

La Réification Hypnotique

Mr R est un homme de 40 ans. Il souffre d'une douleur dans la mandibule et le cou depuis 12 ans. Il a suivi un long parcours thérapeutique médicamenteux et psychothérapeutique malheureusement inefficace.

« C'est comme une traction terrible entre la mâchoire, sous l'oreille et la clavicule. À chaque fois que je veux ouvrir la bouche, c'est pire. C'est en longueur, quelque chose de dur comme du métal, de fin, de froid. On dirait une ficelle ou plutôt un câble. En acier, comme les câbles de frein sur les vélos. Les deux bouts du câble sont profondément enfoncés dans les structures osseuses.

- *Combien de brins ?*
- ... douze
- *Comment ce câble peut-il être modifié?*
- En le coupant
- *Avez-vous une pince coupante?*
- Dans la caisse à outil. Je peux la prendre.
- *Je vous propose d'en couper une partie aujourd'hui.*
- J'en coupe 6.
- *Très bien allez y.*
- ...
- *Où en êtes-vous?*
- J'en ai coupé 3. Je continue... Ca y est, j'en ai coupé 6.
- *Comment ressentez-vous les sensations dans le cou ?*
- C'est beaucoup mieux.»

Cet échange qui peut paraître surréaliste est au contraire ordinaire pour le praticien qui utilise la technique appelée réification avec les patients souffrant de douleurs chroniques. Même si nous verrons plus loin que l'usage en sera plus large, nous allons dans un premier temps nous situer dans le cadre des patients douloureux chroniques.

Réification, approche théorique

Réifier vient du latin Res, chose et Facere, faire. En philosophie, la réification est la transformation en chose. Pour nous, réifier est transformer une sensation en une chose. Un objet dont les caractéristiques deviennent de plus en plus précises au fur et à mesure de la focalisation de l'attention sur cet objet, focalisation générée par l'existence préalable de la sensation et les questions du thérapeute. Il s'agit bien de s'occuper d'une sensation qui fait partie de l'univers habituel du patient, qu'il connaît, dont il souffre mais dont il ne parvient pas à se débarrasser. La connotation "chronique" se réfère à la durée - plus de 6 mois - et surtout à une notion de résistance du symptôme, avec différentes tentatives de traitement et des échecs.

Réification, approche pratique

Comme souvent, ce principe n'est qu'une amplification d'un processus naturel que chacun connaît. «J'ai l'impression d'avoir un clou dans l'épaule, une boule dans la gorge, une barre dans le ventre...». C'est une de nos manières habituelles de décrire une sensation en se référant à une chose connue et partageable. La douleur, son type, son intensité sont particulièrement subjectives. Si je dis : «j'ai très mal dans le dos», il est difficile pour l'interlocuteur de décoder cet énoncé, de se l'approprier pour comprendre ce qui vient d'être dit. «C'est comme si j'avais une pointe, comme une aiguille de couture, enfoncée à l'intérieur de l'épaule. Elle s'enfonce encore plus à chaque mouvement» est une manière beaucoup plus «objectivable» pour partager cette difficulté. Et partager un problème n'est-il pas déjà le diviser et le réduire?

Mode digital versus mode analogique

À chaque fois que nous utilisons ce langage, « c'est comme si », nous passons en mode «imaginaire» ou analogique. Le mode scientifique habituel, que nous utilisons aussi dans le monde médical, est le mode «digital» qui s'appuie sur la raison, la description exacte, l'évaluation, la logique, l'analyse. La douleur est alors en relation avec la contraction symétrique et coordonnée des muscles steno-cléido mastoïdiens. « Elle est due à une activation excessive des afférences nerveuses motrices déclenchées par une inflammation de la loge interne de la thyroïde en rapport avec un excès de production de l'hormone produite par l'axe hypothalamo-hypophysaire... Je vous enlève la thyroïde et ce sera fini! » Pour le patient, c'est du chinois, sauf la dernière phrase. Elle contient - elle - quelque chose de bien réel et facile à imaginer. Ce langage digital permet des descriptions précises, exactes, en rapport avec le savoir scientifique de l'anatomie, la physiologie, l'hormonologie, les neurosciences pour un traitement tenant compte de tous ces savoirs. Un traitement digital précis, rigoureux, dosé, évaluable, et partageable. Une dose de médicament, une stimulation électrique, un acte de chirurgie. Autant de stratégies puissantes et efficaces, mais pas pour cet homme qui souffre de sa gorge depuis 12 ans et qui est ici maintenant avec moi.

