'ai à l'esprit l'histoire d'un ami médecin, il a vu les livres et il connaît l'hypnose. Lorsqu'il a su que je m'y intéressais pour moi, il m'a dit : « Vous... Jamais... Votre vigilance est infernale ! Votre mari, votre fille, oui, mais vous ... ». J'avais une sorte de défi dans la tête ...

– Qu'allez vous lui dire ?

– – Je ne sais pas ...

– – (lorsqu'elle s'en va, elle oublie d'enlever le micro, puis part sans ses lunettes...)

B. COMMENTAIRES

1. Prise de contact.

C'est la première rencontre du thérapeute et de Mme C à propos de l'hypnose, il est donc tout d'abord nécessaire d'évaluer sa demande et d'apprécier le contexte dans lequel les difficultés surviennent.

Cette demande représente une sorte de défi puisqu'il s'agit de l'aider à retrouver des bijoux qu'elle aurait perdus depuis un an ! Mais rapidement elle redéfinit ses difficultés qui sont des oublis ou des actes dont elle n'a pas conscience, en recrudescence depuis deux mois mais qui existent depuis des années. Cette situation est particulièrement inquiétante chez cette femme qui fait des efforts permanents pour tout contrôler. Elle insiste sur le fait que les bijoux ne sont pas importants pour mettre en évidence que le problème se situe à un autre niveau mais qu'il lui est difficile d'en parler ; elle l'évoque plus tard lorsqu'elle craint de perdre, en fait, tout contrôle d'elle-même et de devenir un danger. Peut-être craint-elle de présenter des troubles aussi graves que son mari et sa fille.

Il est paradoxal que cette femme inquiète par des moments de moindre conscience demande une thérapie hypnotique ! Ceci laisse déjà présager des résistances très fortes.

Lorsqu'on étudie de près les deux situations qu'elle évoque, les bijoux et surtout le dénoyauteur, on est surpris par l'intensité de sa réaction ; c'est son appréciation à elle de la réalité et le thérapeute accepte cette définition et se garde bien de la rassurer en lui disant que de tels moments sont banals chez la plupart des gens. Pour elle, ce n'est pas banal.

Dans cette première partie, le thérapeute repère des idées qu'il va utiliser : elle parle de moments dont elle « n'est pas consciente » (donc inconsciente ?), de la nécessité de s'occuper d'elle-même et qu'elle apprend actuellement à se relaxer.

Cette partie se termine sur un moment de confusion à la suite d'une remarque anodine du thérapeute ; ce qui est important, ce n'est pas pourquoi cette remarque le met dans l'embarras, mais son mode de réaction : elle se met à rire pour échapper à cette situation et il est probable qu'il s'agit de son mode de réaction habituel lorsqu'elle est surprise... et elle va sûrement l'être dans la séance.

C'est ce moment que choisit le thérapeute pour parler d'hypnose car sa résistance est alors la moins forte.

2. Ouvrir la parenthèse.

Lorsqu'il parle d'hypnose, le thérapeute adopte une position symétrique à celle de Mme C ; sur le plan non-verbal il lui signifie qu'il est disposé à travailler avec elle, elle va inévitablement se sentir moins tendue. Ensuite, le thérapeute prend une position de plus en plus détendue, ralentit son rythme respiratoire et, tout naturellement la patiente suit ces suggestions non-verbales.

Dès qu'il est question d'hypnose, la patiente tente de donner la position haute au thérapeute : « vous n'obtiendrez pas grand-chose de moi », laissant penser qu'il aurait des pouvoirs magiques ; le thérapeute ne se laisse pas abuser et se met dans une position encore plus basse qu'elle en doutant de l'opportunité de l'hypnose pour des bijoux qui sont peut-être effectivement perdus, il reprend même à son compte l'hypothèse la plus terrible : la poubelle.

C'est à ce moment qu'elle va dire à quel point elle est inquiète, elle peut devenir un danger, « ça va me jouer un tour », il faut mettre un frein à la voiture. Ces métaphores qui signent son désarroi n'échappent pas au thérapeute qui cherche dans le discours de sa patiente le langage qu'il va utiliser pour être entendu.

La stratégie se met en place et la question du rêve vient la compléter ; peut-être fait-elle des rêves, ce sont des moments qu'elle ne maîtrise pas et qui ne l'inquiètent pas.

Cette partie se termine par un « ancrage » à propos du tennis. La réponse de Mme C n'a pas d'intérêt dans ce contexte, il ne s'agit ici que d'ouvrir la parenthèse pour pouvoir la refermer à la fin de la séance et détourner l'attention. Cet ancrage annonce le début véritable de la séance d'hypnose qui va être une alternance d'inductions et de retours au conscient, la transe s'approfondissant au fur et à mesure que la résistance s'épuise.

3. 1° Phase hypnotique : évaluer la résistance.

a. Préparation de l'induction

Cette première phase va avoir pour intérêt d'évaluer la résistance et de la localiser pour mieux pouvoir la contourner et, si possible l'utiliser.

Après avoir suggéré de prendre une position confortable qui favorise la relaxation, le thérapeute permet à la patiente de rire alors qu'elle n'en a pas envie ; ceci a deux intérêts : d'une part cela induit une confusion, mais surtout cela va définir ses futurs rires éventuels comme un comportement de coopération et donc comme une réponse à une suggestion du thérapeute !

La situation ne va pas la faire sourire car « elle est volontaire »... ; Cette réponse peut être considérée comme multi-contextuelle : elle ne va pas être surprise car elle n'est pas ignorante, ce qui lui permet de penser qu'elle va garder le contrôle de la situation grâce à ses connaissances.

Avant l'induction le thérapeute demande de retirer les lunettes pour mieux pouvoir observer les pupilles et les paupières dont les mouvements sont de bons indicateurs de la transe mais aussi pour orienter ses pensées vers la vision, puis se renseigne sur l'orientation corporelle.

b. Induction

Avec cette patiente résistante, le thérapeute choisit d'utiliser, pour commencer, une technique assez directive : la fixation du regard ; elle était préparée par le questionnement sur la vue.

