

Gérard Salem
Éric Bonvin

Soigner par l'hypnose

5^e édition

- Boîte à outils
- Exemples cliniques
- Nouvelles perspectives thérapeutiques



Soigner par l'hypnose

Chez le même éditeur

Dans la même collection

- Gestion du stress et de l'anxiété*, 3^e édition, par D. Servant. 2012, 248 p.
- Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives*, 3^e édition, par J. Palazzolo. 2012, 288 p.
- Sexualité, couple et TCC*, par F.-X. Poudat. 2011. *Volume 1. Les difficultés sexuelles*, 248 pages. *Volume 2. Les difficultés conjugales*, 224 pages.
- La thérapie d'acceptation et d'engagement. ACT*, par J.-L. Monestès et M. Villatte. 2011, 224 pages.
- Premiers pas en psychothérapie. Petit manuel du thérapeute*, par L. Schmitt. 2010, 200 pages.
- Intervention psychodynamique brève. Un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte*, par J.-N. Despland, L. Michel, Y. de Roten. 2010, 232 pages.
- Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*, 5^e édition, par M. Bouvard et J. Cottraux. 2010, 368 pages.
- Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience*, par C. Berghmans. 2010, 208 pages.
- Anorexie et boulimie : approche dialectique*, par J. Carraz. 2009, 252 pages.
- Les psychothérapies : approche plurielle*, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Venisse. 2009, 464 pages.
- L'approche thérapeutique de la famille*, par G. Salem. 2009, 304 pages.
- Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*, 3^e édition, par M. Bouvard. 2009, 352 pages.
- La relaxation - Nouvelles approches, nouvelles pratiques*, par D. Servant. 2009, 188 pages.
- TCC chez l'enfant et l'adolescent*, par L. Vera. 2009, 352 pages.
- Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*, 2^e édition, par J. C. Perry, J.-D. Guelfi, J.-N. Despland, B. Hanin. 2009, 184 pages.
- Thérapies brèves : situations cliniques*, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin. 2009, 224 pages.
- Thérapies brèves : principes et outils pratiques*, 2^e édition, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin. 2008, 224 pages.
- Applications en thérapie familiale systémique*, par K. Albernhe et T. Albernhe. 2008, 288 pages.

Dans la même collection – Série Santé psy et travail

- Stress et risques psychosociaux au travail. Comprendre, prévenir, intervenir*, par B. Lefebvre et M. Poirot. 2011, 144 pages.
- Psychanalyse du lien au travail. Le désir de travail*, par R. Guinchard. 2011, 216 pages.
- Bases psychologiques du coaching professionnel*, par P. Barreau. 2011, 128 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie

Conseiller éditorial : Dominique Servant

Soigner par l'hypnose

Gérard Salem et Éric Bonvin

5^e édition



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-71337-8

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

LES AUTEURS

Salem Gérard, médecin-psychiatre et psychothérapeute, ancien privat-docent à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, chargé de cours aux Universités de Genève et de Paris VI (D.U. Salpêtrière en hypnose médicale), chargé de cours au DESU de thérapie familiale de Paris VIII (Monceau), médecin-directeur de Consyl (Consultation systémique de Lucinge) (www.consyl.ch) et de la Cimi (Consultation interdisciplinaire de la maltraitance intra-familiale) à Lausanne (www.cimi.ch), vice-président du Conseil de la fondation Irhys (Institut romand d'hypnose suisse) (www.irhys.ch), spécialiste en thérapie de famille et en hypnothérapie.

Bonvin Éric, médecin spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, notamment en thérapie de famille et en hypnose médicale, professeur titulaire aux Universités de Lausanne (Faculté de biologie et de médecine) et de Paris VI (D.U. Salpêtrière en hypnose médicale), médecin-directeur du Centre hospitalier du Chablais et des Institutions psychiatriques du Valais romand à l'Hôpital du Valais, ancien président du Conseil de la fondation Irhys (Institut romand d'hypnose suisse).

AVANT-PROPOS À LA CINQUIÈME ÉDITION

Cette nouvelle édition a été revue, corrigée et augmentée.

Le chapitre consacré à l'historique de l'hypnose a été enrichi de données récentes. Le chapitre concernant l'hypnose et la thérapie de famille, et celui qui traite du « tiers invisible », ont reçu de substantielles modifications et innovations. La boîte à outils a été un peu remaniée et complétée par davantage d'exemples cliniques. L'outil n° 28, anciennement *Arbeit mit Teilen*, de Lenk, a été remplacé par une autre technique, *Le colloque invisible*, élaboré et expérimenté cliniquement par nous-mêmes, avec de bons résultats. L'outil n° 32, *Les boules de cristal*, a été remplacé par la rubrique *Hypnose en groupe*, pratique qui intéresse de plus en plus d'hypnothérapeutes. L'appareil de notes a été enrichi, en tenant compte de l'évolution des connaissances actuelles. La bibliographie se voit dotée d'une cinquantaine de nouvelles références.

D'une manière générale, il nous a paru utile de mettre l'accent sur la non réductibilité de l'hypnose à maints schémas qui veulent la restreindre à un phénomène trop circonscrit, relevant d'une seule discipline. Nous sommes restés ouverts à tout apport conceptuel ou technique original qui fait ses preuves sur le plan thérapeutique. Car c'est bel et bien dans le monde du soin et des thérapies que l'hypnose voit avant tout son intérêt, du moins dans ce livre.

Une fois de plus, nous remercions cordialement nos collègues, patients, élèves ou amis, qui nous ont assistés dans les corrections et les remaniements de ce livre. Nous exprimons en particulier notre reconnaissance au groupe d'autohypnose, animé par nos proches collaborateurs et par un petit nombre de patients, pour leur constance et leur imagination féconde, riche en idées et en suggestions neuves.

Enfin, nous exprimons aussi notre vive gratitude aux Éditions Elsevier Masson, en particulier à Madame Valérie Le Rey et à Monsieur Tarik Oulehri pour le soin porté aux remaniements et à la mise en forme de cette nouvelle édition.

Gérard Salem

INTRODUCTION

*« Le maître est à l'élève
ce que la pluie est à la graine. »*
(proverbe chinois)

Sait-on vraiment mieux qu'hier ce qu'est l'hypnose ? A-t-elle seulement une définition claire ? Comment se fier à une discipline qui en comporte des dizaines ? Ne l'a-t'on pas affublée de tant de significations hétéroclites ? Rappelons, parmi les plus obsolètes : « état de magnétisation », « mesmérisation », « sommeil artificiellement provoqué », « sommeil nerveux », « sommeil lucide », « somnambulisme », « état neuropathologique », « régression psychique massive », « hystérie », « rêve éveillé », « suggestibilité élevée », « état altéré de conscience », etc. Parmi les plus récentes, citons : « état modifié de conscience », « quatrième état », « état de haute concentration », « veille paradoxale », « jeu de rôles », « attention dissociée », « excitation du cerveau droit », « exaltation des facultés imaginatives et créatives de l'esprit », « mode de communication », « art de vivre »...

L'hypnose, un fourre-tout ? Mais alors, comment expliquer un tel engouement chez tant de professionnels pourtant sérieux et exigeants ? Comment comprendre que tant de patients ne jurent que par elle ? Et comment se fait-il que les « adeptes » de cette discipline réputée charlatanesque ont l'air de tout sauf d'illuminés ou de créatures pathétiquement suggestionnables ? N'a-t-il pas été démontré que l'hypnose était aux antipodes de la démarche scientifique ? Ne nous étions-nous pas débarrassés définitivement de ces illusions naïves ou dangereuses en la précipitant, après Charcot, et avec Freud, dans les oubliettes de la médecine ?

Forme de soins vieille comme le monde et répandue dans toutes les cultures, stratégie consciente ou inconsciente plus ou moins présente dans nombre d'interventions thérapeutiques, l'hypnose n'en constitue pas moins de nos jours un champ de recherches scientifiques, expérimentales et cliniques, déjà largement exploré, sans déboucher pour autant sur des certitudes définitives. Elle connaît des applications médicales éprouvées, notamment depuis qu'elle bénéficie d'acquisitions récentes venues d'autres disciplines (neurosciences, psychiatrie, psychologie, sociologie, linguistique, éthologie, systémique, communication, cognitivisme, etc.).

L'intérêt de cette redécouverte progressive de l'hypnose se vérifie dans les soins quotidiens et contribue de façon concrète à sa réhabilitation.

Nombre de psychiatres, psychologues, internistes, généralistes, pédiatres, anesthésistes, chirurgiens, gynécologues, dentistes, y ont recours dans leurs pratiques. Les indications de l'hypnose sont en effet multiples aujourd'hui : douleurs rebelles, affections psychosomatiques, pathologies pulmonaire, cardio-vasculaire et digestive, troubles psychiatriques (angoisse, attaques de panique, phobies, troubles du sommeil, perturbations sexuelles, dépressions, conduites de dépendance, etc.).

En outre, trop amples et trop intéressantes pour rester la chasse gardée du médecin, les applications de l'hypnose fascinent désormais les paramédicaux aussi : infirmiers, physiothérapeutes, psychomotriciens, logopédistes, pédagogues, éducateurs, travailleurs sociaux y découvrent un instrument précieux pour innover leur style de communication ou enrichir leurs moyens d'intervention. Donc, même entre les mains des non-médecins, l'hypnose peut s'avérer un outil avantageux, à condition de l'utiliser en connaissance de cause, après une formation rigoureuse, adaptée à des rôles professionnels spécifiques. Nous n'en dirons pas autant des praticiens des médecines complémentaires, qui ont tendance encore trop souvent à revendiquer l'hypnose comme une méthode « parallèle », quasi magique, liée à un pouvoir surnaturel, permettant par exemple de « voyager dans des vies antérieures » (ce qui entretient un certain malaise en renforçant l'aura animiste de cette pratique aux yeux des praticiens épris de rationalité).

Cet ouvrage a pour objet, entre autres, de mieux situer cette discipline, en l'époussetant de ses préjugés naïfs, tout en mettant en valeur son intérêt thérapeutique à partir de l'expérience clinique. Il a été rédigé en espérant mettre à disposition de tout praticien un aide-mémoire commode, à la fois théorique et technique, qui pourra lui rendre service dans son travail quotidien. Les non-soignants et les patients en général y trouveront quant à eux des éclairages qui leur permettront de se faire une idée moins folklorique de cet art du soin, fondé avant tout sur les ressources du sujet.

La première partie du livre, rédigée par Gérard Salem, traite de la théorie et de la pratique de l'hypnothérapie. Au survol historique succèdent quelques explications concernant l'état hypnotique, puis la description des indices auxquels on le reconnaît, des moyens de le provoquer, d'en faciliter l'éclosion spontanée ou de « l'accompagner », de l'art de l'utiliser dans la relation thérapeutique, en tenant compte de ses atouts comme de ses limites.

La deuxième partie de l'ouvrage est plus pratique, c'est la « boîte à outils » mise à disposition du praticien. Le lecteur y trouvera un certain nombre de techniques éprouvées d'inductions, de suggestions, de stratégies thérapeutiques, de procédés parfois élaborés – qui ne constituent pas pour autant des recettes obligées.

La troisième partie du livre enchaîne plusieurs chapitres qui viennent élargir les champs de signification et d'application de l'hypnose. Le chapitre 8, rédigé par Éric Bonvin, est consacré à la place de cette discipline dans le champ des psychothérapies. Il prend en compte de façon plus fouillée les aspects historiques et épistémologiques de l'hypnose, dans la confluence des courants d'idées propres à la psychanalyse, à la systémique, aux approches corporelles, aux états modifiés de conscience, etc. Le chapitre 9, du même auteur, étudie de façon systématique la sophrologie, discipline issue de l'hypnose. Le chapitre 10, signé de Gérard Salem, explore les applications de l'hypnose en thérapie familiale, mode d'intervention qui semble intéresser de plus en plus les praticiens de la systémique et des thérapies brèves. Le chapitre 11, du même auteur, décrit le mécanisme subtil du « tiers invisible » présent dans la relation hypnothérapeutique, en illustrant ce thème par une nouvelle vignette clinique, tout en explicitant le principe de l'*opérateur interpersonnel*. Le chapitre 12, d'Éric Bonvin, traite des rapports ambigus entre hypnose et mémoire. Le chapitre 13, du même auteur, aborde les applications de l'hypnose dans la psychose chronique et la réhabilitation sociale des personnes qui en souffrent. Le chapitre 14 enfin, sous la plume de Gérard Salem, décrit en une forme concaténatoire un échantillon d'histoires cliniques.

Quelques tableaux et diagrammes disséminés au fil de l'ouvrage facilitent l'intelligibilité et la mémorisation des théories ou des procédés étudiés. Enfin, une bibliographie fouillée et mise à jour vient compléter l'équipement de ce petit traité d'hypnose, conçu comme un « compagnon de travail » du praticien ou de l'étudiant.