Que veut dire passer en mode « imaginaire »? C'est un mode qui nous permet de transmettre ce que nous vivons, ressentons, souhaitons, craignons par des images. Le mieux est d'utiliser un exemple. Lorsque j'utilise un exemple, je suis immédiatement dans ce mode analogique. Je rentre dans une pâtisserie. Je peux me dire que j'ai envie de 120 grammes de farine cuite à 60 degrés pendant une heure, mélangée à 17 grammes de jaune d'oeuf et 6 grammes de sucre... Ou, en ressentant ce qui se passe dans ma bouche, dans mon ventre, observer que mon esprit a fabriqué l'image d'un gâteau au chocolat. Le plus habituellement, nous fonctionnons en mode analogique et nous passons en mode digital lorsque nous voulons décrire rationnellement un phénomène et en permettre l'analyse. Ou pour écrire une recette de cuisine.

Activer le mode imaginaire, c'est activer ce que chacun sait le mieux faire et permettre l'observation interne la plus précise qui soit. C'est venir au plus proche de ce qui existe dans le monde intérieur. Ceci met en oeuvre des processus extrêmement complexes qui activent des niveaux de ressources naturelles présentes chez chacun d'entre nous. Des ressources qui permettent de changer ce qui se passe à l'intérieur de nous, d'une manière difficile à analyser. Ces ressources dites inconscientes qu'Erickson activait, amplifiait dans l'hypnose. Un inconscient décrit comme un immense magasin de ressources ! Ce sont ces mêmes ressources qui nous permettent à chaque instant, chaque jour, de « guérir » de douleurs, de perturbations émotionnelles, de dysfonctionnements organiques. Ces ressources qui semblent plus faciles à activer en transe hypnotique.

La réification en thérapie

Alors, entrons dans mon atelier thérapeutique. Dans le coin « douleur chronique », l'outil le plus brillant, le plus poli par de longues heures d'utilisation est la réification. C'est en effet celui que j'utilise de manière préférentielle comme première technique hypnotique avec la plupart de ces patients qui souffrent depuis longtemps, fatigués par les échecs, rigidifiés par cette sensation persistante. Ils ont peu d'énergie et beaucoup de méfiance. Leur créativité est réduite au minimum, voire complètement en panne comme les patients présentant une dépression chronique. Il suffit de leur demander de colorier des mandalas¹ pour se rendre compte de la pauvreté des couleurs, de la difficulté à suivre des traits simples et l'épuisement qui fait interrompre cette tâche au bout de quelques minutes. Quelles différences avec ces patients qui présentent une pathologie aiguë, une douleur aiguë, ou une dépression chaotique qui réalisent pendant des heures des chefs d'oeuvre multicolores ! Qui montrent ainsi leur disponibilité mentale et leur créativité intactes.

La douleur comme signal d'alarme

Cette douleur devenue chronique a d'abord connu une phase aiguë. Une douleur est un signal qui fait savoir que notre vie est en danger (petit ou grand). Voici ce qu'en disait déjà Hübner, médecin allemand, en 1794 : « *La coenesthésie (sic) est obscure et faible dans la bonne santé pour que nous ne soyons pas troublés par ses mille impressions. Elle est en revanche forte dans les maladies pour que, prévenus du danger, nous soyons incités à rechercher de l'aide* ». ² Dès que nous avons traité correctement le problème - enlever le caillou de la chaussure, retirer la main du feu, stabiliser l'articulation -, le signal peut disparaître rapidement. Moins rapidement s'il y a des lésions tissulaires puisque la sécurité totale ne sera revenue que lorsque la lésion sera guérie. La douleur continue à jouer le rôle de nous signaler que nous devons poursuivre les soins. Que devons-nous penser alors de cette chronicisation de la douleur, ce signal qui n'en finit pas? Soit la vie est toujours en danger et le signal nous invite à traiter ce danger. Faut-il alors s'autoriser à supprimer le signal? Soit le système d'alerte est dysfonctionnel et il convient de le débrancher. Mais avec le risque de supprimer toutes les futures alertes de danger.

La douleur chronique peut aussi être abordée, décrite comme un phénomène de transe négative au long cours. Comme une partie dissociée du sujet, partie sur laquelle il n'a plus de prise. Nous pouvons alors penser la réification comme technique de réassociation pour permettre au patient de créer de nouveaux liens avec cette partie de lui-même symbolisée dans cette partie du corps.³

La douleur comme moteur de guérison

Le signal « douleur » mobilise de l'énergie et nous met en mouvement. « Le mouvement, c'est la vie » disait Léonard de Vinci. Alors l'immobilité, c'est la mort. Il y a quelque chose de simplement pertinent dans cette observation. Si nous savons que la douleur apparaît lorsqu'il y a lésion organique, nous savons aussi qu'elle contient toujours une dimension émotionnelle.