La suite est une approche très permissive avec plusieurs suggestions ouvertes : « choisissez un doigt », « vous n'êtes pas obligée de faire », « vous n'êtes rien obligée de m'écouter », « pensez et ressentez ce vous voulez ». Ces suggestions ouvertes laissent la liberté de faire ce qu'il veut, ce qu'il fera sera automatiquement un comportement de coopération.

Le thérapeute accompagne alors le sujet c'est-à-dire qu'il évoque les pensées qui peuvent survenir et il ratifie tout ce qui apparaît : « vous n'êtes pas obligées d'être dérangée par les bruits », « vous pouvez ressentir la lourdeur dans vos paupières », « votre respiration a changé », « de petits mouvements apparaissent ». Ces ratifications orientent les pensées vers les sensations internes.

Dès cette phrase le thérapeute encourage la résistance : « vous pouvez maîtriser ces sensations » de sorte que les phénomènes de résistance sont définis comme une bonne réponse.

De manière très indirecte, par une technique de confusion, le thérapeute suggère l'occlusion des yeux : « vous pouvez garder la vision de cet ongle derrière vos paupières ».

C'est lorsque les paupières deviennent lourdes que Mme C montre toute sa résistance et sort de cette première transe très légère marquée par un début de relaxation. Il est probable qu'à ce moment, elle ressent des phénomènes qu'elle ne contrôle plus tout à fait ; la fermeture des yeux étant probablement, pour elle, synonyme de transe, ce qui l'inquiète certainement.

Le thérapeute l'encourage alors à reprendre le contrôle de la situation pour respecter ses possibilités actuelles et le rythme qu'elle choisit.

c. Retour

Tout indique maintenant qu'elle était déjà dans une transe légère : elle a du mal à établir le contact avec les sensations extérieures et à retrouver sa tonicité ; surtout, elle ne parle pas d'emblée et répond parfaitement à la suggestion de s'exprimer par mouvements de la tête jusqu'à ce que le thérapeute annule cette suggestion.

Comme prévu, la patiente réfute tout phénomène involontaire et trouve des explications aux différentes manifestations qui ont pu être observées par elle est par le thérapeute, elle pense même que contrairement à l'habitude, il n'est pas très agréable d'avoir les yeux fermés. Celui-ci ne la contredit sur aucun point et l'encourage à dire non à plusieurs reprises, le but recherché est de circonscrire la résistance sur ces premiers phénomènes sur lesquels le thérapeute n'insistera plus. On voit bien comment un comportement de résistance peut aller dans le sens de l'hypnose : lorsque Mme C dit qu'elle contrôle sa respiration, le thérapeute trouve cela très bien puisqu'il le lui a suggéré !

4. 2°Phase hypnotique : dissociation conscient-inconscient.

Après avoir évalué la résistance et l'avoir circonscrite, le thérapeute va, par touches successives dépotentialiser le conscient et favoriser une dissociation conscient-inconscient.

a. Préparation à l'induction

Compte tenu de la vigilance un peu atténuée de Mme C, le thérapeute propose un choix illusoire ; recommencer avec la main droite ou recommencer avec la main gauche ; il ne demande pas si elle veut recommencer ou non. C'est une technique d'implication : choisir une main implique qu'elle accepte de recommencer. Ceci limite au maximum l'inquiétude qu'elle pourrait ressentir si elle devait prendre seule la décision d'entrer en transe.

La notion d'apprentissage sera évoquée plusieurs fois dans cette séance qui en est une parfaite illustration car la patiente va au fil du temps développer une transe de plus en plus profonde, apprenant un peu mieux à chaque étape ce qu'est l'hypnose et comment cela apparaît.

Le thérapeute évoque de nouveau les yeux, mais d'une manière très confuse ; il est difficile de savoir si les paupières ont envie de rester fermées ou ouvertes. On remarque que ce sont les paupières qui ont envie, et non pas la patiente ; ceci induit indirectement une dissociation entre les paupières et le reste du corps.

C'est Mme C qui propose un deuxième élément de dissociation selon l'axe du corps droit-gauche : si la main droite est engourdie, la main gauche ne l'est pas. Il va maintenant suffire d'utiliser ces deux phénomènes pour renforcer la dépotentialisation du conscient.

b. Induction

La première partie consiste à renforcer la dissociation du corps, la deuxième va aller dans le sens d'une dissociation psychique.

Le plus simple est de laisser la patiente ressentir la même chose ; comme dit Erickson, il n'est pas difficile d'induire un état d'hypnose, il suffit de fixer l'attention sur un phénomène quelconque et de l'y maintenir. C'est ce qui est fait ici.

Le thérapeute va orienter les pensées sur les sensations dans les paupières en suggérant à ce niveau aussi une dissociation droite-gauche avant d'écouter le couple lourdeur-légèreté. De nouveau, le thérapeute lui suggère ce qu'elle sait le mieux faire : être vigilante.

C'est toujours une bonne chose que d'évoquer d'éventuelles sensations désagréables qui peuvent se produire, ceci rassure le sujet et lui permet d'en parler le cas échéant.

Une nouvelle technique est ensuite utilisée, une suggestion composée qui consiste à lier entre-elles deux propositions indépendantes ; en effet, il n'est pas très logique de lui dire que, plus elle regarde sa main, plus elle est légère... Cette association qui serait refusée dans un état habituel de vigilance est dans l'hypnose tout à fait acceptée car médiatisée par l'inconscient qui ne répond pas aux mêmes critères logiques que l'esprit conscient.

Son attitude générale et les réponses non-verbales indiquant une transe, le thérapeute peut maintenant évoquer un sujet plus difficile : elle a un inconscient. Pour cela le thérapeute construit une métaphore à partir du langage de la patiente : « Il y a une partie de vous-même qui joue des tours à l'autre partie » ; l'une est l'inconscient et l'autre le conscient. Il s'agit ici du concept Ericksonien d'inconscient qui sait faire des choses que le conscient ignore, il est actif et positif : les oublis sont décidés par l'inconscient car c'est utile pour elle. C'est alors à elle de comprendre en quoi ces oublis peuvent être utiles, en quoi ils peuvent la protéger, elle ou quelqu'un d'autre.