G. Salem

PARTIE I

**Bases théoriques
et cliniques de l'hypnose**

CHAPITRE 1

Survol historique

G. Salem

Fils de la Nuit et frère jumeau de la Mort, Hypnos personnifie le Sommeil dans la mythologie grecque. Le même nom propre sert d'étymologie à l'ensemble de phénomènes cliniquement observables réunis sous le vocable d'hypnose, et aux médicaments induisant le sommeil. Cette assimilation sémantique peu pertinente est due à James Braid, chirurgien britannique du siècle passé, qui a forgé le terme d'hypnose pour désigner de façon plus scientifique ce que Mesmer, son collègue et prédécesseur allemand, avait appelé au XVIII^e siècle le magnétisme animal.

L'histoire moderne de l'hypnose commence en effet en Europe avec Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin allemand, « charlatan génial », contesté ou admiré sous Louis XVI, inventeur de la théorie du magnétisme animal. Comme il l'exposait dans sa thèse de médecine *De influxu planetarum in corpus humanum*, Mesmer était convaincu qu'un fluide magnétique invisible rayonnait dans l'univers, que certaines maladies étaient dues à un déséquilibre de ce fluide dans l'organisme, et qu'il était possible de les soigner en restaurant l'équilibre magnétique du corps. À ses débuts, il le fit en utilisant des aimants, mais parvint bientôt à la conclusion que le corps du soignant, lui-même imbibé de magnétisme, était apte à réorienter adéquatement le fluide magnétique du patient sans nécessiter les aimants, par le toucher et les « passes » effectuées autour du corps du malade. De façon certainement bien plus spectaculaire que les sujets d'aujourd'hui, les patients de Mesmer réagissaient par des convulsions violentes appelées alors « crises » (probable effet « épidémique », du fait que la première patiente hypnotisée par ce médecin avait eu des convulsions, symptômes semblables – sous l'effet d'aimants – à ceux des « possédés » qui

étaient exorcisés par un ecclésiastique notoire de l'époque¹ (Gregory, 1987 ; Rhue, Lynn et al., 1994).

Pour en revenir à Mesmer, dans son appartement place Vendôme, le « maître » officiait en habit de soie lilas (« couleur du vague à l'âme », si l'on en croit Richard Wagner), entouré d'aides (tous beaux garçons), dans une salle capitonnée et élégante, au milieu de laquelle trônait son fameux baquet (qui permettait de soigner trente personnes en même temps). La musique ajoutait à l'ambiance. Puis Mesmer brandissait une baguette de fer dont il effleurait ses patients, tout en les fixant dans les yeux pour les « magnétiser ». Parfois, il posait sa baguette, exécutait quelques « passes » ou posait carrément ses mains sur leurs flancs ou leur ventre. D'autres fois, les doigts en pyramide, il procédait à des effleurements répétés de la tête aux pieds, tantôt de face, tantôt de dos, et menait le patient à la pâmoison de douleur ou de plaisir (pour la « cure », les deux se valaient). Le baquet lui-même était une cuve remplie d'eau jusqu'à une hauteur de 30 cm environ, dans laquelle des bouteilles d'eau magnétisée convergeaient de la circonférence au centre sur deux ou trois couches. Dans l'eau baignait également un peu de limaille de fer ou du verre pilé. Sur le couvercle qui coiffait le tout étaient insérées des tringles de fer recourbées, afin de pouvoir être tenues et appliquées directement à l'endroit malade du corps. Une corde attachée au baquet remplissait ce même office, tout en facilitant entre les patients une certaine solidarité. Mesmer les plaçait très proches les uns des autres, parfois nez à nez, se touchant par les cuisses ou les genoux ou les pieds, afin de ne former qu'un seul corps dans lequel le fluide magnétique pourrait circuler continuellement.

Mesmer n'avait pourtant rien inventé à propos de « fluide » universel : sa théorie était déjà contenue dans les philosophies indienne (du *prana*) et chinoise (du *qi*), et cette idée était probablement diffusée à son époque en Europe par les voyageurs revenant d'Asie. Le concept de « souffle vital » ou de « rayonnements d'énergie » est en effet vieux comme le monde. Il prend probablement ses sources dans le chamanisme, berceau de toutes les alchimies et de toutes les médecines. L'hypnose avait aussi été pratiquée – certes sous d'autres appellations – dans les « temples du sommeil » de l'Égypte et de la Grèce antique, comme par les druides romains plus tard. Aujourd'hui encore elle se perpétue dans les médecines traditionnelles de maintes cultures : Chine, Inde, Tibet, Afrique, Amérique latine, etc. (Rossi, 1997). Mais au temps de Mesmer et du

1. Il n'est pas sans intérêt de relever aujourd'hui, un peu partout, une recrudescence des demandes d'exorcisme. Ces « possédés » de notre époque réclament soit des interventions magico-religieuses (exorcismes, désenvoûtements, guérissage spirituel, etc.), soit des soins médicaux – notamment de l'hypnose (attribuant à celle-ci des « pouvoirs » particuliers).

siècle des lumières, les savants s'intéressaient peu à ce qui se passait ailleurs, et l'ethnopsychiatrie n'existait pas.

Le comportement de « transe » associé à l'hypnose fut identifié par un disciple de Mesmer, le marquis Chastenet de Puységur (1751-1825). Un paysan nommé Victor Race, qui ne pouvait avoir entendu parler des crises convulsives attribuables aux aimants, avait réagi par une sorte d'assoupissement immédiat, différant cependant du sommeil (il restait capable de répondre aux questions dans cet état de somnambulisme apparent). Le marquis de Puységur fit ainsi en 1784 sa première observation de « sommeil magnétique » ou « somnambulisme provoqué », phénomène qui attira bientôt l'attention d'autres mesméristes (leurs patients réagissaient avec moins de convulsions et davantage de manifestations de transe [Rhue, Lynn et al., 1994]).

L'Abbé J.C. de Faria (1756-1819), moine portugais vivant à Paris, décrivait de son côté des méthodes d'induction et de suggestion verbale pour provoquer le « sommeil lucide ». Il défendait l'idée de « misattribution », convaincu que les sujets hypnotisés attribuaient à tort un « pouvoir » à l'hypnotiseur. Charles de Villers (1765-1815), auteur d'ouvrages philosophiques sur Kant ou Luther et de travaux sur « l'érotique comparée » des poètes français et allemands, rédigeait son fameux *Magnétiseur amoureux* en 1787, livre dans lequel il réfutait lui aussi l'idée d'un fluide magnétique et de la correspondance astrale, accordant à la seule relation médecin-malade et aux « transports de l'âme » le pouvoir thérapeutique décrit par Mesmer.

En 1785, le mesmérisme fut l'objet d'une enquête dirigée par une commission royale de Paris, présidée par Benjamin Franklin, alors ambassadeur des États-Unis en France. Sur la base d'une série d'expériences élaborées, avec comparaison placebo, la commission discrédita complètement Mesmer et la notion de magnétisme animal, tout en concluant que les effets observés étaient uniquement dus à l'imagination du patient. Carles d'Eslon, disciple de Mesmer, qui défendait la théorie de son maître devant la commission, répliqua astucieusement qu'il était remarquable d'obtenir de l'imagination des effets aussi visibles sur la santé. Si un tel traitement par l'imagination s'avérait aussi efficace, pourquoi ne pas l'utiliser ? (cité in : Gravitz, 1991).

Le rapport de la commission royale provoqua pourtant un déclin momentané du mesmérisme, jusqu'à ce qu'un médecin écossais du XIX^e siècle, James Braid (1795-1860) le fasse renaître de ses cendres. Braid exerçait comme généraliste et chirurgien à Manchester. Initié comme d'autres au mesmérisme par un magnétiseur français itinérant, il n'adhéra pas pour autant à la thèse du magnétisme animal, lui préférant des explications plus rationnelles. Lui-même attribua la « mesmérisation » d'un individu à un mécanisme essentiellement physiologique, la fixation prolongée des yeux sur un objet brillant situé légèrement

au-dessus de la ligne d'horizon des yeux. De ce fait, il assimila cet état à un état voisin du sommeil. Témoignant de quelques expériences effectuées sur ses propres patients, il admit que les mesméristes avaient découvert un important procédé thérapeutique. Il décrit l'état somnambulique comme une sorte de « sommeil nerveux » et donna à ce phénomène un nouveau nom, hypnotisme, dérivé de *hypnos*, mot grec signifiant sommeil (Gregory, 1987 ; Rhue, Lynn et al., 1994).

Il est vrai que, d'une part, les effets antalgiques ou anesthésiques de l'hypnose et d'autre part, la ressemblance de la transe profonde avec le sommeil, expliquent le télescopage linguistique opéré par Braid. Il était convaincu que la tension occasionnée par la fixation oculaire provoquait une fatigue de certains centres cérébraux, aboutissant au « sommeil nerveux ». Il créa ainsi la « neurhypnologie », discipline appropriée à l'étude et au traitement des troubles nerveux fonctionnels, et choisit de désigner cet état provoqué artificiellement de « neurhypnotisme », puis d'« hypnotisme ». Comme l'observait Braid, les muscles ne se détendaient pas comme dans le sommeil normal, et le sujet hypnotisé ne lâchait pas les objets qu'il tenait en main. En outre, les réflexes ostéotendineux qui disparaissaient pendant le sommeil pouvaient être normalement déclenchés chez le sujet en état d'hypnose.

Cette assimilation partielle de l'hypnose au sommeil fit autorité à son époque. Plus tard, Braid accorda néanmoins davantage d'importance aux facteurs psychologiques, insistant sur une concentration mentale soutenue plutôt que sur la fatigue physiologique dans le processus d'induction. Il tint compte également du rétrécissement du champ de conscience du sujet placé sous hypnose et reconnut le rôle de la suggestion dans l'apparition de phénomènes étranges et spectaculaires. Il reste reconnu comme le premier médecin à avoir mis en lumière les mécanismes psychologiques de l'hypnose. Pendant ce temps, nombre de collègues de son époque commençaient à utiliser l'hypnose comme méthode anesthésique ou analgésique en chirurgie, notamment l'Anglais John Elliotson (1791-1868) et l'Écossais James Esdaile (1805-1859), qui exerça longtemps en Inde. Ce dernier praticien fit état de plus de trois cents interventions chirurgicales majeures sous hypnose (amputation de membres, extirpation de varicocèles et tumeurs du scrotum, ablation d'une volumineuse tumeur maxillaire chez un paysan assis, etc.).

Après le décès de Braid, l'intérêt pour l'hypnose s'atténua pendant quelques années, certainement à cause des préjugés médicaux qui lui refusaient toute légitimité scientifique. Dans les années 1880, l'hypnose connut pourtant un regain d'intérêt, en partie grâce aux traductions françaises et allemandes des écrits de Braid et à leur approbation par le célèbre neurologue français Jean-Martin Charcot (1825-1893), directeur de la Salpêtrière, qui y vit une intéressante méthode d'étude et de

traitement de l'hystérie. Conquis par les démonstrations du Belge Donato qui travaillait sur scène, Charcot expérimenta l'hypnose à la Salpêtrière avec des patientes hystériques (hospitalisées à long terme). Il pensait que l'hypnose correspondait à un état neuropathologique, caractéristique de l'hystérie, et que la crise comportait trois phases : léthargie, catalepsie et somnambulisme. Il argumentait cette idée en montrant qu'il pouvait induire ou supprimer les symptômes de conversion par une suggestion posthypnotique².

Ces divers points de vue de Charcot furent critiqués par Auguste Liébeault (1823-1904) et Hippolyte Bernheim (1837-1919), à Nancy, qui considéraient tous deux le phénomène hypnotique comme un produit normal de la suggestion (c'est cette dernière conception qui allait l'emporter au xx^e siècle). Liébeault poursuivait les travaux de Braid tout en travaillant comme médecin de campagne. Il hypnotisait ses malades gratuitement et avait gagné une réputation de guérisseur qui lui valait l'inimitié de ses confrères. Il admettait que la susceptibilité de chaque individu à l'hypnose est différente, mais, par expérience, il vérifiait que tout sujet peut être hypnotisé, à condition qu'il le souhaite et qu'il coopère avec l'hypnotiseur. Il insistait sur la relation de sympathie entre médecin et malade, climat de collaboration indispensable au succès de l'hypnose³. Liébeault admettait pourtant le facteur de suggestibilité, influencé en cela par Hippolyte Bernheim, alors professeur de médecine à Nancy, qui voyait dans l'hypnose une exaltation de la suggestibilité normale du sujet. Cette suggestibilité, alors très débattue en France, était considérée par Charcot comme un trait caractéristique des patients hystériques, ou par un psychologue tel que Gustave Le Bon, comme la clef du caractère contagieux des paniques collectives et autres mouvements de foule.