« Emotion » : Movere en latin, mouvement. Ou le « motion » anglais. L'idée d'émotion est une idée de mouvement. Ici, mouvement pour guérir, mouvement pour changer. Dans tous les cas, mise en action des ressources du vivant pour protéger la vie selon la règle fondamentale de l'homéostasie. La douleur, même chronique continue à produire du mouvement chez le patient qui continue à

¹ «Les troubles dépressifs : concepts et applications hypnotiques» Dr Virot Claude in Traité d'hypnothérapie Dunod 2007

² Jackie Pigeaud : Aux portes de la psychiatrie. Pinel, l'Ancien, le Moderne.

³ Association et dissociation. Dr Virot Claude in Hypnose et dissociation psychique. Imago 2006

demander de l'aide. Mais, en se chronicisant, cette douleur ne crée plus de mouvement interne, comme s'il n'y avait plus d'émotion. La douleur n'active plus de ressources naturelles de guérison, comme si cette partie était devenue morte, immobile. Et terriblement angoissante. Cette mort partielle va-t-elle se généraliser?

Autant dire que pour aider ces patients, nous avons besoin d'un outil simple, connu du patient, utilisable ici et maintenant, produisant un changement immédiat, quelque chose qui bouge et qui prouve qu'il y a de la vie, demandant peu d'énergie, activant la créativité, stimulant la confiance dans les ressources de changement, respectant la complexité du patient et son écologie, respectant sa complexité interne. Une méthode qui va mettre le patient en mouvement pour changer dans sa vie ce qui est encore et toujours activateur de douleur. La réification réunit toutes ces qualités. Chaque patient construit un objet différent et une méthode de changement personnelle. C'est une technique simple qui crée pour le patient nouveauté, créativité, activation corps-esprit. Toutes ces dimensions qui permettent des changements durables comme le montre si bien Ernest Rossi. (Cf le "Freebook" en français sur le site Internet www.emergences-rennes.com).

La phase de préparation

Avant la séance d'hypnose, il est indispensable de préparer le terrain. Vérifier : le patient est-il disponible pour des changements maintenant ? Ses ressources peuvent-elles être activées ? Est-il acteur du processus ? Le système dans lequel il vit peut-il accueillir favorablement ces changements ? Rien de tel pour échouer que de négliger ces facteurs. Ceci veut dire simplement que le thérapeute devra être prudent et modeste avec ce patient qui souhaite un rendez-vous dans deux mois, plutôt le vendredi vers 18h, ou à défaut 18h30 ou qui prend des doses importantes de morphine, sous antidépresseurs ou neuroleptiques, qui attend le jugement dans un litige avec les assurances, qui dit au thérapeute : "allez-y faites votre travail sur moi!".

Lors de la séance, le thérapeute vérifiera encore deux choses. La première concerne le symptôme : est-il resté stable ? En effet, si la résolution a commencé depuis la première séance, sans faire d'hypnose, la meilleure attitude est d'accompagner tranquillement le patient dans cette guérison "spontanée". Dans les autres cas, il est essentiel de vérifier que le symptôme est bien là aujourd'hui. La réification ne peut se faire qu'avec un symptôme présent. Si le symptôme est absent, le patient est présumé guéri aujourd'hui. La prescription de symptôme réalisée lors de la première séance rappellera au patient qu'il doit absolument venir avec son problème. Proposition, bien sûr paradoxale, créant un double lien thérapeutique : en générant une nouvelle manière de se focaliser sur le problème, le patient peut découvrir des aspects nouveaux (créativité) de son problème, ou découvrir qu'il sait comment le maintenir et inversement, ne pas le maintenir. Nous voyons par cette dimension que la réification s'inscrit dans un processus thérapeutique plus large, dans lequel cette réification sera pertinente.

Chosifier la douleur

Voici venu le temps de cette "chosification". Avec chaque patient, nous décrivons cette sensation en respectant toujours le même ordre. Je crois que cette rigueur permet de garder un peu le contrôle de la focalisation. Je parle bien de décrire la sensation. Comme disait Erickson, « dès que j'ai compris qu'il s'agit d'une douleur, il ne m'est plus nécessaire d'utiliser ce mot ». Pour chaque dimension, il est essentiel que ce soit la description du patient et la variété des objets construits est sans limite. Les quelques exemples que je cite sont l'équivalent de votre premier livre en images sur les fleurs par rapport à la totalité des végétaux du monde. C'est parfois difficile pour le thérapeute qui a aussi son propre imaginaire (même si certains en doutent, surtout en début de formation) et qui va parfois

se précipiter et construire dans son propre esprit un objet qui n'est pas celui du patient. Il risque alors d'influencer les réponses du patient. Il est essentiel aussi de répéter à voix haute chaque aspect énoncé par le patient en copiant sa diction, en respectant chaque mot de manière très rigoureuse et en les notant pour les utiliser précisément dans la phase thérapeutique.