Le plus important est qu'elle accepte l'existence d'un inconscient qui n'est pas dangereux et qu'elle soit rassurée sur ces oublis qui semblent ne pas présenter de caractère de gravité.

Sur le plan de l'hypnose, c'est un autre niveau de dissociation qui est introduit, difficilement maîtrisable celui-là, d'où une dépotentialisation de l'esprit conscient qui va peu à peu libérer l'esprit inconscient qui va alors pouvoir se manifester et faire des recherches.

A la fin de cette phase, nous voyons comment un individu en transe hypnotique a la liberté de refuser toute suggestion qui semble difficile ou qui réveille trop directement ses difficultés. En effet, la patiente manifeste son opposition dès que le thérapeute évoque quelque chose de récent, et son état d'inquiétude ; elle sort spontanément de la transe. Il est très important d'observer le comportement d'un sujet en transe car il peut vivre un moment difficile sans sortir de la transe ; c'est au thérapeute de repérer les indices minimaux d'un malaise car le but de l'hypnose n'est pas, le plus souvent de faire ressurgir des souvenirs traumatisants mais de communiquer de nouvelles idées ou de nouvelles compréhensions à l'esprit inconscient à propos de ces difficultés. Cette observation permet aussi au thérapeute de diagnostiquer des problèmes dont les patients ne veulent ou ne peuvent pas parler, sans chercher à les aborder directement. Il est ensuite possible de travailler métaphoriquement avec ces difficultés sans qu'elles n'aient jamais été parlées.

c. Retour

C'est logiquement que Mme C parle de ce qu'elle ressent en ce moment dans son corps et non dans ses idées ; elle n'est pas venue pour parler d'autre chose que de ses oublis et il est indispensable de respecter cette attitude. La thérapie est orientée vers le patient, cette définition n'inclut pas la satisfaction de la curiosité du thérapeute.

Elle expose une très bonne dissociation avec d'une part la détente, la lourdeur des paupières et la main droite lourde, d'autre part moins de détente, les paupières et la main gauche légère. Il est à noter qu'il n'y a pas eu dans cette partie de suggestion de lourdeur dans les paupières et elle a pu garder les yeux ouverts conformant à sa définition de la résistance. Autrement dit elle se satisfait de résister en gardant le contrôle sur ses paupières. D'ailleurs, le thérapeute va encourager cette attitude en lui donnant l'occasion de nier tout phénomène dans les paupières.

En donnant ainsi l'occasion de dire non, le thérapeute épuise la résistance, comme nous le verrons plus loin.

Son attitude générale et ses propos indiquant un état hypnotique bien installé, il va maintenant être possible de l'approfondir pour dépotentialiser encore plus l'esprit conscient.

5. 3° Phase hypnotique : Approfondir.

a. Préparation de l'induction

Pour préparer cette nouvelle induction, le thérapeute utilise ce qu'elle vient de dire : sa main droite est lourde, il n'est donc pas souhaitable de la faire se lever, contrairement à la main gauche. La stratégie mise en place par le thérapeute est donc directement inspirée de ce que fait ou dit la patiente au cours de la séance : il accepte et utilise...

Il se produit ici deux faits marquants : elle rit, et elle a du mal à poser sa main.

Le rire qui avait été prévu par le thérapeute (simple anticipation d'un comportement de résistance) est significatif de ce qu'elle peut ressentir dans son corps en ce moment, elle est surprise, elle sent des différences entre les différentes parties, et ne sait pas très bien s'il s'agit d'hypnose ou non, d'où sa confusion et ses rires.

Le deuxième fait marquant met en évidence la nécessaire précision avec laquelle le thérapeute doit utiliser le langage. En effet dans un premier temps, il lui est demandé de poser sa main sur sa cuisse, elle ne le fait pas ; dans un deuxième temps, il lui est demandé de poser sa main sur sa jupe, ce qu'elle fait immédiatement. Le thérapeute a tout de suite pensé que le terme cuisse était à l'origine de ce refus, peut-être du fait d'une trop forte connotation sexuelle que n'a pas le mot jupe. Là encore on peut imaginer, à tort ou à raison, des difficultés de cet ordre, mais ce n'est pas le propos de cette séance.

b. Induction

Pour cette nouvelle induction, il suffit simplement de demander à la patiente d'utiliser ses apprentissages précédents et de fixer à nouveau son attention sur le visage, les mains, les paupières, la respiration et la laisser explorer ses sensations et sa relaxation ; cette grande

permissivité est très positive en général avec les patients qui ont déjà fait quelques apprentissages. Une excellente réponse non-verbale apparaît : elle fait elle-même un lien entre la main gauche légère et les yeux ouverts, entre la main droite lourde et les yeux fermés (les paupières lourdes).

Après l'évocation de la détente, le thérapeute laisse un long silence pour lui laisser du temps pour approfondir cette relaxation. Nous verrons dans la dernière partie que de longs silences seront marqués, il devient en effet inutile de parler beaucoup dès lors que le patient est très concentré sur ses sensations intérieures car, il approfondit ainsi, tout seul, la transe.

Il se produit alors une contamination : la lourdeur du bras se transmet à la tête et, peut-être au reste du corps (exceptée la main gauche). Devant ce phénomène qui risque de devenir rapidement désagréable, le thérapeute préfère lui demander ce qui se passe en ce moment et comment elle se sent.

c. Retour

Ce moment d'évaluation est très bref, il confirme l'impression ressentie en observant la patiente : elle ne se sent pas très confortable, la tête est lourde, elle a des crampes dans les jambes. Le thérapeute va donc une nouvelle fois modifier les suggestions en orientant vers la légèreté et le confort.

Ce court dialogue ne nuit en rien à la transe ; la patiente peut parler tout en restant en transe au niveau de son corps, les yeux sont fermés, le corps immobile.

Il est maintenant possible de compléter cette séance en fixant la profondeur de transe, avant de la ratifier d'une manière indiscutable pour mme C, puis de mettre en route des processus inconscients.