Sigmund Freud (1856-1939), dans la foulée de Charcot, pratiqua aussi l'hypnose. Il alla visiter Bernheim à Nancy, critiqua son autoritarisme, tout en reconnaissant son talent (il préfaça la traduction en allemand de son livre). De retour à Vienne, il travailla quelque temps avec Josef Breuer (1842-1925), convenant que les hystériques souffraient essentiellement de réminiscences refoulées dans l'inconscient et mettant

-
2. Rappelons que Charcot fut le professeur de Pierre Janet, d'Alfred Binet et du jeune Sigmund Freud – alors âgé de 29 ans. Sa conviction que certaines pensées pouvaient être dissociées de l'état vigile conscient conduisit Freud à développer la théorie de l'inconscient et Janet celle de la dissociation. Les mérites soi-disant « oubliés » de Charcot sont aujourd'hui salués par l'intéressante thèse, à la riche iconographie, que lui consacre le Dr Catherine Bouchara, hypnothérapeute à la Salpêtrière (*Voir et transmettre. Jean-Martin Charcot*, 2011, en voie de publication).
 3. C'est ce même point de vue qui semble prévaloir aujourd'hui, après de longs débats sur la nécessaire « hypnotisabilité » du sujet, ou sur l'utilité des échelles de suggestibilité – telles que celles élaborées par Weitzenhoffer et son équipe à Stanford (1960, 1989).

au point une méthode thérapeutique fondée sur la réactivation d'expériences éprouvantes sous hypnose (abréaction). Se contentant de traiter simplement les symptômes, à la manière de Liébeault, Freud constata que la disparition de l'un d'eux était suivie de l'apparition d'un symptôme substitutif. Ceci lui servit d'argument pour renoncer à cette méthode et considérer la suggestion hypnotique comme un acte magique trop intrusif⁴. Nombre de ses disciples le suivirent dans cette voie et se méfièrent du coup de l'hypnose, qui allait tomber provisoirement dans l'oubli.

En réalité, c'est surtout l'utilisation clinique de l'hypnose qui devait s'éclipser, sans que les recherches expérimentales soient abandonnées pour autant, par exemple en France (Binet et Féré, Janet, Chertok), en Allemagne (Moll), en Suisse (Forel, Dubois), en Union soviétique (Pavlov, Bechterev, Platonov). Ce fut la période des études sur l'altération de l'acuité sensorielle ou de la mémoire, sur la discrimination sensorielle, sur la suggestion posthypnotique (décrite pour la première fois par Moll), sur la provocation de phénomènes physiologiques en état d'hypnose (ampoules cutanées), etc.

Il est pourtant possible de signaler quelques applications cliniques à cette époque. En Allemagne, Johannes Heinrich Schultz (1884-1970), psychanalyste et disciple de Freud, élève d'Oskar Vogt (le concepteur de l'autohypnose), tentait d'articuler hypnose et concepts psychanalytiques dans son « training autogène », méthode de relaxation diffusée dès 1932, désormais classique en médecine et en psychiatrie. En France, Pierre Janet (1859-1947), médecin, ancien élève de Charcot, titulaire de la chaire de psychologie expérimentale au Collège de France, développait sa théorie de la dissociation. Dans l'hystérie comme dans l'hypnose, le patient est susceptible de séparer certaines capacités mentales ou certains souvenirs du flux central de sa conscience, sans que ses capacités ou souvenirs soient véritablement « perdus ». Le patient peut par exemple souffrir d'une amnésie à la suite d'une expérience éprouvante, mais la mémoire peut lui être complètement rendue par une suggestion hypnotique. Un comportement dissocié, spontané ou provoqué par hypnose, peut se maintenir même si ses effets ne sont pas reconnus consciemment (un patient souffrant d'amaurose hystérique déclarant n'y voir goutte tout en évitant les obstacles) (Janet, 1889, 1919 ; Raulier, 1996).

Les années 1930 sont marquées par deux grandes figures américaines de l'histoire contemporaine de l'hypnose : Hull et Erickson. Clark L. Hull

4. En réalité, Freud maîtrisait mal la technique hypnotique et restait avant tout soucieux de défendre « l'or pur » de sa théorie psychanalytique. En outre, après ses déboires personnels avec une patiente, il se méfiait des effusions intempestives que déclenchaient parfois ses interventions.

lança le premier programme de recherches à grande échelle consacré à l'hypnose (Hull, 1933). Ses travaux à l'université de Yale inaugurent l'ère moderne de l'étude de cette discipline. Déplorant son bannissement, Hull défendait l'idée que l'état hypnotique est une activité mentale normale. Il fut un des premiers à appliquer les méthodes expérimentales et statistiques de la psychologie moderne à l'étude de l'hypnose et de la suggestibilité. Si l'hypnose en tant que telle ne semblait pas améliorer les capacités humaines (comme le voulait un certain sensationnalisme), la suggestion hypnotique permettait néanmoins d'influencer partiellement les performances humaines (résistance à la fatigue, modification des seuils sensoriels à certains stimuli, accès plus aisé à certains souvenirs d'enfance, anesthésie et analgésie hypnotiques, amnésie posthypnotique, etc.). Par la suite, d'autres recherches expérimentales devaient s'inscrire dans cette foulée, par exemple l'élaboration d'échelles standardisées de susceptibilité à l'hypnose (les plus connues et les plus utilisées étant celles de Standford, établies dès 1961 par Hilgard et Weitzenhoffer) (Gregory, 1987 ; Rhue, Lynn et al., 1994 ; Yapko, 1990).

Toujours aux États-Unis, l'hypnose spécifiquement thérapeutique avait connu un déclin identique jusqu'à ce que Milton Erickson (1901-1980), psychiatre établi à Phoenix, Arizona, ancien élève de Hull, en rénove le champ clinique de façon décisive, à partir du milieu du siècle. Il commença à développer nombre de techniques thérapeutiques créatives et publia quantité d'observations (Erickson, 1980), ce qui réhabilita sensiblement l'utilisation de l'hypnose en médecine et en psychothérapie, réhabilitation dont l'impact se mesure encore aujourd'hui. Erickson devait entre autres dévoiler de façon originale la dimension métaphorique de l'hypnothérapie et la prédisposition à l'apprentissage inconscient de l'état hypnotique. Il révolutionna non seulement la méthode et les techniques de l'hypnose, mais sa mentalité même (par exemple, en considérant l'inconscient comme une réserve de ressources plutôt que comme une boîte de Pandore, en incitant le patient à s'en remettre à cette forme de fonctionnement de l'esprit au lieu de s'en méfier (approche de type *self help*)).

Il faut rappeler qu'Erickson s'apparentait à un courant d'idées révolutionnaires en matière de psychologie et de psychothérapie. Dès la fin des années 1950, le développement du mouvement écosystémique, sous l'impulsion (entre autres) du groupe de Palo Alto, allait reconsidérer l'importance de l'environnement et du contexte interactionnel dans l'éclosion des troubles psychiques. Le personnage clé de ce mouvement est certainement Gregory Bateson (1904-1980), anthropologue et chercheur d'origine britannique, esprit aussi génial qu'Erickson, grand inspirateur d'idées, leader du groupe de Palo Alto. Les travaux de ce groupe sur la communication, ses niveaux logiques et ses paradoxes, ses rapports avec la schizophrénie et le nexus familial, allaient enrichir

de façon considérable les savoirs dans les domaines psychiatrique, social ou éducatif, en sachant tirer un parti habile et inspiré des recherches menées par des disciplines en apparence hétéroclites : pédagogie familiale, psychanalyse culturaliste, ethnologie, linguistique, cybernétique, théorie des systèmes, théorie de l'information, éthologie animale, etc. Les travaux de Norbert Wiener (1948), de Claude Shannon (Shannon et Weaver, 1949), de William Ross Ashby (1956), ou la théorie générale des systèmes de Ludwig Von Bertalanffy (1968) allaient être amalgamés par l'école de Palo Alto et par d'autres chercheurs pour esquisser une première théorie systémique de la famille et d'autres ensembles humains, en explorant les applications cliniques de cette théorie en psychopathologie (Salem, 2009a).

L'équipe de Palo Alto a noué très tôt des contacts avec Milton Erickson, dont la personnalité originale et les expérimentations la fascinaient à plus d'un titre. Elle allait confronter de façon ingénieuse sa propre approche aux stratégies originales de ce « thérapeute hors du commun » (comme allait le désigner un des chercheurs importants de Palo Alto, Jay Haley, dans un livre consacré aux idées et aux méthodes de travail de ce praticien charismatique) (Haley, 1990). Il est certain qu'en retour, Erickson, qui savait rester curieux de toute trouvaille scientifique récente, bénéficia largement des idées de Bateson et du groupe de Palo Alto, sans s'aligner forcément sur eux.

Erickson allait donc donner une impulsion décisive à une nouvelle forme de relation entre l'hypnothérapeute et son patient. À l'hypnotiseur directif et autoritaire, considéré traditionnellement comme le détenteur de la solution recherchée par le patient (« hypnose classique »), il préférait l'hypnothérapeute qui se définit avant tout comme un catalyseur, un « compagnon » de la partie inconsciente du patient, de sa « petite voix intérieure » (son *daimonion*, dirait Socrate), guidant celui-ci vers ses ressources intérieures, ressources stockées dans ses aptitudes latentes, sa mémoire consciente et inconsciente, ses facultés inexploitées d'apprentissage (« hypnose ericksonienne »).

Cette nouvelle forme d'hypnose est certes intéressante, sans désavouer complètement les aspects essentiels de la précédente (la part d'influence par exemple). Dans les deux cas, il s'agit toujours d'une relation intersubjective, qui échappe nécessairement aux mesures objectivantes des sciences « dures », trop de paramètres étant activés en même temps, dont certains ne peuvent être mesurés avec une pipette ou être lus sur un tracé électroencéphalographique, un CT-scan, ou une imagerie cérébrale (la modalité affective par exemple). Dans les deux cas aussi, le type de communication qui s'instaure entre hypnothérapeute et patient, comme la définition implicite de la relation qui s'en dégage, constituent des données importantes à prendre en compte – bien davantage que ce qui se passe « à l'intérieur du sujet ».

Cette dimension interpersonnelle du soin hypnotique comporte des variables complexes, de nature verbale, paraverbale, non verbale ou contextuelle, qui sont explorées depuis plus d'une soixantaine d'années par la théorie de la communication, la cybernétique de premier et de second ordre, la théorie des systèmes, la kinésique, l'éthologie, la proxémie, la thérapie de famille, etc. (Bateson, 1977, 1979, 1980 ; Cyrulnik, 1997 ; Erickson, 1980 ; Escarpit, 1976 ; Salem, 2009 ; Schefflen, 1981 ; Stern, 1989 ; Watzlawick, 1975 ; Watzlawick, Helmick-Beavin et al., 1979 ; Watzlawick et Weakland, 1981 ; Wiener, 1948).

Actuellement, les thérapies ericksoniennes connaissent un vif engouement dans le monde entier. Même en Asie, des travaux leur sont consacrés, par exemple au Japon ou en Chine Populaire (nous avons eu l'occasion de découvrir il y a quelques années certaines applications cliniques de l'hypnose à l'hôpital psychiatrique de Suzhou, par notre confrère le Dr Ma Weixiang) (Ma, 1988)⁵. Enfin, nombreux sont les congrès, séminaires et publications relatifs à l'hypnose ericksonienne aux États-Unis, au Canada, en Grande Bretagne, en Allemagne, en France, en Suisse, etc.

Parmi les nouvelles théories de l'hypnose, il importe de mentionner la théorie de la *néodissociation* d'Ernest R. Hilgard (1977), fondée initialement sur les idées de Janet. Cette théorie suppose que de multiples systèmes cognitifs coexistent selon un dispositif hiérarchisé placé lui-même sous le contrôle d'un « ego exécutif » responsable du *planning* et du *monitoring* des fonctions de la personnalité. Pendant l'hypnose, ces systèmes peuvent devenir indépendants ou dissociés les uns des autres, et peuvent être directement activés par les suggestions de l'hypnotiseur. Cette perspective est l'une des plus influentes dans les théories contemporaines de l'hypnose, et la théorie de la néodissociation est aujourd'hui implicitement, sinon explicitement, adoptée par une grande majorité de cliniciens.

Nombre de nouvelles thérapies aujourd'hui sont des excroissances plus ou moins évidentes de l'hypnose, comme la sophrologie ou la PNL (programmation neuro-linguistique). Certaines de ces techniques se disent spécifiquement adaptées aux soins post-traumatiques, telles que le *EMDR* (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), ou le *Rebirthing*, ou le *Lying*, ou encore la *Somatic Experience* selon Peter A. Levine. Quelle que soit leur originalité, ces approches ignorent souvent (ou préfèrent ignorer) les processus hypnotiques qu'elles utilisent, comme c'est le cas aussi de la Pleine conscience (*Mindfulness Based Stress Reduction*), articulante méditation bouddhiste et cognitivisme.