Sa localisation précise et ses limites

Le mieux est de faire bouger le patient pour qu'il désigne l'endroit avec son doigt ou sa main. Il bouge ainsi son corps, communique de manière analogique (le contraire serait : la douleur est dans le cadran antéro-supérieur de la tête humérale"). C'est déjà thérapeutique de mettre le patient en mouvement. Ça donne aussi l'occasion au thérapeute de se mettre en miroir avec son patient, de bouger et de désigner la même zone sur son propre corps. Il est ainsi beaucoup plus facile d'apprendre ce que le patient veut dire. On dit aujourd'hui que ce mirroring activerait les neurones-miroirs chez le thérapeute, ceux qui seraient impliqués dans l'empathie...

Il s'agit aussi de distinguer la zone du corps où la sensation est présente de celle où elle ne l'est pas. Ceci génère une dissociation dans le corps et, implicitement, exprime le fait qu'une partie, souvent la plus grande, est indemne de cette sensation. C'est une technique indirecte. Elle évoque que si cette partie de ma vie est difficile, d'autres parties vont bien. J'ai alors le « choix » de la partie que je décide d'investir. Curieusement, la plupart des patients décrivent très bien cette frontière. En particulier, lorsque je leur suggère de faire comme s'ils suivaient cette frontière avec leur doigt (imaginaire cette fois-ci, il n'est pas nécessaire qu'ils enfonce leur doigt dans l'épaule ou dans l'oeil).

Le plus souvent les limites sont nettes, et le pronostic est alors meilleur. Lorsque les limites sont floues, il est plus difficile de construire un objet précis et de le modifier. L'art du thérapeute est ici d'aider le patient à se focaliser intensément sur ces limites. C'est un peu comme si cela permettait au patient de mettre tout ce qui est en rapport avec cette douleur dans un endroit bien identifié. Il est plus facile de trouver tous les livres s'ils sont dans une bibliothèque plutôt que dispersés dans la maison, dans tous les meubles, sous tous les lits... Que ce soit pour en retrouver un ou pour s'en débarrasser.

Sa forme

C'est une autre focalisation de construire une forme à partir des limites. Parfois évidente : c'est rond, carré, allongé, un triangle, une étoile... Parfois plus difficile : une barre dans un sens et une autre dans l'autre sens, une qui va vers l'intérieur ; une ligne qui part du coin de l'oeil, monte sur le front à gauche, puis part à l'intérieur du crâne. Là, elle devient plus large... Il est essentiel de prendre le temps de bien faire décrire la forme. C'est cette forme qui « forme » le mieux l'image générale de l'objet. Rappelons-nous aussi que ces patients sont souvent fatigués, mais surtout leur monde intérieur et leur créativité se sont beaucoup appauvris.

La dimension

C'est une question essentielle à aborder pour être en phase avec l'imaginaire du patient. Une dame décrit dans le bas de son dos une forme en demi cercle. Elle hésite à me dire la dimension, ne sait pas trop. Mais quand je lui suggère une dimension d'une dizaine de centimètre que je montre avec mes doigts, elle m'arrête immédiatement : «Non, ce n'est pas du tout comme ça, plutôt comme ça!» Elle me montre quelque chose d'environ 40 centimètres qui «tient» dans le bas de son corps.

Son épaisseur

Nous passons à la troisième dimension. Le rond devient boule. Le triangle devient pyramide. Le rectangle, une fine feuille d'un millimètre. Très différent d'un autre rectangle de trente centimètres

d'épaisseur sur la poitrine. Ce volume ne dépend pas non plus de la dimension réelle du patient ou de la zone considérée. Comme cette jeune fille anorexique de seize ans avec une boule dans le ventre. J'ai vu immédiatement une boule comme une orange dans ce ventre minuscule. Banal. Sauf que cette boule avait la dimension d'une boule de bowling... Et son poids aussi !

Sa consistance

Souple, mou, ferme, dur, très dur. Souvent le plus simple est d'utiliser des analogies. Cette boule est-elle comme un fruit, comme une boule de pétanque ? Cette barre dans le ventre est-elle comme du métal, comme du bois un peu souple, comme du caoutchouc ? Ce fil est-il souple comme de la soie, plus dur, comme une ficelle, encore plus dur, comme un fil métallique ?

Son poids

Le poids ne dépend pas directement du volume. Cette exploration met en route la dimension kinesthésique et accroît nettement la « réalité » de l'objet.

Sa localisation

Nous revenons à la description en trois dimensions, mais cette fois-ci par rapport à la surface du corps. Cette sensation est elle en surface, sur l'épaule ou dedans ? Et dedans, c'est un centimètre de profondeur ? Un peu plus ? ... Ok, vous la sentez beaucoup plus profonde, tout à l'intérieur de l'épaule.

Sa surface

Elle peut être lisse, rugueuse, irrégulière, bosselée. Un objet lisse bouge plus facilement.