6. 4°Phase hypnotique : stratégie thérapeutique.

a. Induction

Puisque la lourdeur à droite s'accompagne de sensations désagréables, le thérapeute va accentuer la légèreté qui existe déjà à gauche et que favorise la technique utilisée.

En effet, le thérapeute induit une catalepsie de cette main gauche dont le but essentiel est de fixer la profondeur de la transe et surtout de la ratifier pour la patiente. Celle-ci se rend compte que sa main reste levée sans aucun effort, ce qui est un indice tangible qu'il se passe vraiment quelque chose d'inhabituel. Il semble, dans ce cas précis, très important que la patiente puisse être certaine d'avoir vécu un état de conscience modifié sans inquiétude.

La lourdeur peut rester dans le corps mais elle est cette fois associée avec une idée de confort, renforcée par un long silence : « la lourdeur du reste du corps est une chose qui reste confortable... » ; cette simple phrase suffit pour éviter le sentiment d'inconfort précédent.

Lorsque la main est en catalepsie, le thérapeute laisse de très longs silences, interrompus par de simples encouragements. Il sait qu'en ce moment tant sur le plan conscient qu'inconscient, la patiente expérimente des sensations et des idées nouvelles, elle se montre très concentrée sur ce qui se passe en elle ; il faut lui laisser le temps d'intégrer ces nouveautés.

Maintenant le thérapeute relance l'objet de la séance, il lui suffit de l'évoquer, il n'est vraiment pas nécessaire de mettre des mots sur les difficultés, ceux que le thérapeute pourrait employer seraient de toute façon très réducteurs. Cette formulation vague : « ce que vous faites en ce moment a un rapport avec ce que vous faites ailleurs » laisse à la patiente la liberté d'y mettre ce qu'elle veut et qui sera certainement très différent de ce qu'elle a pu dire au thérapeute. Là encore le langage de la patiente est utilisé : elle souhaitait s'occuper d'elle-même.

Avant de passer à la phase suivante, le thérapeute va essayer d'augmenter encore la profondeur de la transe et la dissociation. Pendant que sur le plan verbal, il saupoudre ses phrases de suggestions de détente en appuyant sur certains mots (détente, agréable, nouveau), il fait une suggestion non-verbale pour renforcer la suggestion verbale de détachement du bras

gauche : il déplace son corps et le ramène face à celui de Mme C alors qu'il était face au bras. Dans cet état d'hypnose, ce déplacement peu important est parfaitement perceptible pour le sujet dont les pensées sont ainsi moins orientées, spatialement, vers le bras, ce qui augmente l'effet du détachement.

b. Ratification

Cette partie est essentielle dans tout le processus et aussi importante que la suivante puisqu'il s'agit de faire prendre conscience à la patiente qu'elle peut faire des choses qu'elle ne maîtrise pas elle-même, sans que cette perte de contrôle soit définie comme inquiétante, ce qui, en fait est une nouvelle définition de ses difficultés, un recadrage.

Cette phase est très intéressante sur un plan didactique et démontre parfaitement ce qu'est l'hypnose, ce qu'est la dissociation et que ces phénomènes sont considérés comme très naturels par les patients.

Nous observons d'abord que la transe peut être profonde dans un secteur, le corps, et très légère dans un autre secteur, le psychisme et qu'il est possible de parler normalement pendant la transe ; les réponses sont données par la patiente et non par le thérapeute qui s'est contenté d'utiliser ses connaissances pour que de nouvelles compréhensions puissent être intégrées.

La patiente pense que son corps est en hypnose mais pas sa tête et elle a parfaitement raison puisqu'en ce moment elle est parfaitement vigilante. Elle donne une excellente définition de l'hypnose : il se passe des choses qu'elle ne maîtrise pas mais qu'elle observe, c'est-à-dire qu'il se produit un réaménagement subjectif entre différents niveaux de conscience.

Elle dit aussi que cette main en catalepsie se trouve très bien, cela ne la fatigue pas, et cela ne la gêne pas non plus, c'est également une bonne définition de la catalepsie ; en fait, ce n'est pas très important en ce moment, ce qui compte pour elle est ce qui se passe à l'intérieur d'elle-même et qui l'occupe complètement. Alors, cette main en l'air, pourquoi pas ... ?

Mme C se trouve donc très vigilante en ce moment, son cerveau et d'une « effroyable vigilance » et c'est bien là son problème, elle aimerait bien de temps en temps pouvoir se

reposer, être moins vigilante sans se sentir immédiatement menacée. Elle s'est imposée comme seule alternative un contrôle total ou une absence totale de contrôle avec tous les dangers que cela comporte. Ce serait une bonne chose pour elle si elle pouvait accepter l'idée qu'existent en elle des ressources qu'elle ne peut contrôler et qui sont en fait utiles et positives. Ceci entraînerait peut-être un recadrage complet de son orientation à la réalité.

Dans cette conversation, la patiente en est déjà à accepter l'idée que son esprit conscient perd parfois le contrôle parce qu'il veut tout contrôler. Elle n'aurait sûrement pas admis cette hypothèse au début de cette séance.

Cette acceptation de l'hypnose étant acquise, le thérapeute peut aborder la dernière phase de la stratégie de cette séance sous forme de suggestion post-hypnotique dont le but est de transposer les bénéfices de l'hypnose dans son contexte quotidien.

c. Suggestion post-hypnotique

La première phase montre que la patiente a épuisé ses capacités de résistance : elle trouve maintenant normal et agréable de fermer les yeux. De nouveau le thérapeute suggère le détachement du bras gauche et renforce par une implication : « ça va devenir plus clair dans quelques instants » ce qui suppose qu'il n'y a aucun doute quant à la survenue de cette sensation.

Dans une optique Ericksonnienne, il est de règle de respecter les idées du patient et sa définition de la réalité ; c'est pour cela que le thérapeute définit l'hypnose comme un état de vigilance. La patiente peut alors rester dans l'état actuel qu'elle définit l'hypnose comme un état de vigilance et être dans une profonde transe hypnotique !