5. La pratique de l'hypnose en Chine paraît pour l'instant conforme à ses aspects plutôt traditionnels et directifs, soit « pré-ericksoniens ».

Relevons aussi que certaines disciplines sacrées d'Orient, telles que le yoga, le shirodara, les diverses formes de méditation bouddhiste ou de qigong, bien que d'essence religieuse ou spirituelle, reposent sur des mécanismes d'attention, de concentration et de focalisation intérieure assimilables à de l'hypnose, au même titre que les diverses formes de prière chrétienne, récitées ou chantées, ou les exercices spirituels d'origine soufie ou judaïque. Ces disciplines traditionnelles, très élaborées, connaissent des dérives occidentales, mâtinées de sauce New Age, dans lesquelles il s'agit invariablement de « lâcher prise », « d'ouvrir les shakras », de « laisser les énergies circuler librement » et autres clichés en vogue dégoulinants de bonne intentions, dans une atmosphère mystico-commerciale qui donne le vent en poupe à la « zen-attitude ».

Pendant, en dépit de ces dérives agaçantes et parfois dommageables, on peut considérer que l'hypnose sort de son ghetto et qu'elle est redécouverte de façon prometteuse, à la lueur des données les plus avant-gardistes de la médecine et de la science en général. Conséquence ou hasard, la demande de soins hypnothérapeutiques connaît, elle aussi, une nouvelle vogue, et la presse fait périodiquement une large place à la « résurgence » de cette discipline (qui n'en continue pas moins à sentir le soufre pour certains). On mentionne de plus en plus ses applications modernes en anesthésiologie, en cancérologie, en immunologie, en psychiatrie, en psychothérapie. Les développements techniques (imagerie cérébrale, CT-scan, potentiels évoqués) enrichissent la recherche expérimentale et clinique contemporaine, et promettent de féconds développements scientifiques à cette discipline. Les connaissances récentes liées à la neuroplasticité cérébrale, aux neurones miroirs, au « cerveau relationnel », au rôle de l'amygdale, de l'hippocampe, de la substance réticulée ou du corps calleux dans le fonctionnement cérébral, ouvrent la voie à de nouvelles applications thérapeutiques de l'hypnose dans les soins sous toutes leurs formes. Ces développements paraissent prometteurs, et nous sommes tentés de penser que l'hypnose continuera de faire ses preuves à l'instar d'une métadiscipline, au sein de chaque spécialité et de chaque corps de savoir, plutôt que comme une discipline à part entière. À moins qu'une fois de plus, elle ne connaisse un nouveau déclin, pour se tapir dans le maquis de nos mémoires.

Avant de clore ce bref historique, force est d'admettre que, bien que pratique par son balisage rapide, il reste insuffisant pour rendre compte de la richesse des faits historiques ou scientifiques qui jalonnent le parcours de cette discipline bizarre, fuyante, toujours fascinante. Il aurait été intéressant de donner une idée, notamment, des développements de l'hypnose expérimentale, ou de mieux camper certains personnages clés de cette histoire, de mentionner d'autres acteurs plus obscurs mais essentiels, d'analyser le développement de l'hypnose en la

comparant à d'autres disciplines ou en l'inscrivant de façon plus explicite dans l'évolution des idées et des découvertes scientifiques. Mais comme de tels développements ne correspondent pas aux exigences de ce petit ouvrage, nous nous contenterons de renvoyer le lecteur à notre abondante bibliographie en fin de volume. On y consultera avec profit, outre quelques livres devenus des références historiques majeures, bien d'autres ouvrages ou articles, en particulier quelques travaux que nous recommandons au lecteur. Par exemple le panorama historique et scientifique de l'hypnose, brossé d'une plume féroce, exigeante et savoureusement ironique, par Léon Chertock (1991). Ou bien les analyses historiques et épistémologiques de François Roustang, notamment en ce qui concerne les relations entre hypnose et psychanalyse, sans parler de ses propositions fécondes et très récentes quant à une théorie élargie de l'hypnose et de la psychothérapie en général, dans une perspective philosophique (1990, 1994, 2000, 2003, 2006 et 2009). Par ailleurs, signalons qu'une attention neuve est accordée à l'hypnothérapie dans la perspective behaviorale et cognitiviste, soulevant quelques débats nouveaux autour des effets réels ou supposés de l'hypnose et de leurs corollaires sur le plan clinique ou thérapeutique (Capafons et al., 1999).

D'autres ouvrages, plus kaléidoscopiques, soucieux de refléter la diversité des expériences en hypnose, réunissent judicieusement les contributions de théoriciens et de cliniciens variés, tels que ceux de D. Corydon Hammond (1990, 2004), aux USA, ou de Jean-Marc Benhaiem (2003, 2005), en France, comme celui d'Antoine Bioy et de Didier Michaux (2007), ou encore les études européennes comparatives plus larges, par exemple sur le plan médical et ethnologique, sous la direction de Didier Michaux, par un groupe interdisciplinaire (GEAMH, 1995, 1998, 2004, 2006).

Enfin, mentionnons quelques riches contributions de ces dernières années. Par exemple, aux USA, celle du sympathique couple John et Janet Edgette sur les phénomènes hypnotiques en psychothérapie (1995, 2001), ou celles de Stephen Lankton sur les stratégies de changement et l'usage des métaphores aussi bien en hypnose ericksonienne qu'en thérapie systémique de la famille (2007, 2008). Dans les pays francophones, retenons celles de Thierry Melchior (1998) ou de Patrick Bellet (2008), sur un plan clinique et psychothérapeutique, celle de Michel Kerouac pour les métaphores utilisées en thérapie (2008), ou encore, dans une perspective plus philosophique, celles de Jean-François Billeter sur ce qu'il appelle « l'arrêt », soit la suspension de toute activité intentionnelle, ou l'« imagination opérante », (2002, 2004) – sans oublier, dans une ligne « métapsychique », les contributions originales de Bertrand Méheust au sujet du somnambulisme et de la médiumnité (1999).

Bien entendu, dans notre propre ouvrage, nous recommandons vivement la lecture des chapitres consacrés par Éric Bonvin à la place actuelle de l'hypnose dans le champ des psychothérapies, à ses relations théoriques, cliniques et historiques avec la sophrologie, enfin aux questions récentes qu'elle soulève dans le domaine de la mémoire, en particulier en ce qui concerne le « syndrome des faux souvenirs ».

Références

- Ashby W.R. (1958), *An introduction to cybernetics*. London, Chapman and Hall, 1956. Trad. française : *Introduction à la cybernétique*. Paris, Dunod.
- Bateson G. (1977), *Vers une écologie de l'esprit*. vol. 1, Paris, Seuil.
- Bateson G. (1979), *Mind and nature. A necessary unit*. New York, Dutton.
- Bateson G. (1980), *Vers une écologie de l'esprit*. vol. 1-2, Paris, Seuil.
- Bellet P. (2008), *L'hypnose*. Paris, Odile Jacob.
- Benhaïem J.M. et al. (2003), *L'hypnose médicale*. Paris, Med-Line.
- Benhaïem J.M. (dir). (2005), *L'hypnose aujourd'hui*. Paris, Ed. In-Press.
- Billeter J.F. (2002), *Leçons sur Tchouang-Tseu*. Paris, Ed. Allia.
- Billeter J.F. (2004), *Études sur Tchouang-Tseu*. Paris, Ed. Allia.
- Bioy A., Michaux D. (2007), *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*. Paris, Dunod.
- Bouchara C., Mazet P., Cohen D. (2010), Un premier schéma de l'inconscient par Charcot dès 1892, *Psychiatr Sci Hum Neurosci*, n°8, 163-169.
- Bouchara C. *Voir et transmettre. Jean-Martin Charcot* (à paraître).
- Capafons A., Cardena-Buelna E., Amigo S. (1999), *Clinical hypnosis and self-regulation, cognitive-behavioral perspectives*. Washington DC, Kirsch Irving, American Psychological Association.
- Chertok L. Court historique des idées sur l'hypnose, ou d'un 89 à l'autre. In : *La suggestion, hypnose, influence, transe, Actes du colloque de Cerisy*. (1991), Paris, Bougnoux Éd., Les empêcheurs de penser en rond.
- Chertok L. (1998), *Le non-savoir des psy. L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie*. Synthélabo Coll. Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond.
- Cyrulnik B. (1997), *L'ensorcellement du monde*. Paris, Odile Jacob.
- Edgette J.H., Edgette J.S. *The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy*. Ed. Brunner/Mazel, New York, 1995. Trad franc. J. Taillandier (2001) : *Manuel des phénomènes hypnotiques en psychothérapie*, Bruxelles, Ed. Satas.
- Erickson M.H. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*. New York, Irvington. (trad franc. (1990) *L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose*. Bruxelles, Ed. Satas, tomes 1 à 5).
- Escarpit R. (1976), *Théorie générale de l'information et de la communication*. Paris, Hachette.
- Gravitz M.A. (1991), Early theories of hypnosis. A clinical perspective. In : *Theories of hypnosis : current models and perspectives*. New York, Lynn et Rhue, Guilford Press Éd.
- Gregory L.R. (1987), *The Oxford companion to the mind*. Oxford, Oxford University Press.
- Hammond D.C. (1990), *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York, London, Ed. W.W. Norton & Co Inc. (Trad franc. par J. Taillandier (2004) : *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles, Ed. Satas.

- Hilgard E.R. (1977), *Divided consciousness : Multiple controls in human thought and action*. New York, Wiley.
- Hilgard J.R. (1974), Imaginative involvement: some characteristics of the highly hypnotizable and the non-hypnotizable. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, n°22, 138-156.
- Hull C.L. (1933), *Hypnosis and suggestibility : an experimental approach*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Janet P. (1889), *L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris, Payot.
- Janet P. (1919), *Les médications psychologiques*. Paris.
- Kerouac M. (2008), *Métaphore*. Bruxelles, Ed. Satas.
- Lankton S. (2008), *Tools of Intentions : Strategies that Inspire Change*. Crown House Publishers, Inc.
- Lankton S., Lankton C. (2007), *Enchantment and intervention in family therapy : Using metaphor in family therapy*. Crown House Publishers.
- Ma W. (1988), *Cui mian shu*. Beijing, Kexue puji chubanshe.
- Meheust B. (1999), *Somnambulisme et médiumnité. T1 : le défi du magnétisme* (620 p.) Paris, Ed Synthélabo, coll. Les Empêcheurs de penser en rond.
- Merheust B. (1999), *Somnambulisme et médiumnité. T2 : le choc des sciences psychiques* (598 p.). Paris, Ed Synthélabo, coll. Les Empêcheurs de penser en rond.
- Melchior T. (1998), *Créer le réel, hypnose et thérapie*. Paris, Seuil.
- Michaux D. (2006), *Hypnose et dissociation psychique*. Paris, Imago.
- Michaux D. (2004), *Douleur et hypnose*. Paris, Imago.
- Michaux D. (1998), *Hypnose, langage et communication*. Paris, Imago.
- Michaux D. (1995), *La transe et l'hypnose*. Paris, Imago.
- Raulier J. (1996), *Prisonnier ou conquérant du temps. Esquisse d'une théorie de la dissociation chez Pierre Janet*. Bruxelles.
- Rhue J.W., Lynn S.J., Kirsch I. (1994), *Handbook of clinical hypnosis*. Washington, American Psychological Association.
- Rossi I. (1997), *Corps et chamanisme*. Paris, Masson-Armand Colin.
- Roustang F. (2009), *Le secret de Socrate pour changer la vie*. Paris, Odile Jacob.
- Roustang F. (2006), *Savoir attendre*. Paris, Odile Jacob.
- Roustang F. (2003), *Il suffit d'un geste*. Paris, Odile Jacob.
- Roustang F. (2000), *La fin de la plainte*. Paris, Odile Jacob.
- Roustang F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris, Les éditions de Minuit.
- Roustang F. (1990), *Influence*. Paris, Les éditions de Minuit.
- Salem G. (2009a), *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris, Masson, 5^e édition.
- Schefflen A.E. (1981), Systèmes de la communication humaine. In : *La nouvelle communication*. Paris, Winkin, éd. Seuil.
- Shannon C.E., Weaver W. (1949), *The mathematical theory of communication*. University of Illinois Press, Urbana-Champaign. Trad. Française (1975) : *La théorie mathématique de la communication*. Paris, Retz-CEPL.
- Stern D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Von Bertalanffy L. (1968), *General systems theory. Essays on its foundation and development*. New York, Braziller. Trad. Française (1973) : *Théorie générale des systèmes : physique, biologie, psychologie, sociologie, philosophie*. Paris, Dunod.
- Watzlawick P. (1975), *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Paris, Seuil.

- Watzlawick P., Helmick-Beavin J., DonJackson D. (1979), *Une logique de la communication*. Paris, Seuil.
- Watzlawick P., Weakland J.H. (1981), *Sur l'interaction*. Paris, Seuil.
- Weitzenhoffer A. (1960), « Unconscious or co-conscious ? Reflections upon certain recent trends in medical hypnosis ». *American Journal of Clinical Hypnosis*, n°2, 177-196.
- Wiener N. (1948), *Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine*. New York, Wiley.
- Yapko D.M. (1990), *Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York, Brunner & Mazel.