Sa fixation

Le plus souvent, l'objet est très fixe, très immobile. Collé, accroché par des fils ou des câbles, comme ce fil de fer barbelé dans la cuisse d'un monsieur qui souffrait le martyr à chaque mouvement. Il est parfois un peu mobile de quelques millimètres. Une boule peut tourner sur elle-même. La mobilité est un bon facteur d'évolution.

Sa sonorité ou sa vibration

Les objets sont rarement sonores (peut-être est-ce dû à ma manière de faire, ou à mon fonctionnement personnel ?) mais ils peuvent vibrer. Les vibrations peuvent se diffuser dans le corps. La sensation peut aussi être itérative, cyclique, comme des décharges électriques.

Son contenu

L'objet est-il homogène, creux ? Y a-t-il quelque chose à l'intérieur ? Lorsque c'est le cas, il est très fréquent que le premier changement soit de le vider. Une boîte avec des cailloux, une boule avec du liquide...

La température

Le plus souvent elle est neutre, comme le corps. Parfois l'objet est froid, voire glacé. Ce n'est jamais une fraîcheur agréable. Inversement et plus souvent, il est chaud et peut être décrit comme brûlant. Ce n'est jamais non plus une chaleur agréable. C'est un critère sur lequel il est assez facile d'agir. Des glaçons viennent apaiser la chaleur. Du soleil fait fondre la glace.

Sa couleur

C'est habituellement le dernier critère que j'explore. Il représente pour moi l'achèvement de la description, comme si la couleur faisait exister cet objet. Beaucoup de patient ont du mal à lui attribuer une couleur, mais j'insiste toujours pour que ce sens visuel soit bien activé. La couleur reste quand même souvent pauvre chez les patients douloureux chroniques (voir mandala) : gris, noir, sombre... Rouge aussi bien sûr. Parfois l'objet a un aspect visuel plus « sympathique » : il a des rayures, des points, une couleur changeante.

Sa luminosité

Associée à la couleur, elle définit l'aspect mat ou brillant et permet parfois de découvrir une lumière... Un peu de vie.

Avec tous ces critères, est décrit un objet, une chose très précise. Même si l'objet est nommé bien plus tôt, il est utile d'enrichir la description. Chaque niveau de description est un niveau de dissociation. Chaque fois que le patient dit ce que c'est, il dit aussi implicitement ce que ce n'est pas et fait sortir du champ de la maladie toutes ces dimensions non impliquées. Par rapport à la totalité du monde intérieur du patient et la totalité de ce qui aurait pu être imaginé, la chose qui est maintenant créée est une chose parmi la multitude possible. Une multitude du côté de la vie, de la guérison... Une chose du côté de la maladie, de la souffrance. Une chose respectée et reconnue du thérapeute, une chose identifiée, une chose limitée sur laquelle va pouvoir se focaliser l'énergie de changement du patient. L'effort à fournir devient alors à la mesure des ressources disponibles.

Changer

Nous entrons alors dans le domaine du changement, de la modification, de l'évolution, du mouvement. Dans cette phase où cette chose maintenant bien décrite et connue va devenir différente dans au moins un des critères décrits. Le patient et le thérapeute disposent alors d'une palette très large de modifications possibles.

Il est question ici de modification et jamais de disparition, de suppression, d'effacement... Nous devons nous souvenir que ce symptôme est un signal, qu'il fait partie de l'écologie mystérieuse de cet être vivant. Une disparition pourrait déséquilibrer gravement un système déjà fragile. Alors écoutons encore Erickson nous parler du plus petit changement possible. Dès que ce plus petit changement sera atteint, le premier pas sera fait, un pas concret, vécu, mémorisable, descriptible. Un peu comme un pas dans le monde rationnel. Et dès que cet aveugle a vu quelque chose, que le doigt de ce tétraplégique a bougé, que cette épaule gelée s'est réchauffée, nous - et surtout le patient - pouvons commencer à penser que le deuxième pas n'est plus très loin. Il y a une différence fondamentale entre zéro et un. Peut-être la différence entre la mort et la vie. Alors que deux n'est que le double de 1.

La modification se fait dans la phase hypnotique « officielle ». Pourquoi officielle ? Il est bien évident qu'une transe est installée depuis longtemps par ces focalisations de plus en plus précises, par la concentration du patient sur son monde intérieur. Une focalisation d'autant plus facile que le thérapeute invite le patient à s'occuper de la seule chose qui l'intéresse, cette chose qui occupe tout son univers mental : sa douleur. Ceci explique que cette phase de focalisation est très bien vécue par le patient, qu'elle est assez facile pour lui, qu'elle respecte son orientation à la réalité. Ainsi, elle ne génère que très peu de résistance.