La suggestion post-hypnotique consiste dans la prescription d'un rêve, c'est-à-dire d'une activité qu'elle ne peut accomplir qu'inconsciemment puisque personne ne peut contrôler la survenue d'un rêve. D'ailleurs le thérapeute s'adresse directement à l'inconscient qui est la seule partie susceptible d'accomplir cette suggestion. Ce rêve qu'elle va faire va l'aider dans ses difficultés sans qu'il soit précisé de quoi il s'agit, c'est elle-même qui pourra y comprendre quelque chose, ce qu'elle pourra.

Maintenant, si elle fait un rêve dans les jours qui viennent, elle va certainement y découvrir quelque chose d'utile ce qui va lui rappeler qu'elle peut faire des choses qu'elle ne contrôle pas et qui ne sont pas dangereuses.

Lorsqu'une prescription est faite, elle rencontre inévitablement une certaine résistance. Il est souhaitable de la circonscrire ; c'est ce que fait le thérapeute en évoquant le mardi, le mercredi, le week-end... Ainsi, la résistance de la patiente est orientée vers les jours de la semaine, notion qui évidemment importe peu, et il lui est alors possible de ne pas faire ce rêve mardi, de ne pas le faire mercredi, de ne pas le faire le week-end et donc de s'opposer au thérapeute. Par contre, il est probable qu'elle ne va pas se demander si elle va ou non faire un rêve...

Il se produit alors un phénomène étonnant et imprévu : la main droite de la patiente se lève très lentement, par à-coups, ce qui signe un déplacement involontaire. Le thérapeute ratifie immédiatement ce phénomène et l'attribue à l'inconscient ; il accompagne ce mouvement, l'encourage par des suggestions de confort appuyées selon la technique de saupoudrage. Et la main se déplace et il est opportun à ce moment là d'évoquer de nouveau cet inconscient positif, à qui l'on peut faire confiance même quand il fait des choses que l'esprit conscient ne contrôle pas car ce sont des choses qui viennent d'elle-même et qu'elle peut accepter.

Il est assez surprenant que ce phénomène apparaisse sans avoir été suggéré, mais lorsqu'on étudie de près toute la séance, c'est moins évident. En effet lorsque le thérapeute évoque la première fois cette partie qui lui joue des tours, il dit : « j'aimerais m'adresser à cette partie de vous qui est capable de faire un geste », et elle fait un geste maintenant. Cette réaction est un remarquable moyen de l'inconscient pour se faire reconnaître par l'esprit conscient de la patiente.

La séance est maintenant considérée comme terminée, des processus inconscients sont mis en route, l'état hypnotique a été reconnu par la patiente, et il n'est pas nécessaire de prolonger cette transe.

7. Retour au conscient : re-association.

Le retour au conscient est une étape importante, en particulier lorsqu'une transe relativement profonde a pu être induite. En effet, nous avons vu différents niveaux de dissociation apparaître chez Mme C et il faut maintenant faire le travail inverse, c'est-à-dire l'aider à réassocier.

Classiquement le thérapeute laisse le patient sortir de la transe à son rythme et retrouver peu à peu le contact avec l'extérieur. Ici, la « remontée » de la transe est contingente de la descente du bras droit, et c'est à l'instant où ce bras établit le contact avec l'accoudoir que la patiente établit le contact avec la réalité externe. Le thérapeute, en suggérant de se souvenir des choses agréables et nouvelles, fait une suggestion d'amnésie par implication : il oriente les pensées : dans ce moment-clé de la séance, moment où le patient fixe des souvenirs, sur les choses agréables ce qui tend à faire oublier tout ce qui a pu inquiéter au niveau de l'hypnose mais aussi des pensées qui ont surgit.

Les premiers mots de la patiente témoignent d'une très bonne transe dans laquelle elle fait des choses incroyables mais des choses qu'elle ne contrôlait pas. Ceci laisse penser que le but le plus important de cette séance a été atteint : qu'elle reconnaisse pouvoir faire des choses incontrôlables et non angoissantes, même en dehors du sommeil.

Le thérapeute insiste à plusieurs reprises sur les mains pour savoir si elles sont revenues, c'est une précaution contre des phénomènes désagréables qui pourraient apparaître comme la sensation que le bras gauche est toujours détaché. Dans un tel cas, il est facile d'induire rapidement une nouvelle transe pour suggérer la réassociation. Cela ne sera pas nécessaire ici.

8. Fermer la parenthèse.

Voici le moment où le thérapeute ferme la parenthèse en reprenant le thème du tennis qui avait immédiatement précédé le début de l'induction ; Cette technique structure une certaine amnésie du contenu de la séance ; ce qui est important est intégré au niveau inconscient et le conscient peut ne pas le retenir.

La distorsion temporelle que nie la patiente, qui a retrouvé maintenant tout le contrôle de la situation, est habituelle : tant de choses nouvelles, tant d'idées traversent la conscience qu'il semble au patient que la séance a duré très longtemps ; celle-ci a duré environ une heure.

La suggestion post-hypnotique n'est pas oubliée et elle aimerait en savoir plus sur ce qu'elle doit, consciemment, faire ; elle imagine même que, comme dans d'autres approches, le thérapeute va tenter de déchiffrer ce rêve ; mais ce n'est pas le cas, c'est à elle d'en faire ce qu'elle veut. On remarque quand même qu'elle ne remet pas en question l'idée qu'elle va faire un rêve...

Cette séance se termine sur un mode très ambigu voulu par la patiente : elle annonce qu'elle avait un défi dans la tête. Mais avec qui ? Avec ce médecin ? Avec le thérapeute ? Ou avec elle-même. L'histoire ne le dit pas.

C. EVOLUTION

Nous avons choisi d'étudier cette séance car il nous semble qu'elle est très représentative de l'hypnose Ericksonnienne et que l'on y trouve de nombreuses notions abordées dans ce travail : l'inconscient, l'apprentissage, le langage non-verbal, les métaphores, les réponses, l'utilisation du langage du patient, le respect de sa réalité, la souplesse du thérapeute, des inductions très indirectes... Au-delà, nous y voyons l'intérêt et l'efficacité de ces approches indirectes qui permettent d'induire une transe de très bonne qualité chez une patiente particulièrement résistante et ceci en respectant son mode de fonctionnement.