CHAPITRE 2

La transe hypnotique

G. Salem

« La poésie, qu'elle soit transport, invention ou musique, est toujours un impondérable qui peut se trouver dans n'importe quel genre, soudain élargissement du monde. »

Henri Michaux

Comme nous l'avons vu dans le survol historique qui précède, l'hypnose a été l'objet de bien de controverses et de malentendus. Sa définition n'a cessé de changer selon les époques, leurs courants d'idées, leurs modes. Nous devrions du reste dire ses définitions : état de « magnétisation », « mesmérisation », « sommeil nerveux », « sommeil artificiellement provoqué », « somnambulisme », « état neuropathologique », « état hystérique », « rêve éveillé », « suggestibilité élevée », « état de conscience modifié », etc.

Selon Pavlov, l'hypnose pouvait être « un sommeil qui ne se répand que progressivement à partir d'un point donné ». Pour Babinski, célèbre neurologue, élève de Janet, hypnose et hystérie se confondaient et il les englobait sous le terme commun de « pithiatisme ». Pour Gill et Brenman (1959), psychanalystes américains, cet état pouvait correspondre à « une sorte de processus régressif qui peut être déclenché par une réduction de l'activité idéationnelle et sensitivo-motrice, et par la création d'une relation archaïque avec l'hypnotiseur », ou encore « une régression psychologique induite qui, sur la base d'un rapport interpersonnel de type régressif, aboutit à un état relativement stable comprenant un sous-système du moi avec plusieurs degrés de contrôle des fonctions du moi ».

Pour Chertok (1989), c'est un « état de conscience modifié, à la faveur duquel l'opérateur peut provoquer des distorsions au niveau de

la volition, de la mémoire et des perceptions sensorielles – en l'occurrence dans le traitement des informations algogènes ». Pour Spiegel (1974), c'est une « réponse à un signal venant d'un autre ou de l'intérieur de nous-mêmes, qui active une capacité de changement d'état de conscience chez le sujet, et permet une plus grande concentration dans une direction donnée ». Pour Erickson (1958), c'est un état « d'attention et de réceptivité intenses avec une augmentation de la réactivité (réponse) à une idée ou à un groupe d'idées », ou bien encore « un état de concentration mentale, durant lequel les facultés d'esprit du patient sont tellement accaparées par une seule idée que, pour le moment, il devient mort ou indifférent à toute autre considération ou influence » (cité in : Malarewicz et Godin, 1986).

Du point de vue purement lexicologique, le terme d'hypnose désigne en fait trois types de phénomènes : l'état *hypnotique* (ou transe) dans lequel est plongé le sujet hypnotisé, la *technique* utilisée par l'hypnotiseur, et le type d'*interaction* particulière qui s'établit entre hypnothérapeute et hypnotisé. Nous examinons dans ce chapitre la première acception du mot hypnose : état hypnotique ou transe.

Aujourd'hui, la transe hypnotique est généralement définie comme un état modifié de conscience. Contrairement à un préjugé répandu, il s'agit bel et bien d'un état de veille et non de sommeil (les tracés électroencéphalographiques le confirment). Pourtant, cet état de veille est particulier, la conscience étant bizarrement « rétrécie » (par focalisation de l'attention, soit une concentration extrême) et en même temps « élargie » (par une sorte de disponibilité à soi et à l'environnement). Spiegel et Spiegel (1978) ont établi du reste une analogie entre ce phénomène et la vision maculaire et périphérique. De son côté, François Roustang (1994) met judicieusement en miroir l'état hypnotique et le rêve, en définissant la transe comme un état de « veille paradoxale », dans laquelle « l'atonie musculaire et posturale s'allie avec une activité cérébrale intense », alors que l'on est « coupé de tous les stimuli afférents, fermé au monde extérieur et revêtu des insignes du dormeur », tout en étant « capable de productions que l'on peut bien qualifier d'oniriques, c'est-à-dire sans rapport avec des objets réels ».

Expérience avant tout subjective, la transe est observable de l'extérieur et peut se reconnaître à divers indices. Elle se manifeste par un état de concentration accrue, avec diminution de la réceptivité aux stimuli extérieurs et réorientation de l'attention focale vers les phénomènes internes. Le corps est plongé – en général assez rapidement – dans un état de léthargie, de détente parfois très profonde, accompagné d'un « désintérêt envers tout effort » (Hoareau, 1992), des sensations de flottement et de légèreté, la musculature étant relaxée comme dans le sommeil, la respiration et le pouls habituellement ralentis, la tension artérielle diminuée. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents, contrairement à ce

qui se passe durant le sommeil. Les mouvements volontaires sont inhibés (catalepsie), les muscles du visage relâchés et davantage irrigués (vasodilatation périphérique), le réflexe de déglutition espacé ou suspendu. Le corps peut adopter des postures bizarres, les bras, les mains ou les membres inférieurs se pétrifier de façon expressive. Le sujet décrit des sensations inhabituelles, parfois paradoxales : lourdeur et légèreté simultanées du corps ou des membres, modifications diverses du schéma corporel, fourmillements dans les extrémités, sensation d'être « complètement présent » tout en étant « ailleurs », etc. L'imagerie, l'intuition et l'évocation l'emportent sur le raisonnement. L'expression des émotions est facilitée, l'impression que quelque chose de peu ordinaire est en train de se passer est fréquemment décrite.

Il existe divers degrés de profondeur de la transe, bien qu'il ne soit pas toujours aisé de les distinguer. La *transe légère* est un état de relaxation, qui n'exclut pas les mouvements volontaires. Clignotement des paupières, salivation, inhibition du réflexe de déglutition, diminution du tonus musculaire, relâchement des muscles du visage, ralentissement respiratoire et cardiaque, abaissement de la tension artérielle, voilà quelques observations courantes. Dans la *transe moyenne*, on constate, selon le thème abordé, non seulement des changements du rythme respiratoire et du tonus musculaire, mais des réajustements de la posture corporelle, une accentuation de la détente musculaire et de la sensation de calme, des réponses concrètes aux suggestions, et, comme dans le rêve (ou « sommeil paradoxal »), des mouvements oculaires rapides (REM). Dans la *transe profonde* (ou « somnambulique »), la relaxation augmente et se généralise, avec des soupirs, une révulsion possible des yeux, des mouvements pseudo-athétosiques. La motricité est « amortie » (affaissement des épaules, lévitation des membres, réponses ralenties, difficulté de parler sans stimulation extérieure). L'évocation des souvenirs anciens est facilitée dans cet état (donnée utile dans la technique appelée *régression en âge*, par laquelle un clinicien expérimenté peut aider le patient à revivre et à « réparer » des traumatismes passés¹).

Au cours d'une séance d'hypnose, il est possible que le sujet passe d'un degré de profondeur à un autre, les états correspondant aux différents degrés sont détaillés dans l'encadré 2.1. Cette transition s'effectue soit lentement et progressivement (par exemple, si le thérapeute utilise une technique d'approfondissement), soit assez rapidement, de façon spontanée ou en fonction du thème abordé par le thérapeute. Enfin, la transe n'implique pas obligatoirement la détente et la relaxation immobiles : il est possible d'être en transe et en mouvement, en train de se balancer, de marcher, de courir, de danser, etc. Les activités rythmées semblent même favoriser cet état de conscience (états de transe collective

1. Voir outil n° 30.

observables lors de danses tribales, lors de certaines cérémonies religieuses, lors de certaines manifestations politiques, etc.).

Certes, le concept même de transe à propos d'hypnose a été contesté, divers auteurs insistant sur la distinction entre la transe en tant que phénomène culturel ou ethnologique (danses ou extases chamaniques, rites de possession, séances d'exorcisme) et la transe en tant que phénomène psychobiologique (qui serait le champ de l'hypnose). La transe extatique de sainte Thérèse d'Avila et d'autres mystiques chrétiens, celle des soufis, celle des yogis de l'Inde, celle des méditants zen, ou la transe des rituels vaudous recouvre-t-elle le même phénomène que la transe hypnotique ? Faire de telles distinctions peut être justifié, mais ne mettra en évidence que de très subtiles différences. Tant de précautions se justifient peut-être du fait de la distance théorique et méthodologique régnant entre deux disciplines différentes, mais elles restent accessoires, comme le conclut Didier Michaux. De nombreuses recherches ont en effet montré, du côté de l'hypnose, l'importance des phénomènes sociaux dans la constitution de la transe et, du côté culturel, la dimension psychobiologique de la transe (Michaux, 1995). Nous conserverons donc ici le terme de transe par commodité, selon son usage clinique contemporain.

Encadré 2.1

Degrés de profondeur de la transe hypnotique (modifié d'après Rager, 1973)

Transe légère

- Légers mouvements, sujet relaxé, battant des paupières ;
- augmentation de la salivation ;
- diminution de la fréquence respiratoire ;
- approfondissement des mouvements respiratoires ;
- relaxation de la tête avec affaissement du menton ;
- relaxation des muscles du visage et congestion des lèvres.

Transe moyenne

- Augmentation de la relaxation ;
- changement du rythme respiratoire et du tonus musculaire selon le thème abordé ;
- augmentation de la sensation de calme intérieur ;
- poursuite des réajustements corporels adaptatifs ;
- mouvements oculaires rapides et réponses concrètes aux suggestions.

Transe profonde

- état somnambulique ;
- lévitation possible des bras ;
- activité physique ralentie ;
- réponse ralentie aux suggestions ;
- difficulté de parler sans stimulation extérieure.

Les recherches portant sur la spécialisation des hémisphères cérébraux constituent l'une des théories récentes qui ont contribué à identifier l'état hypnotique comme un état naturel et non artificiel. Rappelons que, selon cette théorie, chacun des hémisphères serait spécialisé dans un type différent d'appréhension de la réalité : le cerveau gauche dans les comportements d'éveil, et le droit pendant le rêve, la rêverie, la création artistique, la transe hypnotique, etc. Le cerveau gauche a des fonctions essentiellement *digitales* (verbales, logico-grammaticales, rationnelles, abstraites, analytiques, dirigées, focalisées, etc.), alors que le droit se charge des activités de type *analogique* (non verbales, visuo-spatiales, intuitives, concrètes et littérales, synthétiques, spontanées, diffuses, etc.). L'état hypnotique correspondrait dans cette perspective à une activation du cerveau droit (Watzlawick, 1980)².

La caractéristique la plus significative de l'état hypnotique ou « état de conscience modifié » est probablement la *dissociation*, c'est-à-dire la simultanéité d'une activité mentale consciente et d'une activité mentale inconsciente, activités séparées l'une de l'autre. Déjà Pierre Janet distinguait deux niveaux de comportements, celui de la volonté et celui de l'activité réflexe, l'hypnose correspondant à une forme d'automatisme dans lequel le premier niveau est aboli. Les auteurs anglo-saxons utilisent parfois le terme de *parallel awareness* pour décrire ce phénomène de vigilance à plusieurs niveaux (Yapko, 1990). L'un de ces niveaux conserve toute la force logique de la raison, assurant un décodage réaliste de ce qui se passe dans l'expérience vécue. Cette « partie de la personne », gardienne de l'appréciation objective, a été appelée par Hilgard (1977) l'« observateur caché » (*hidden observer*). En quelque sorte, une partie du moi, lucide et critique, observe l'autre partie du moi plongée dans la transe.

La dissociation correspond à un fonctionnement plus autonome, tant de l'activité mentale consciente que de l'activité mentale inconsciente, par contraste avec leur fonctionnement habituellement intégré. Elle amplifie la perception de certaines composantes de l'expérience vécue tout en diminuant la perception d'autres composantes. C'est du reste une expérience naturelle, familière à chacun, et nombre d'expressions courantes reflètent assez justement cette forme de division de soi : « je suis hors de moi », « à côté de mes pompes », « entre chaise et fauteuil », « entre le zist et le zest », etc.³

Plus la transe est profonde, plus forte sera la dissociation, plus grande sera la probabilité des réponses inconscientes. Hilgard, quant à lui, refuse d'utiliser le mot « transe » en hypnose, le trouvant trop « traditionnel »,

2. Voir aussi le chapitre suivant, à propos de communication et hypnose.

3. Une jolie métaphore chinoise pour dire « couci-couça » est la formule *mama-hubu*, « entre cheval et tigre ».

et préférant penser que la dissociation peut avoir des degrés différents (cité *in* : Yapko, 1990). D'autres auteurs vont jusqu'à mettre en doute la réalité même d'une transe quelconque, celle-ci ne correspondant à leurs yeux qu'à une sorte de jeu de rôle (Sarbin et Coe, 1977). À l'appui de cette hypothèse, quelques recherches ont démontré que, si un échantillon de sujets instruits en vue d'un comportement « comme si » (*as if*) simulent un état hypnotique, des experts chevronnés restent incapables de les distinguer d'un échantillon de sujets réellement hypnotisés. (Cependant, cette interprétation ne semble pas tenir compte de la capacité autohypnotique des sujets pris dans un jeu du type *as if* ni de l'effet hypnotique propre à tout jeu de rôle ! [Yapko, 1990].)