Deux stratégies peuvent être décrites

À la fin de la description, dans cette transe spontanée où l'imaginaire est particulièrement activé, le thérapeute demande au patient d'imaginer comment cet objet peut être modifié. Cette question renforce immédiatement la transe et fait plonger le patient encore plus loin dans son monde intérieur. Il cherche les différentes possibilités de changement. Curieusement (c'est vrai aussi pour la phase de description) si le thérapeute soutient le patient avec patience, c'est-à-dire si le thérapeute est patient, le patient devient thérapeute de lui-même.

Le thérapeute propose alors au patient une expérience hypnotique qui va permettre à ses ressources, ou à son inconscient, ou à ses systèmes de guérison ou... Le mot utilisé ici doit seulement être compatible avec les croyances du patient. L'induction proprement dite peut être extrêmement simple : « Est-ce que votre corps veut prendre une inspiration profonde ou, peut-être d'abord vos paupières se ferment ? Et observer quelques instants le ... mouvement de votre respiration, le nettoyage à chaque expiration et l'énergie qui rentre à chaque inspiration. (Nombreuses variantes qui dépassent le cadre de cet article). Dès que le patient est officiellement en transe hypnotique, je l'invite à imaginer comment la chose peut être modifiée, ou à observer comment son inconscient est en train de modifier cette chose.

L'observation attentive de l'apparition de quelque chose de nouveau est parfois suffisante. Il est nécessaire de garder un dialogue avec le patient qui peut alors nous décrire ce qui se passe. Le changement concerne la localisation ou la couleur ou la consistance. Si c'est le cas, le thérapeute reste tranquillement - sans rien faire d'autre- à accompagner le travail des ressources du patient.

Si l'observation ne suffit pas, c'est maintenant le deuxième temps très étonnant de cette technique (le premier est la fabrication de l'objet) : chacun crée, imagine, invente des solutions originales.

Quelques exemples. Les italiques sont les mots du thérapeute :

« C'est une barre métallique vissée sur deux vertèbres. Je ne peux plus du tout bouger. *Que faut-il faire?* Dévisser. *Vous pouvez trouver l'outil dont vous avez besoin ?* Oui, dans la caisse à outils de mon mari. *Bien, allez ici. Silence... Alors ?* Non, ça ne marche pas. *Que se passe-t-il ?* C'est trop serré je n'y arrive pas. *Avez-vous mis du dégrissant?* Non. *Où allez-vous en trouver ?* Dans la droguerie près de chez moi, je vais en acheter. *Bien. Et maintenant?* Oui, la première commence à tourner. La plaque bouge un peu, c'est mieux. » Fin de transe hypnotique.

Commentaire 1 : C'est le patient qui invente le scénario dans lequel entre « logiquement » le thérapeute. L'idée de desserrer est une idée du patient. C'est dans ce scénario que le thérapeute évoque le dégrissant. Il fait aussi appel à son imaginaire et ce d'autant plus facilement qu'il est lui-même en transe et « voit » très précisément cet objet.

Commentaire 2 : Le thérapeute reste en contact verbal pour que le patient lui raconte le travail qu'il fait - ou qui se fait - à l'intérieur. Comme souvent en transe, le sujet a tendance à faire le moins possible et doit être stimulé pour parler, faire des choses, continuer d'imaginer. Ce n'est pas une séance de relaxation mais de travail très intense dont beaucoup de patients sortent épuisés.

« C'est une boule grosse comme une orange mais noire, comme du caoutchouc. Elle est à l'intérieur de la poitrine à gauche. Complètement immobile depuis un an. Elle m'empêche de respirer. *Quel*

genre de changement serait bien pour vous ? Qu'elle aille ailleurs. Où ? Dans ma fesse gauche. Il y a suffisamment de place? Oui (rires). Ok, allez y, observez comment elle se déplace... Où est elle maintenant ? Au milieu du dos, elle continue à descendre. Mais elle est plus petite maintenant... Ca y est, elle est arrivée. C'est supportable pour la fesse ? Oui, la boule est beaucoup plus petite. Ca vous convient comme ça ? Oui, ma poitrine est complètement dégagée, je respire normalement (inspiration très profonde et sourire). » Fin de transe hypnotique

Commentaire : Il y a parfois, comme ici, un lien avec un événement connu. Cette boule s'était installée les jours suivants la mort de son père. En sortant de transe, elle a pleuré, ses émotions se sont remises en mouvement. Le jour même, elle est allée pour la première fois au cimetière...

Nous voyons bien ici la mise en oeuvre de ressources complexes. Aucun entretien thérapeutique qu'elle avait déjà eu ne les avait activé. Nous voyons ici, et c'est le plus fréquent, qu'elle ne demande pas de s'en débarrasser immédiatement ou complètement.