Nous allons voir maintenant ce qui s'est passé après cette séance d'hypnose.

C'est environ un mois plus tard que Mme C a téléphoné pour annoncer l'évolution ; nous reprendrons ses propos avant de les commenter brièvement.

« J'ai retrouvé mes bijoux ! ... Comme vous l'aviez dit, j'ai fait un rêve, mais ce n'était pas très agréable, il y avait plein de bêtes étranges et je n'y ai rien compris. Quelques jours plus tard, j'ai vu une araignée et, subitement, j'ai eu peur pour mon mari, alors j'ai suivi l'araignée ... Elle s'est dirigée vers un placard, y est entrée... J'ai mis ma main, mes bijoux étaient là ! »

Ces propos sont pour le moins surprenants et il semble difficile de les accrédi-ter. Ce qui est essentiel, ce n'est pas qu'elle a retrouvé ses bijoux (les avait-elle vraiment perdu ?), mais qu'elle a fait un rêve et qu'elle l'attribue à la séance d'hypnose et donc à son inconscient qui l'a aidé. Elle a pu vivre son inconscient comme quelque chose d'utile, à qui elle peut donc faire confiance. On peut imaginer que l'inquiétude qui motivait l'hypnose est beaucoup moins importante et qu'il sera moins dramatique pour elle d'avoir « des moments dont elle n'est pas consciente ». Si tel est le cas, le but de la thérapie est atteint puisqu'il s'agissait de l'aider à accepter quelque chose qui pouvait sembler naturel à savoir qu'il existe des moments où il n'est pas possible de tout contrôler sans courir à la catastrophe à chaque fois.

Evidemment, cette histoire d'araignée qui la conduit aux bijoux est à prendre avec réserve... Et pourtant... La suggestion post-hypnotique était de faire un rêve la nuit ou le jour et on peut supposer que son inconscient a suivi la prescription sous cette deuxième forme. Elle aurait

donc vécu une réactivation de l'état hypnotique ramenant le souvenir de la cachette des bijoux, état dans lequel elle a pu halluciner une araignée, offrant en quelque sorte une rationalisation (?) lui permettant d'expliquer cette découverte. Ce ne sont ici que des hypothèses qui ne seront probablement jamais vérifiées, à moins que la patiente ne souhaite, un jour ou l'autre, évoquer de nouveau cet épisode.

Et comment expliquer qu'elle ait choisi l'araignée dont la simple vue l'a fait habituellement hurler... Y a-t-il eu aussi un réaménagement de l'inconscient dans le domaine de ces paniques incontrôlables ?

Conclusion

Dans ces quelques pages passées en compagnie de Milton H. Erickson, nous avons évoqué beaucoup de notions dont certaines sont encore inhabituelles dans la pratique psychothérapique française.

Tout le monde connaît l'hypnose, nous n'en voulons pour preuve que les réactions que nous avons suscitées parmi notre entourage lorsque nous avons commencé cette formation et annoncé notre souhait d'en parler avec ce travail ; personne n'est resté indifférent, quelques – uns ont immédiatement vivement critiqué ce choix, mais la plupart se sont montrés positivement intéressés et curieux de cet état dont ils avaient entendu dire que, dans d'autres temps, il était considéré comme un outil thérapeutique. Mais ils avaient subi l'influence de la caricature et de la dérision dont l'hypnose est l'objet puisqu'il ne semble pas possible de la rejeter dans l'oubli total. Cette situation a conforté notre volonté de la présenter, mais cette fois ci, dans une version revue et corrigée, loin de tous les clichés traditionnels.

Mais, dira-t-on, l'hypnose, c'est l'hypnose ! Oui et non. Tout dépend de ce que l'on met sous ce terme et notre premier objectif a été de présenter les définitions proposées par Erickson. Si l'état de transe hypnotique est toujours défini par la dépotentialisation du conscient, ce n'est plus un phénomène extraordinaire rendu possible par les capacités mystérieuses du thérapeute, tout au contraire, on se rend compte qu'il s'agit d'un phénomène naturel et banal que chacun de nous connaissait sans le savoir. Cette conception inattendue modifie à elle seule toute la compréhension de l'hypnose, mais Erickson va nous faire d'autres surprises. En effet, l'hypnose est un état dans lequel le patient est actif et en position de contrôle, d'acceptation et de refus ; ce n'est plus une question de définition mais de cadre d'utilisation. Ce cadre nous semble essentiel, il demande au thérapeute d'être très souple pour s'adapter au patient, pour le suivre dans son cheminement interne, pour respecter les limitations inconscientes qui apparaissent. Dans ces conditions, de manière très indirecte, avec des métaphores par exemple, le thérapeute va pouvoir aider le patient à imaginer, ou à laisser apparaître, des solutions personnelles à son problème, solutions qui lui appartiennent totalement. L'hypnose n'aura été qu'un médiateur permettant l'émergence des ressources dont l'inconscient de chacun est riche.

Mais, il ne suffit pas qu'une réponse inconsciente émerge grâce à cet état hypnotique, il faut encore qu'elle puisse être intégrée et acceptée par le système dont cet individu fait partie, pour

être à l'origine d'un changement satisfaisant et durable. C'est alors qu'il faut faire appel à un autre cadre conceptuel englobant l'hypnose et prolongeant celle-ci au-delà de la séance de thérapie.

C'est le deuxième apport fondamental d'Erickson. Il ne se contentait pas d'induire des états hypnotiques, qui par eux-mêmes ne sont pas thérapeutiques, mais intégrait toujours cette méthode dans une stratégie qui a pour but de permettre le changement au niveau du contexte. La stratégie doit en effet permettre que les résistances, inhérentes à tout processus de changement, ne soient plus un obstacle définitif. C'est ici que doit intervenir toute l'inventivité, la créativité du thérapeute qui occupe un rôle actif dans le processus thérapeutique, ce qui fait dire qu'il devient le principal outil de la thérapie. Il doit imaginer, se laisser aller à imaginer, pour chaque patient, de nouvelles manœuvres qui vont déplacer ou contourner les résistances en maniant des propositions paradoxales, « confusantes », en prolongeant les séances par des prescriptions allant jusqu'à prescrire le symptôme lui-même ou la rechute.