Toujours à propos de la « réalité de la transe » s'est constitué tout un débat sur l'essence de l'« état » hypnotique (*state debate*). Comme on vient de le voir, Theodore Sarbin, qui était professeur de psychologie et de criminologie à Santa Cruz et concepteur de la *role theory*, conteste dès 1950 la notion « d'état altéré de conscience ». À ses yeux, l'hypnose est avant tout un type de comportement psychosocial parmi d'autres, correspondant à une « prise de rôle » (*role taking*), qu'il ne faut pas confondre, selon cet auteur, avec le « jeu de rôle » (*role playing*). En effet, jouer un rôle implique une simulation (*sham*), ce qui ne serait pas le cas lorsque l'on « prend » un rôle (*take*), le « preneur » s'impliquant subjectivement davantage et s'identifiant sincèrement au personnage. Sarbin se réfère ici à des « rôles naturels », par exemple les rôles sociaux de mari, de père, d'étudiant, de thérapeute, etc. (sans trucage à la clé [*faking*]), pour tenter d'expliquer l'automatisme de maintes réponses hypnotiques. Citons-le : « Prendre un rôle est un fait organique, qui englobe l'organisme entier, pas simplement les systèmes réactifs volontaires (*voluntary reaction-systems*) » (Capafons et al., 1999). Théodore Barber, autre professeur de psychologie et chercheur, à Medfield (Massachusetts), rejette lui aussi dès 1969 l'hypothèse d'un état altéré de conscience (*operational paradigm*). S'appuyant sur diverses recherches, il explore les paramètres affectant le comportement pendant l'expérience hypnotique, en distinguant huit variables qui lui paraissent significatives : attitudes, attentes, formulation verbale et tonalité des suggestions, motivation, définition de la situation comme « hypnose » (guillemets délibérés et provocateurs), suggestions de relaxation, formulation de la demande à laquelle la réponse est ajustée, comportement de l'expérimentateur. On voit qu'ici aussi ce n'est ni la notion de « transe » qui importe, ni une quelconque aptitude de la personnalité.

Ce dernier point a fait pourtant l'objet de nouvelles considérations : deux aspects de la personnalité sont apparemment requis pour faciliter l'état hypnotique : l'aptitude à « s'absorber en soi » et la tendance fantasmatique, variables cependant moins significatives que les attitudes et les attentes, sans pour autant pouvoir conclure quoi que ce soit à ce

propos pour l'instant. L'aptitude fantasmatique a intéressé en particulier Nicolas Spanos (qui partageait le point de vue de Barber), à la condition que les fantasmes restent orientés vers un but (*goal directed fantasies*), en particulier comme moyen d'expérimenter un comportement involontaire, conçu comme un « rôle stratégique » visant à se convaincre soi-même autant qu'autrui que l'on est en train d'expérimenter la chose suggérée. Lynn et Rhue (1990) soulignent de leur côté l'importance du *contexte de communication* lors des suggestions (par exemple, la relation thérapeutique avec le patient) (*contextual variables*). Finalement, d'autres proposent un modèle synergique dans lequel les réponses du sujet seraient dues aux effets combinés de la personnalité et de facteurs affectifs, cognitifs et psychosociaux. En bref, toutes ces théories s'accordent à rejeter l'idée d'un « état altéré de conscience » (Capafons et al., 1999).

Le mécanisme de la dissociation implique un autre phénomène caractéristique de l'état hypnotique : l'*attention sélective*. Notre système nerveux est habituellement exposé à bien plus de stimulations qu'il ne peut en traiter : d'un côté nos sens captent des stimuli variés, d'un autre toutes sortes de souvenirs, d'images et d'idées nous viennent en même temps. Il est évident qu'à chaque instant, nous ne sommes conscients que d'une quantité limitée de ces informations (environ 5 % : Fivaz-Depeursinge, 1997). Ce phénomène est amplifié lors de l'état hypnotique. L'attention sélective est la capacité de focaliser l'attention sur une partie d'une expérience tout en occultant les autres parties. Par exemple, l'attention focale d'un sujet en train de lire et d'écouter la radio en même temps peut se mettre à osciller alternativement d'une activité à l'autre, « déplaçant le focus » de la lecture vers la radio quand elle est captée par un passage de musique ou un autre signal sonore qui « sort du lot », et vice et versa.

L'état de dissociation et l'attention sélective préparent naturellement le terrain à une *réactivité accrue aux suggestions*. L'interaction hypnotique favorise l'influence du thérapeute sur le patient. Ceci ne signifie pas pour autant que le patient manque d'esprit critique ou de force de caractère, mais bien plus qu'il adhère à l'expérience en exprimant son désir de se laisser guider par les suggestions du praticien. En ce sens, la transe augmente la capacité de choix du patient, y compris la possibilité de rejeter une suggestion indésirable. Si la confiance ne règne pas ou que le contexte de l'intervention ne s'y prête pas, la réactivité aux suggestions devient très faible ou nulle (résistance bien compréhensible, interprétée naïvement par certains cliniciens en termes de « faible hypnotisabilité » du sujet). D'après Erickson (1980), « 100 % des sujets normaux sont hypnotisables ; les sujets faibles d'esprit sont hypnotisables, mais c'est difficile ; certains psychotiques sont hypnotisables, mais c'est très difficile ; toutes les catégories de névrotiques sont hypnotisables, mais certains sont des sujets difficiles ».

Une autre caractéristique de l'état hypnotique est une forme de réceptivité au discours que l'on appelle l'*interprétation littérale* : le sujet « colle au texte », prend à la lettre ce qui lui est dit, interprète les mots dans leur signification concrète et immédiate, sans nuance. (Si je dis au patient « votre bras devient lourd », il se peut que sa main, son poignet, son avant-bras restent légers, puisque, littéralement, le mot « bras » s'arrête au coude.) Tout se passe comme si le discours était capté en style télégraphique, les mots étant perçus comme autant de tranches « verticales » de signification (axe paradigmatique), plutôt que dans le sens « horizontal » de la chaîne parlée (axe syntagmatique). C'est ce qui explique aussi pourquoi, pendant la transe, les formules de négation ne « passent » pas de l'hypnotiseur vers l'hypnotisé, et que les mots sont pris toujours dans leur signification affirmative. (Si je dis au patient « vous avez moins froid aux mains », c'est le mot « froid » qui sera suggéré et non le mot « moins », et c'est l'effet contraire qui sera obtenu). Ceci dit, les choses ne sont pas toujours aussi tranchées, et il n'est guère aisé de prédire comment une personne va réagir à tel mot ou telle phrase. Il convient de prendre en compte le contexte socioculturel et les habitudes linguistiques du sujet, son éventuel jargon professionnel, le vocabulaire propre à son contexte de vie, à son cadre de référence personnel⁴.

De la même façon que pour les mots entendus, le sujet en état d'hypnose va « coller » facilement aux images, aux souvenirs, aux représentations fantasmatiques. Il va se prêter facilement au jeu si le thérapeute l'invite, par exemple, à imaginer qu'il est en train de s'expliquer avec ses parents, de se promener au bord de la mer, de caresser son chat, en « visualisant » le scénario, en « s'y voyant », sans se montrer ni sceptique ni trop réaliste (ce qui, dans le cas contraire, lui ferait penser ou dire : « Mes parents sont morts depuis longtemps », « Nous sommes bien loin de la mer ! », « Mon chat ne s'est jamais fait à mes caresses ! »). Il réagira comme si le scénario suggéré était vrai. Cette attitude « comme si » (*as if*), si caractéristique de la transe, a été expliquée par certains auteurs comme la tolérance du sujet aux inconsistances ou anomalies de ses perceptions ou de sa façon d'être au monde, et aussi comme un type de raisonnement spécifique, une *logique particulière (trance logic)* (Hoareau, 1992 ; Perry et Walsh, 1978 ; Yapko, 1990).

Quelle que soit la nature précise de la transe hypnotique, dont les indices figurent dans l'encadré 2.2, on considère qu'elle peut être spontanément provoquée par le sujet lui-même, par besoin physiologique ou par réflexe chronobiologique (phases de régénération des *rhythmes ultradiens*, survenant toutes les quatre-vingt-dix minutes environ, [Rossi et David, 1991]), ou encore par réflexe psychologique

4. Voir chapitre 10.

(de protection, de récupération, de « fuite »), ou même par un choix délibéré, un acte volontaire (en appliquant des stratégies inventées ou apprises : méditation, relaxation méthodique, sophrologie, etc.). C'est ce qu'on appelle communément l'*autohypnose*⁵.

Encadré 2.2

Indices fréquents de la transe hypnotique

Indices corporels

- Léthargie, détente (ou activité rythmée) ;
- catalepsie (inhibition des mouvements volontaires) ;
- mouvements automatiques ;
- relaxation de la musculature volontaire (visage, cou, nuque, dos, abdomen, bassin, ceintures pelvienne et scapulaire, membres, etc.) ;
- petites saccades musculaires, clignement ou trémulation des paupières ;
- larmolement, rhinorrhée ;
- activation passagère de la musculature lisse (salivation, péristaltisme, toux, dilatation bronchique, vasodilatation périphérique) ;
- inhibition du réflexe de déglutition ;
- ralentissement du débit verbal, dysarthrie légère ;
- changement du rythme cardiaque et respiratoire (en général, diminution) ;
- diminution de la tension artérielle ;
- sensation de lourdeur ou de légèreté (en accord avec le thème abordé) ;
- sensation de chaleur ou de fraîcheur (en accord avec le thème abordé) ;
- modification du schéma corporel ;
- perception accentuée (hyperesthésie) partielle ou générale du corps ;
- hypoesthésie ou anesthésie partielle ou générale ;
- lévitation spontanée d'un ou de plusieurs membres ;
- inhibition ou excitation sensorielle spontanée (en accord avec les suggestions).

Indices psychologiques

- Relâchement des associations ;
- pensée de type plus analogique que digitale ;
- interprétation littérale ;
- logique particulière (*trance logic*) ;
- comportement « comme si » (*as if*) ;
- distorsion temporelle ;
- production d'images abstraites ou concrètes ;
- évocation de scènes vécues ou fantasmées, « rêves éveillés » ;
- expression facilitée des émotions, abréactions affectives ;
- facilitation des souvenirs ;
- capacité de s'imaginer dans le passé ou le futur ;
- hallucinations psychiques (perçues « dans la tête ») ;
- amnésie, hypermnésie, paramnésie.

5. Voir outils n° 34-35.

TABLEAU 2.1. Paramètres constants des diverses formes de transe

Paramètre	Définition
Attention sélective	Processus de sélection perceptive d'un stimulus spécifique, à l'exclusion d'autres stimuli
État dissocié	Fonctionnement plus autonome de l'inconscient, parallèlement au fonctionnement conscient
Réactivité accrue aux suggestions	Capacité plus grande de réponse de l'inconscient aux suggestions, sans altérer la liberté du sujet (« acceptation »)
Interprétation littérale	Tri sémantique donnant la priorité au sens concret des termes (analogique) et ne retenant pas des variables telles que l'abstraction ou la négation (digital)
Logique particulière	Absence du besoin d'objectivité et de scepticisme réaliste
Conduite de type <i>as if</i>	Aptitude mimétique
Léthargie ou activité rythmée	État particulier du corps se caractérisant par son fonctionnement involontaire (catalepsie ou motricité redondante)

Les paramètres constants des diverses formes de transe sont regroupés dans le tableau 2.1.

La transe peut être induite par un ensemble de stimuli extérieurs offerts au sujet et acceptés par lui (inductions, suggestions diverses). Du point de vue de la communication, ces stimuli extérieurs correspondent aux techniques volontaires ou involontaires d'hypnose mutuelle, utilisées dans toute relation humaine aux fins les plus diverses (séduction, publicité, thérapie, etc.). À dessein, nous préférons ici le terme d'hypnose mutuelle à celui d'« hétérohypnose » qui nous paraît lourd et inadéquat, puisqu'il est de toute évidence peu pertinent de limiter cette expérience à un phénomène linéaire et à sens unique, et bien plus judicieux de la comprendre comme un mode de communication circulaire, pouvant aller de A vers B, avec toutes sortes de rétroactions de B vers A (dont une part d'influence hypnotique, même si l'objectif, la nature et l'intensité d'une telle rétroaction sont partiellement différents)⁶. De ce point de vue, il devient aléatoire de définir avec précision qui est réellement l'hypnotiseur et qui est l'hypnotisé, en d'autres termes, qui

6. Perspective systémique évidente de la relation hypnotérapeutique (voir chapitre suivant, consacré au sujet « communication et hypnose »).