« Il y a comme un brouillard sombre très très dense et froid dans ma tête, partout. Tout le reste est comprimé en permanence. *Que souhaitez-vous? Qu'il sorte. D'accord, une partie pourrait commencer à sortir aujourd'hui, le reste sortira plus tard progressivement. D'accord ? Oui. Par où peut-il sortir ? C'est justement le problème, il n'y a aucune sortie. Peut-être par les oreilles ? Non. Peut-être par le cou? Non, il y a comme une membrane très épaisse. Je crois qu'il faudrait des trous dans le crâne. Des trous qui se reboucheraient après? Oui, un peu comme une cocotte minute. Quand il y a trop de pression, ça sort. D'accord, observez comment ça se passe avec ces trous. J'en ai un de chaque côté et le brouillard a commencé à sortir. Ca fait comme le matin quand le jour se lève. Il y en a beaucoup de sorti ? Je ne sais pas, il y en a encore mais il n'y plus cette compression. Alors, c'est peut-être suffisant pour aujourd'hui. Les trous sont rebouchés ? Oui, il faudrait que la pression remonte pour qu'ils s'ouvrent. » Fin de transe hypnotique*

Commentaire 1 : Faire sortir les choses est une des options assez fréquente choisie par le patient. S'il faut être prudent avec ces idées d'effraction du corps, nous devons nous rappeler que c'est comme dans un dessin animé, tout est possible à Toon City. Comme cette dame de 50 kilos qui a eu besoin d'un marteau aussi gros qu'elle pour casser en deux une noix noire.

Commentaire 2 : Cette patiente vient de se fabriquer un schéma personnel lui permettant d'évacuer les excès de brouillard à chaque fois qu'elle en a besoin. Du stress, du chagrin, de la colère.

Le processus thérapeutique

Nous avons déjà noté que la réification est un outil qui s'inscrit dans un cadre plus large. Nous devons maintenant observer que ce premier changement s'inscrit dans un processus thérapeutique plus large. Si ce premier changement est le plus difficile, il est aussi le plus précieux. Lorsque le patient observe ce changement, nous pouvons imaginer que quelque chose de son monde intérieur est en train de se transformer. Dans ses idées, ses émotions et dans sa matière : neurones, circuits, génome (Rossi). En décrivant ces changements, il les inscrit dans sa mémoire. C'est comme si dans ce moment-là, en transe, cette transformation devient immédiatement un acquis. Pas comme « j'ai imaginé que la boule diminuait ». Le patient dit : « ma boule est plus petite ». Elle est plus petite dans la réalité ici et maintenant. C'est un fait rationnel, indiscutable. C'est la première pierre de construction de la nouvelle maison.

Il est utile d'inviter ensuite le patient à emmener cette expérience, cette modification avec lui et de s'observer très attentivement à différentes heures, ou dans différents lieux. Ou inviter le patient à s'installer tranquillement chez lui une ou deux fois par jour pour continuer cette expérience. Ou encore de lui suggérer que ce qui vient de se produire dans son corps, va avoir des effets dans d'autres secteurs : relations personnelles, décisions, attitudes... Et qu'il est essentiel d'observer très attentivement ces changements, même petits pour en tenir compte dans la prochaine séance. Ceci permet un pont dans le futur avec la prochaine rencontre et focalise l'attention sur ce qui bouge plutôt que sur ce qui est immobile comme il le faisait jusqu'alors. Ceci permet aussi d'amplifier les changements en utilisant peu d'énergie, simplement en mettant l'énergie disponible là où elle est utile.

Indications

Nous avons décrit cette méthode thérapeutique dans le cadre de la douleur chronique, là où l'implication corporelle est la plus évidente. Mais elle sera tout aussi efficace avec les troubles à manifestations psychiques chroniques : angoisses, dépressions, troubles post-traumatiques. Il est en effet très facile de repérer avec le patient une localisation corporelle de ce trouble. Une angoisse comme une boule dans la gorge, tout le monde connaît. La boule dans le ventre de la peur. La perte d'étanchéité des mains. Le liquide noir dans la tête de la dépression. Le chagrin bloqué dans le bas du dos. Les doutes comme des sensations bizarres et instables dans le bassin. Une vieille blessure morale comme un trou dans un pied ou une épine dans le coeur. Chaque phénomène psychique à une dimension corporelle. Le changement de l'un se traduit par le changement de l'autre. Nous trouvons ici une merveilleuse illustration de cette globalité de l'humain, bien loin de cette dissociation corps-esprit. Dissociation intéressante pour mieux comprendre certaines choses, mais dissociation qui n'est créée que pour rendre service à l'analyse des phénomènes. Cette dissociation n'est pas vraie pour chacun des individus vivants que nous sommes. Traiter une partie sans tenir compte de l'autre est la voie royale vers l'échec...et la douleur chronique.