Hypnose, stratégie, deux approches thérapeutiques différentes ? Non, la stratégie complète l'hypnose, et l'hypnose est partout présente dans les orientations stratégiques prises par la thérapeute puisqu'elles dérivent des suggestions post-hypnotiques mais aussi de la nécessité absolue de s'adapter au patient et de respecter ses capacités. L'une ne va pas sans l'autre, et un thérapeute qui se veut stratégique ne peut pas passer outre l'hypnose. Ceci nous évoque des discussions que nous avons eues à propos de l'ouvrage de Watzlawick : « *Changements, paradoxes et psychothérapie* » (57) ; une critique (que nous partageons) revenait souvent, à savoir l'impossibilité de retrouver les conditions d'utilisation des différentes méthodes qu'il décrit pour provoquer un changement. Depuis que nous connaissons l'hypnose Ericksonienne et la notion de stratégie, nous ne sommes plus gênés parce que nous avons compris que ces interventions ne sont pertinentes que dans un cadre d'utilisation rigoureux que le thérapeute créer lui-même ; ces interventions fonctionnent comme les suggestions hypnotiques indirectes d'Erickson qui sont proposées en fonction de nombreux critères dans l'ici et maintenant de la séance.

Un patient, un thérapeute, les individus nécessaires à une psychothérapie sont là ; mais si ces deux individus sont nécessaires ils ne pourront coopérer que dans un contexte donné, autour d'un problème donné. Chacun de ces éléments peut recevoir différentes définitions mais

chacune correspond à un type de psychothérapie particulier. Nous avons tenté d'approcher les définitions qu'Erickson applique dans sa pratique, la rigueur du cadre qu'il s'impose contrastant avec la grande souplesse dans sa relation immédiate avec le patient. Si les conditions sont réunies, alors une psychothérapie, telle que la conçoit Erickson devient possible, une psychothérapie où la motivation, la conviction et l'empathie du thérapeute répondent à l'ambivalence du patient et de sa souffrance, une psychothérapie où le thérapeute, à partir d'un symptôme-cible, se donne le droit de choisir les outils thérapeutiques les plus appropriés dans les limites de l'acceptation du patient.

Nous espérons que l'exposé d'une séance d'hypnose et les commentaires que nous proposons aideront à mieux comprendre les conceptions d'Erickson, depuis la notion humaniste de l'inconscient jusqu'à la stratégie. Notre but est de montrer que l'hypnose est très respectueuse de l'individu et qu'il appartient au thérapeute d'aider le patient à trouver lui-même une solution à ses difficultés.

Dans ce travail, notre objectif était de faire une présentation de Milton H. Erickson et de son approche thérapeutique ; le sujet est vaste mais il nous a semblé qu'une approche globalisante était préférable compte tenu qu'il est encore totalement inconnu de la grande majorité des thérapeutes et donc des lecteurs. Le prix à payer est un survol beaucoup trop rapide de nombreuses notions dont chacune pourrait, à elle seule, représenter l'objet d'une thèse. Nous considérerons en fait ce travail comme une introduction à l'œuvre d'Erickson, introduction qui, nous l'espérons, sera suivie de nombreux chapitres.

Bibliographie

1. BANDLER R., GRINDER J., *Pattern oh the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.D.*, Cupertino, Meta Publications, 1975, Vol. 1.
2. Idem, 1977, Vol. 2.
3. BANDLER R., GRINDER J., *Les secrets de la communication*, Paris, Le Jour, 1982
4. BARBER J., ADRIAN C., *Psychological Approches to the Management of Pain*, New-York, Brunner-Mazel, 1982.
5. BARRUCAND D. *Histoire de l'hypnose en France*, Paris, PUF, 1967
6. BATESON G., *Steps to an Ecology of Mind*, San Francisco, Chandler, 1972
Traduis en Français : *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Ed du Seuil, 1977, Vol.1.
7. BATESON G., *Mind and Nature. A Necessary Unit*, New-York, Dutton, 1979
Traduis en Français : *La nature et la pensée*, Paris, Ed du Seuil, 1984
8. BATESON G., JACKSON D., HALEY J., WEAKLAND J., *Towards a theory of Schizophrenia*, Behavioral Scientist, 1956, 1, 251-264
Traduis en Français : In BATESON G., *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Ed. Du Seuil, 1980, Vol.1.
9. BERNHEIM H., *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, Paris, Etudes nouvelles, 1891.
10. CAYROL A., DE SAINT PAUL J., *Au-delà de la magie, la programmation neurolinguistique*, Paris, InterEditions, 1984
11. CHERTOK L., *L'hypnose*, Paris, Masson, 1963
12. CHERTOK L., *Résurgence de l'hypnose*, Paris, Desclée de Brouwer, 1984
13. ERICKSON M. H., *Advanced techniques of Hypnosis and Therapy : Selected Papers of Milton H. Erickson M. D.*, New-York, Jay Haley ed, Grune and Stratton, 1967
14. ERICKSON M. H., ROSSI E. L., ROSSI S.I., *Hypnotic Realities, The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion*, New-York, Irvington, 1976.
15. ERICKSON M. H., ROSSI E. L., *Hypnotherapy : an Exploratory Casebook.*, New-York, Irvington, 1979.
16. ERICKSON M. H., *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis*, New-York, E. Rossi ed, Irvington, 1980, Vol. 1.
17. Idem, 1980, Vol. 2.
18. Idem, 1980, Vol. 3.
19. Idem, 1980, Vol. 4.