« capture » l'autre (pour reprendre une expression récente et plaisante de Boris Cyrulnik [1997]).

Toute relation humaine est incontestablement chargée « d'ingrédients » hypnotiques potentiels à double courant, délibérés ou involontaires, en thérapie autant qu'ailleurs. Dans ce livre, nous donnerons bien entendu la priorité aux aspects thérapeutiques, sans perdre de vue d'autres aspects des interactions hypnotiques.

Références

- Barber T.X., Spanos N., Chaves J.F. (1974), *Hypnosis, Imagination, and Human Potentialities*. New-York, Pergamon.
- Barber T.X. (1981), *Hypnosis : a scientific approach*. Camby (IN), Power Publ.
- Capafons A, Cardena-Buelna E, Amigo S. (1999), *Clinical hypnosis and self-regulation, cognitive-behavioral perspectives*. Washington DC, Kirsch Irving, American Psychological Association.
- Chertok L. (1989), *L'hypnose*. Paris, Payot.
- Cyrulnik B. (1997), *L'ensorcellement du monde*. Paris, Odile Jacob.
- Erickson M. (1958), Hypnosis in painful terminal illness. *American Journal of Clinic Hypnosis*, n°1 : p. 117-121.
- Erickson M.H. (1980), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*. Irvington, New York, Trad franc. (1990), *L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose*. Bruxelles, Ed. Satas, tomes 1 à 5.
- Fivaz-Depeursinge E. (1997), Communication personnelle.
- Gill M.M., Brenman M. (1959), *Hypnosis and related states. Psychoanalytical studies in regression*. New York, Intern. Univ. Press.
- Hilgard E.R. (1977), *Divided consciousness : Multiple controls in human thought and action*. New York, Wiley.
- Hoareau J. (1992), *Hypnose clinique*. Paris, Masson.
- Lynn S.J., Rhue J.W., Weekes J.R. (1990), Hypnotic involuntariness : a social-cognitive analysis. *Psychological Review*, n°97, 169-184.
- Malarewicz J.A., Godin J., Milton H. (1986), *Erickson : de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*. Paris, ESF.
- Michaux D. (1995), *La transe et l'hypnose*. Paris, Imago.
- Perry C., Walsh B. (1978), Inconsistencies and anomalies of response as a defining characteristic of hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, n°87, 574-577.
- Rager G.R. (1973), *Hypnose, sophrologie et médecine*. Paris, Fayard.
- Rossi E.L., David N. (1991), *The 20 minute break, Using the new science of Ultradian rhythms*. Jeremy P. Los Angeles, Tarcher.
- Roustang F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris, Les éditions de Minuit.
- Sarbin T, Coe W. (1977), *Hypnosis : a social psychological analysis of influence communication*. New York, Holt Rinehart and Wilson.
- Spiegel H. (1974), The Grade Five syndrome : the highly hypnotizable person. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, n°22 303-319.
- Spiegel H., Spiegel D. (1978), *Trance and treatment. Clinical uses of hypnosis*. New York, Basic Books.
- Watzlawick P. (1980), *Le langage du changement. Éléments de communication thérapeutique*. Paris, Seuil.
- Yapko D.M. (1990), *Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York, Brunner & Mazel.

CHAPITRE 3

Communication et hypnose

G. Salem

« *Mon soupçon est que, si vous vous promenez avec un pattern A, et que vous rencontrez un pattern B, tout ce que vous pourrez voir sera votre pattern A et le pattern AB. Vous ne verrez jamais B.* »

Gregory Bateson

La communication est la substance même de la relation hypnotique. Il est de toute évidence indispensable d'en connaître la théorie et les applications pour être à même de comprendre ce qui se passe au sein d'une séance d'hypnose ou dans le cadre plus global d'une relation hypnothérapeutique. Maintes notions et techniques ericksoniennes sont en résonance avec la théorie de la communication moderne (genèse que certains hypnothérapeutes semblent ignorer). Pour pallier cet écueil, il nous a paru utile de reprendre ci-dessous quelques concepts clefs du *système de communication* déjà traités dans un autre ouvrage consacré à la thérapie de famille (Salem, 2009a), en examinant leurs applications en hypnose clinique.

D'étymologie latine, le mot communication signifie à la fois « mettre en commun » et « être en relation ». Ce mot a également donné en français *communion*, terme puissant, chargé d'affectivité et d'intimité. À partir de la fin du XVI^e siècle, ce mot prend le sens de *transmettre* (une information, une maladie). Les théories modernes considèrent la communication comme un acte dont l'information est le produit, donc comme un comportement intégré ayant pour effet d'ajuster et de rendre possibles les relations humaines. Le processus de la communication conditionne toute interaction, y compris l'interaction à double courant qu'est l'hypnose (contrairement au cliché d'une influence linéaire).

Rappelons simplement que la théorie moderne de l'information et de la communication est nourrie par les travaux initiaux de Shannon (spécialiste des télécommunications aux États-Unis) et de Wiener (créateur de la cybernétique), comme par les recherches faites en nombreux autres domaines (linguistique, sociologie, « kinésique », psychologie de la forme, théorie des systèmes). Depuis que Watzlawick, Helmick-Beavin et Jackson ont publié leur ouvrage consacré à une *Logique de la communication humaine*, en 1967, en se fondant sur les recherches de Bateson, de Schefflen, de Birdwhistell et de quelques autres, la théorie sans cesse en évolution de la communication connaît quantité d'applications en psychiatrie et psychothérapie.

Prémisses

Dans un article intitulé précisément *Communication*, Bateson (1981) esquisse une synthèse à propos de cette expérience humaine fondamentale. Il y fait le bilan de ce que l'on doit à la psychanalyse (la notion d'inconscient et celle de déterminisme intrapsychique personnel) et à la psychologie de la forme. Selon Freud, toute communication a un aspect inconscient (lapsus, actes manqués, oublis et autres « ratages » du comportement communicatif). Bateson relève que nous ignorons à peu près tout des processus par lesquels nous élaborons nos messages et des processus par lesquels nous décodons, comprenons les messages d'autrui et y répondons. Nous ne maîtrisons pas toujours les signaux comportementaux par lesquels nous échangeons de l'information avec notre environnement. Tirer sur une cigarette, cligner de l'œil, hausser les sourcils, soupirer, agiter les mains, croiser les jambes, utiliser tel mot plutôt qu'un autre, moduler la voix, régler le débit des paroles sont autant de messages en eux-mêmes, messages qui échappent au contrôle ordinaire de la conscience, et qui dépendent de multiples conventions passagères déterminant la façon dont nos propos doivent être compris (lire « entre les lignes » est précisément une des tâches essentielles de l'hypnothérapeute). Nous sommes aussi le plus souvent inconscients du dialogue continu qui porte sur ces conventions lorsque nous communiquons avec autrui. Selon la théorie freudienne, on ne peut attribuer simplement au « hasard » le fait que notre langue fourche ou qu'un geste compromettant nous échappe : des raisons personnelles dues à des conflits intrapsychiques inconscients peuvent le justifier. Ce même déterminisme « interne » de l'individu se vérifie dans d'autres phénomènes expliqués par la psychanalyse : le transfert, la projection, l'identification.

Bateson retient comme prémisses d'une nouvelle théorie de la communication humaine cette part de déterminisme *intrapsychique* propre à l'individu et qui ne nourrit pas de rapport direct avec l'interlocuteur

(celui-ci n'étant qu'un « écran »). Toutefois, il propose de prendre en compte en même temps le *déterminisme interpersonnel* qui implique, lui, la participation réelle et actuelle de l'interlocuteur (concept d'*interaction*). Selon Bateson, cette autre forme de déterminisme serait même hiérarchiquement supérieure au déterminisme intrapsychique de chaque individu. Ainsi, en ce qui concerne la relation hypnotique entre deux personnes, on peut se borner à n'y voir qu'une simple correspondance hasardeuse entre les attentes du patient et celles du thérapeute (double déterminisme *intrapsychique*), ou aller plus loin en cherchant à comprendre comment « la sauce prend » à ce moment-là, à propos de tel sujet, dans tel contexte précis, de telle façon et pas d'une autre (déterminisme *supra individuel* ou *interpersonnel*).

Une deuxième prémisse théorique retenue par l'anthropologue britannique est l'hypothèse de la figure et du fond, que l'on doit à la psychologie de la forme ou *Gestalttheorie* mise au point peu après la première guerre mondiale par trois psychologues allemands, Koffka, Köhler et Wertheimer. Toute perception est sélective, elle capte essentiellement une figure (*Gestalt*), soit un arrangement des données perçues résumé aux traits pertinents (une main dressée, une mèche, une moustache « résumeront » la figure de Hitler, en constituant le motif clef ou *pattern* de sa silhouette). La façon de découper ces données, de les distribuer et de les classer en unités spécifiques, est déterminée par la linguistique ou la kinésique (morphèmes, phonèmes, « kines », etc.), alors que la théorie de la communication étudie plutôt la façon de les relier, de les organiser, tout en testant leur congruence, leurs effets, etc. Il s'agit donc de déterminer les rapports réciproques entre éléments linguistiques et éléments kinésiques, tout en les inscrivant dans le *contexte* général de la communication (lieu, instant, circonstances, conventions préétablies à propos de la relation).

Le type de relation entre les partenaires est un ingrédient capital de la communication, la « présence de l'autre » jouant un rôle décisif sur le mode de communication et son déroulement. Tout être humain ressent quelque incertitude quant à la clarté des messages qu'il transmet et éprouve le besoin instinctif de vérifier comment ces messages sont reçus, pour compléter sa propre perception de ce qu'il vient d'émettre. En même temps, la réaction ou réponse (*feedback*) que provoquent nos messages chez l'interlocuteur nous informe sur sa disposition. Ainsi, quand l'hypnothérapeute cherche à vérifier l'adhésion du patient à telle suggestion, il ne se contente pas de guetter ses propos, mais observe surtout les gestes, mimiques et autres signaux corporels inconscients. De ce fait, il s'ajuste au patient comme celui-ci s'ajuste à lui, ce qui va modifier graduellement et subtilement le *statu quo* qui prévalait entre eux. De la sorte, leur communication va continuer sur une nouvelle base, autrement dit un nouveau *contexte* relationnel (avec plus ou

moins de complicité, de confort mutuel, de coopération efficace, de désaccord ouvert ou nié, de directivité ou de permissivité, etc.)¹.

On peut définir ce processus comme l'instauration de *règles communes* par les partenaires, portant sur la façon de produire et de décoder leurs messages mutuels. Ces règles, variées et complexes, peuvent pourtant être sujettes à des distorsions de code (erreurs, malentendus, manipulations mutuelles conscientes ou inconscientes). Un premier degré de distorsion est ce que l'on appelle, en termes de communication, un *bruit* ou perte d'information : ratage de l'échange, traitement inadéquat du message (par défaut sensoriel ou élocutoire, ou du fait d'une autre forme de déficience, ou même par simple méconnaissance d'un vocable), parasites divers (toux, raclements de gorge, troubles de la parole, intervention d'un tiers, etc.). Un deuxième degré de distorsion correspond à la déformation du message, due à une divergence entre les partenaires quant à la façon de codifier leurs échanges (règles de codage). C'est ce que l'on appelle un *bruit de code*. Ici, les unités du message sont reçues correctement par le récepteur, mais leur configuration (ou *Gestalt*) est déformée et le message est interprété de façon erronée (souvenons-nous de la tendance à l'interprétation littérale qui caractérise la transe). Il est possible toutefois de pallier ces distorsions par la *métacommunication* (autrement dit, une communication portant sur la communication, un commentaire portant sur la façon dont se déroule l'interaction, ou encore des ratifications diverses en hypnose – comme nous le verrons plus loin dans la partie technique du livre).

La troisième prémisse d'une nouvelle théorie de la communication proposée par Bateson provient de la théorie des types logiques de Whitehead et Russel et de l'emboîtement hiérarchique des *degrés d'apprentissage* (présentés dans le tableau 3.1). En effet, toute communication est en même temps un apprentissage continu de la façon de communiquer. Le langage, avec son vocabulaire, ses règles grammaticales et syntaxiques, n'est pas un code appris « une fois pour toutes », mais un ensemble d'instruments permettant de remanier les conventions sur la manière dont les messages doivent être émis et interprétés (domaine où excellent la rhétorique et l'invention). Ainsi, les partenaires de la communication apprennent à mettre au point, à tout instant, les signaux qui peuvent avoir pour effet de les rapprocher ou de les éloigner.

Le degré « zéro » de ce genre d'apprentissage correspond tout bonnement à la réception d'une information ou d'un ordre, avec un changement de disposition chez le récepteur. La double question soulevée ici est : comment réagit le sujet à la réception de tel message, quel changement se produit en lui ?