Si nous quittons maintenant ce monde particulier du trouble chronique et que nous venons vers les troubles aigus, récents, il est bien évident que cette technique est tout aussi pertinente. Une douleur aiguë, qu'elle soit morale ou physique, présente toujours une dimension imaginaire, émotionnelle qui sera facilement décrite comme une chose dans le corps. Et d'autant plus facilement modifiée qu'elle est récente. Il est essentiel de bien veiller à aller vers une diminution ou un aménagement de la douleur et non sa disparition. La disparition de la douleur conduirait le patient à arrêter la démarche thérapeutique qui doit peut-être se poursuivre.

Pour conclure ces voyages dans les mondes extraordinaires que chaque patient apporte avec lui, ces voyages qui me permettent d'enrichir mon monde intérieur et de développer ma créativité en m'occupant des patients douloureux chroniques, voici la suite de l'histoire de cet homme avec la douleur de la mandibule depuis douze ans.

Après avoir coupé les six brins, le patient s'est senti beaucoup mieux. Il a mieux dormi. Mais il s'est senti très frustré d'avoir gardé les six autres brins.

Deux semaines plus tard, nous enregistrons cette amélioration. Mais le processus ne s'est pas poursuivi, ne s'est pas autonomisé. Nous pouvons ici parler de changement de type 1, changement qui concerne seulement l'allure générale de la douleur.

Il est marié depuis 13 ou 14 ans. Le couple a un commerce ensemble. J'apprends que le couple se porte très mal, depuis longtemps. Il ne souhaite pas se séparer de sa femme à laquelle il tient quand

même beaucoup, mais ils n'arrivent plus à « communiquer », comme si quelque chose était bloquée.

Je lui propose une nouvelle expérience hypnotique. Elle est très simple, le problème est le même et les outils utilisés aussi. Devant la stabilité depuis deux semaines et les difficultés relationnelles, je préfère que le changement reste progressif. Je lui demande alors de garder encore un brin d'acier. Par sécurité. À la fin de la séance, il me fait savoir qu'il aurait préféré tout enlever mais qu'il me fait confiance.

Je le revois deux semaines plus tard. La douleur a de nouveau beaucoup diminué (toujours changement de type 1), il bouge beaucoup plus facilement, mais surtout il parle et il s'est même mis à crier... sur son épouse. En rentrant chez lui, il était plutôt bien, mais s'est très vite senti agacé par son épouse qui ne supporte plus ses plaintes. Elle ne supporte plus alors que c'est suite à ses errements qu'il est devenu malade! Il me raconte en effet qu'un an après leur mariage, ils ont décidé d'acheter un commerce, mais surtout avec l'argent des parents de madame. Ils ont démarré cette affaire et quelques semaines plus tard, monsieur apprend que madame a un amant depuis deux ans, avant leur mariage. C'est extrêmement violent pour monsieur. Il vit une phase chaotique intense. Partir ? Mais ils ont déjà un enfant. Partir ? Mais il ne pourra pas rembourser et devra tout recommencer. Partir alors qu'elle a renoncé à cette relation, alors qu'il est toujours très amoureux.? Mais rester après cette trahison. Impossible. Alors son «inconscient» a fabriqué une solution pour tenir les deux bouts : il est resté mais en étant amoureux absent, en particulier sur le plan sexuel. Il s'est vengé (cf. La Vendetta de l'inconscient. Patrick Ciavaldini⁴). Et les choses se sont installées, dans la douleur relationnelle et rapidement dans la douleur physique. « Aujourd'hui, je me dis que cette crispation est venue parce que je m'étais engagé à ne jamais reparler de cette histoire. Ce que j'ai tenu ».

En terme d'écologie systémique, nous pouvons imaginer que depuis toutes ces années, cette épouse faisait tout ce qu'il fallait pour qu'il garde son symptôme, pour qu'il continue à se taire au prix de dépressions pour elle. Le prix à payer pour sauver le couple ?

Je lui ai demandé de faire venir son épouse et de la prévenir que nous parlerions de choses très douloureuses. Elle est venue et pour la première fois, ils ont parlé de cet accident dont ils souffraient toujours l'un et l'autre. Ceci nous rappelle la belle formule de Watzlawick : « Le problème, c'est la solution ». Ou encore Térésa Roblès qui invite les patients à « remercier » le symptôme pour les avoir protégé avant de s'en débarrasser. Ici, la douleur était la solution au risque de la séparation.

Mais, voici venir le changement de type 2, celui qui fait parler de guérison. À la fin de cet entretien, j'ai dit à l'épouse qu'elle avait tout ce qu'il fallait pour aider son mari à couper le dernier brin. Elle a alors annoncé à son mari qu'elle avait déjà réservé un voyage pour tous les deux. Le premier depuis leur mariage.

⁴ La vendetta de l'Inconscient. Dr Ciavaldini G. Delaire. Revue Hypnose et Thérapies Brèves. Hors Série N °2. avril 2008