20. ERICKSON M. H., ROSSI E. L., *Experiencing Hypnosis : therapeutic Approches to Altered States*, New-York, Irvington, 1981.
21. ERICKSON M. H., *Healing in Hypnosis, The Seminars, Workshops and Lectures of Milton Erickson*, New-York, Irvington, 1983, Vol. 1.
Traduis en Français : *L'hypnose thérapeutique*, Paris, ESF, 1986.
22. ERICKSON M. H., *Life reframing in Hypnosis, The Seminars, Workshops and Lectures of Milton Erickson*, New-York, Irvington, 1985, Vol. 2.
23. FISH R., WEAKLAND J.H., SEGAL L., *Tactiques du changement, Thérapie et temps court.*, Paris, Ed du Seuil, 1986.
24. FOERSTER H. Von, *Note pour une épistémologie des objets vivants*, In MORIN E., PIATELLI PALMARINI M., *L'unité de l'homme*. Paris, Ed du Seuil, 1974, 401-407.
25. FOERSTER H. Von, *La construction d'une réalité*, In WATZLAWICK P., *L'invention de la réalité*. Paris, Ed du Seuil, 1988 ; 45-69.
26. GORISSE J., *L'hypnose en psychothérapie*, Paris, Le courrier du livre, 1985.
27. HALEY J., *Uncommon therapy : The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, New-York, Norton, 1973.
Traduis en Français : *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*, Paris, EPI, Desclée du Brouwer, 1984.
28. HALEY J., *Conversations with Milton H. Erickson M. D.*, New-York, Triangle Press, 1985, Vol. 1.
29. Idem, 1985, Vol. 2.
30. Idem, 1985, Vol. 3.
31. HALEY J., *Ordeal Therapy*, San Francisco, Jossey-Bass, 1984.
32. HALEY J., *Tacticiens du pouvoir*, Paris, ESF, 1984.
33. HALL E., *La dimension cachée*, Paris, Ed du Seuil, 1971.
34. HALL E., *Le langage silencieux*, Paris, Ed du Seuil, 1978.
35. HESS E., *Attitude and Pupil Size*, Scientific American 212, avril 1965, 46-54.
36. HOWARD N., *The mathematics of Meta-Games*, General systems 11, 1966, 167-186; 187-200.
37. JANET P., *Les médications psychologiques*, Paris, Atlan, 1919, Vol. 1.
38. KOESTLER A., *Le cri d'Archimède*, Paris, Calmann-Lévy, 1965
39. KOESTLER A., *Le cheval dans la locomotive. Le paradoxe humain*, Paris, Calmann-Lévy, 1968.
40. KOESTLER A., Janus. *Esquisse d'un système*, Paris, Calmann-Lévy, 1979.

41. LAING R., *Nœuds*, Paris, Stock + Plus, 1971
42. LANKTON S.R., LANCKTON C.H., *The Answer Within, A Clinical Framework of Ericksonian Hypnotherapy*, New-York, Brunner-Mazel, 1983.
43. LODEON J., VAN DICK R., *Histoires d'Erickson*, Génitif 1986, 7, 1; 3-66.
44. LODEON J., *Traitement des douleurs terminales, commentaires sur les stratégies hypnotiques de Milton H. Erickson*, Le coq héron, 1986, 97, 25-35.
45. MADANES C., *Strategic Family Therapy*, San-Francisco, Jossey-Bass, 1984.
46. MADANES C., *Behind the One-Way Mirror. Advances in the Practice of Strategic Therapy.*, San-Francisco, Jossey-Bass, 1984.
47. MALAREWICZ J.A., GODIN J., *Milton H. Erickson ; de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*, Paris, ESF, 1986.
48. MALAREWICZ J.A., *Les thérapies stratégiques ou la stratégie du changement. Perspectives psychiatriques*, 1987, 26, 7-11, 102-103.
49. MALAREWICZ J.A., *La stratégie en thérapie ou l'hypnose sans hypnose de Milton H. Erickson*. Paris, ESF, 1988
50. MARC E., PICARD D., *L'école de Palo Alto*, Paris, Retz, 1984.
51. MORRIS D., *La clé des gestes*, Paris, Grasset et Fasquelle, 1979.
52. PRIGOGINE I., STENGERS L., *La nouvelle alliance*, Paris, Gallimard, 1979
53. ROSEN S., *My voice will go with you : the Teaching Tales of Milton H. Erickson M. D.*, New-York, Norton, 1982
- Traduis en Français : *Ma voix t'accompagnera. Milton H. Erickson raconte.* , Paris, Hommes et groupes, 1986
54. SCHMIDBAUER W., *Les voies de la psychothérapie*, Toulouse, Privat, 1973.
55. VARELA F. J., *Le cercle créatif*, In WATZLAWICK P., *L'invention de la réalité*, Paris, Ed du Seuil, 1988, 329-345.
56. WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J., JACKSON DON D., *Une logique de la communication*, Paris, Ed du Seuil, 1972
57. WATZLAWICK P., WEAKLAND J. FISH R., *Changements, paradoxes et psychothérapies*, Paris, Ed du Seuil, 1975.
58. WATZLAWICK P., *La réalité de la réalité : Confusion, désinformation, communication*, Paris, Ed du Seuil, 1978.
59. WATZLAWICK P., *Le langage du changement : éléments de communication thérapeutique*, Paris, Ed du Seuil, 1980.

60. WATZLAWICK P., WEAKLAND J., *Sur l'interaction, Palo Alto, 1965-1974, une nouvelle approche thérapeutique*, Paris, Ed du Seuil, 1981.
61. WATZLAWICK P. (dirigé par.), *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*, Paris, Ed du Seuil, 1988.
62. WEITZENHOFFER A., *Hypnose et suggestion*. Paris, Payot, 1986.
63. WHITEHEAD A., RUSSEL B., *Principia Mathematica*, Cambridge, Cambridge University Press, 1910-1913.
64. ZEIG J. *A Teaching Seminar Oh Milton H. Erickson*, New-York, Brunnel-Mazer, 1980.
65. ZEIG J. *Ericksonian Approches to Hypnosis and Psychotherapy*, New-York, Brunnel-Mazer, 1982.
66. ZEIG J. *Experiencing Erickson : An Introduction to the Man and his Work*, New-York, Brunnel-Mazer, 1985.