1. Voir le chapitre 10.

TABLEAU 3.1. Degrés d'apprentissage et hypnose

Degré	Mécanisme	Exemple
Zéro	Recevoir un signal Changement de disposition	Induction hypnotique lente, d'un seul mode, par autrui apaisement discret de la migraine
Un	Apprendre à recevoir un signal Changement du changement	Induction hypnotique rapide, de modes variés, par autrui début de maîtrise de la migraine
Deux	Apprendre à apprendre Acquisition d'un « talent »	Autohypnose à volonté en d'autres domaines aussi, applications inventives Changement de qualité de vie

Par exemple, le patient répond à une induction hypnotique de type cénesthésique par l'installation lente d'une transe, qui atténue de 30 % ses douleurs migraineuses.

Le degré suivant ou « degré un » d'apprentissage concerne la façon dont le sujet est apte à changer sa manière de réagir à un signal. La question soulevée ici est : quel changement est observable dans le changement qui affecte le sujet au moment où il reçoit le message ? Pour observer un tel « changement du changement », il est bien entendu nécessaire de procéder à une série d'essais.

Par exemple, le même patient répond ultérieurement à n'importe quelle forme d'induction hypnotique par une transe rapide, permettant une diminution plus importante (50 %) de ses douleurs.

Le degré suivant ou « degré deux » ne consiste plus à « apprendre à recevoir des signaux » comme au degré un, mais bien davantage à « apprendre à apprendre à recevoir des signaux ». En d'autres termes, ce degré reflète l'acquisition d'un certain « talent », d'une certaine habileté dans l'apprentissage du degré « un ».

Par exemple, le même patient sait ultérieurement non seulement déclencher lui-même une transe antidouleurs efficace à 90 ou 100 %, mais en outre il sait utiliser l'état hypnotique pour mieux exprimer ses sentiments ou son désir sexuel à son épouse, mieux maîtriser sa consommation quotidienne d'alcool, mieux s'affirmer en société, etc. Le « signal » d'induction appris au début du traitement auprès du thérapeute est devenu un signal automatiquement reproductible, sans le thérapeute².

Bateson n'exclut pas l'existence d'autres formes plus élaborées d'apprentissage (« degrés trois, quatre », etc.), mais ils n'ont jamais été vérifiés expérimentalement. La différence qui distingue un degré d'un autre dépend essentiellement du « calibre de la Gestalt ». Le degré

2. Autohypnose : voir outils 34-35.

« un » est un apprentissage de type pavlovien, tandis que le degré « deux » correspond à un « changement de caractère ». On comprend aisément que c'est ce dernier degré qui est sollicité lors de tout changement significatif, comme c'est le cas en psychothérapie.

En idéalisant notre scénario précédent, le patient ne se contente plus de maîtriser sa migraine, il sait désormais mieux prendre soin de lui ou des siens, et se débrouille désormais tout seul pour améliorer sa qualité de vie. Il a acquis une mentalité de type « self help » (autrement dit, il fait sien le précepte « aide-toi et le Ciel t'aidera »).

On voit que cette troisième prémisse d'une nouvelle théorie de la communication considère les échanges interpersonnels comme autant de *contextes d'apprentissage*. Elle ouvre la voie à un nouveau décodage de la psychopathologie fondé essentiellement sur la communication, autrement dit sur la genèse relationnelle des perturbations psychologiques. Cette forme de décodage caractérise aujourd'hui le regard de nombreux hypnotérapeutes ou thérapeutes systémiciens, plus enclins à voir dans un symptôme une « métaphore relationnelle » – comme disait Bateson – que le simple reflet de la vie intrapsychique de l'individu.

Canaux de la communication

Aux niveaux « linguistique » et « kinésique » de la communication, correspondent à peu près, en terminologie moderne, la communication digitale et la communication analogique. Le terme « digit », issu de l'informatique, désigne une unité (ou « bit ») d'information dans le système de calcul binaire des ordinateurs. La communication digitale désigne ainsi tout système de communication défini par un code strictement conventionnel : par exemple n'importe quelle langue, avec sa grammaire, sa syntaxe, son lexique, ou le langage de la mathématique, le langage de l'informatique, etc. En revanche, la communication analogique se réfère à un rapport naturel entre une chose donnée et le signe par lequel on la désigne. Le terme « analogique » provient également de l'informatique, à propos d'autres types de machines que les calculateurs binaires. Ces machines utilisent des grandeurs « discrètes » analogues aux données, c'est-à-dire ayant un rapport de ressemblance avec ces données. La communication analogique est donc moins abstraite et moins conventionnelle, plus archaïque que la communication digitale. Elle « colle » davantage au réel. Le langage dit *non verbal* (mimiques, gestes, postures, rythmes, etc.) et le langage dit *paraverbal* (modulations de la voix, grognements, soupirs, etc.) en sont de bonnes illustrations.

Le langage *verbal*, de type digital, permet d'articuler les éléments du message, de les combiner et les organiser en un discours. Il s'inscrit dans une syntaxe qui assure la cohérence d'une séquence de messages.

TABLEAU 3.2. Les canaux de la communication (d'après G. Salem, 2009a)³

Communication	Canal	Exemple	Support
Digitale	Verbal	Langue française Morse Braille	Parole sonore Alphabet graphique, sonore ou optique Code tactile
	Paraverbal	Grognements, soupirs, rires, pleurs, etc.	Vocal, respiratoire
Analogique	Non verbal	Mimiques, gestes, postures, orientation du corps, rythmes.	Kinésique

Par contre, ce type de langage est moins adapté à l'expression de tout ce qui est émotionnel, affectif et subjectif dans la relation, alors que le langage analogique, dont la sémantique est plus nuancée, y parvient mieux : « trafics de regards », haussements d'épaules en miroir, sourires mutuels ou moues boudeuses, sursauts ou mines défaites sont souvent plus éloquents que tout déploiement verbal quant à ce qui se passe ici et maintenant entre les partenaires. Mais le langage *analogique*, du fait même qu'il est dépourvu de syntaxe, ne peut développer clairement, sans ambiguïté ni « distorsions », une séquence logique de messages. Il ne dispose pas non plus de marqueurs signifiant l'alternative (« ou bien... ou bien »), la condition (« si... alors », « sinon... »), la discrimination, ou les concepts trop abstraits. Enfin, il lui manque des indices suffisants pour désigner le passé, le présent, l'avenir, donc pour se situer dans le temps (Watzlawick, Helmick-Beavin et al., 1979).

Ces distinctions entre communication digitale et communication analogique, représentées dans le tableau 3.2, permettent de repérer plusieurs canaux de communication, autrement dit des catégories de signaux de natures différentes, habituellement classés en *canal verbal*, *canal paraverbal* et *canal non verbal*.

Au cours de la communication, ces divers canaux sont étroitement entrelacés les uns avec les autres, ils s'interpénètrent en un flux plus ou moins congruent. La *congruence* désigne la concordance entre les unités de chaque canal avec celles des autres canaux. Il ne suffit donc

3. Il va de soi que ce tableau est incomplet. La rubrique « canal » comporte bien d'autres codes digitaux que le langage verbal (le langage des chiffres, les symboles de la mathématique, de l'informatique, de la cybernétique, etc.). La rubrique « exemple » pourrait mentionner d'autres variantes verbales (langues artificielles et ludiques : javanais, louchebem, volapück, espéranto) et d'autres variantes non verbales (comportements territoriaux et proxémiques).

pas que les canaux soient articulés entre eux, encore faut-il que leur articulation soit cohérente. Par exemple, dire « oui » tout en faisant « non » de la tête dénote une congruence nulle entre le canal verbal et non verbal. Et quand la congruence est faible ou nulle, il y a confusion, brouillage de l'information, ou surcharge sous forme de doubles messages. Ces effets sont observables cliniquement dans certaines formes de communication pathologique (comme le montraient les premières études auprès des familles de schizophrènes). Mais une absence de congruence n'est pas forcément pathologique, elle peut aussi être stratégique, délibérément recherchée, comme c'est le cas dans certaines stratégies publicitaires, certains jeux, certaines plaisanteries à double sens, certaines techniques de confusion ou d'allusion indirecte en diplomatie, et même dans certaines tactiques de communication thérapeutique – notamment en hypnose.

La régulation de tels brouillages dépend de la manière commune de se référer aux divers canaux, notamment des fonctions « phatiques » de la communication (signaux d'acquiescement signifiant que le message est perçu, compris, que l'on reste « en contact » et que la communication passe bien : interjections, hochements de tête, battements des paupières, etc.). Chaque partenaire utilise constamment ces mécanismes de *feedback* (ou rétroaction) auditifs, visuels, proprioceptifs ou vocaux pour signaler la continuité ou la rupture de la congruence dans la communication, et pour s'ajuster à son interlocuteur.

Un autre point encore : la clarté des messages ne dépend pas uniquement de la congruence entre les canaux de la communication, mais du degré de *redondance* des messages échangés. Ce concept désigne l'indice de prévisibilité d'une séquence d'informations, soit la probabilité d'apparition d'une unité ou d'une série d'unités d'information dans un message. Elle favorise une plus grande clarté dans les échanges communicationnels (il semble par exemple caractéristique que le discours des schizophrènes soit très peu redondant). En hypnose, une certaine monotonie du discours, surtout lors de l'induction (répétitions, enchaînement monocorde des suggestions, *leitmotiv*), comme l'utilisation de phrases simples et prévisibles, favorisent un ajustement assez visible, assez « clair » entre patient et thérapeute. Ceci n'exclut en aucune façon le recours impromptu à un discours moins redondant, notamment lors de suggestions paradoxales, dont l'effet de surprise est parfois utile pour déjouer certaines résistances.

Le système de communication

Lorsque deux personnes échangent des informations, chacune d'elles fonctionne à la fois comme émetteur et récepteur des messages transmis par le triple canal verbal, paraverbal et non verbal. Non seulement ces

deux personnes exercent l'une sur l'autre une certaine influence⁴, mais cette influence va apparaître aussi dans la forme des messages qu'ils échangent et dans le circuit des boucles de rétroaction. Les messages sont perçus et décodés par le *dispositif récepteur* de chaque sujet (système sensoriel, système nerveux, appareil psychique). Les réponses qu'ils suscitent sont encodées et émises par le *dispositif émetteur* de chaque sujet (appareil psychique, système nerveux, appareil phonatoire, etc.). L'interaction entre les personnes engagées dans la communication est en outre influencée par le *contexte* immédiat de leurs échanges (le lieu, l'heure, les circonstances de la rencontre, la tâche dans laquelle les partenaires sont engagés, les conventions implicites qui définissent leur relation, la présence d'un tiers, etc.). D'autres contextes que celui de la situation immédiate interfèrent également dans la façon de communiquer, à des degrés plus ou moins significatifs. Par exemple, le *contexte culturel* (données géographiques, ethniques, linguistiques, historiques, sociologiques, etc.), ou encore le *contexte individuel* de chaque sujet (morphotype, génotype, profil psychique, statut familial, social ou professionnel, etc.).

Le schéma du système de communication représenté dans la figure 3.1 organise ces principaux paramètres. Il représente la communication en tenant compte de sa dynamique circulaire (*feedback* mutuels).

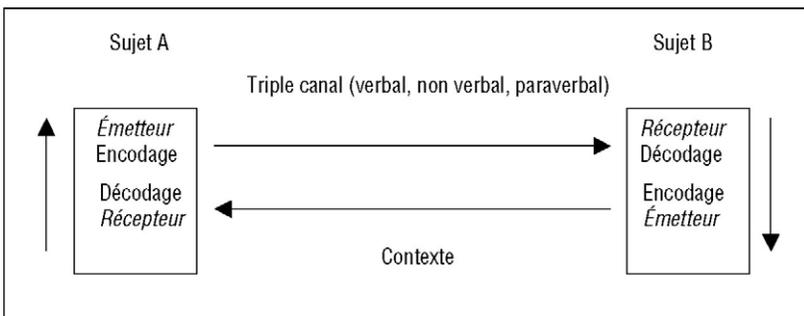


FIGURE 3.1.
Schéma du système de communication.

Une « axiomatique » de la communication

Communiquer est un comportement indispensable à la survie. En observant ce type de comportement, il est possible de dégager quelques lois fondamentales, autrement dit quelques « vérités évidentes par elles-mêmes » (axiomes). S'inspirant de la théorie de la communication et de la théorie des systèmes de von Bertalanffy, Watzlawick, Helmick-Beavin

4. Voir : degré un d'apprentissage.

et Jackson (1979) ont tenté d'isoler quelques axiomes propres à une « pragmatique » de la communication humaine.

Premier axiome : il est impossible de ne pas communiquer. Dans une interaction humaine ou animale, *tout comportement a valeur de message*, et comme il n'existe pas de « non-comportement », il s'ensuit qu'il est impossible de ne pas communiquer. L'intérêt clinique de cet axiome se vérifie lorsque l'on tient compte du dilemme auquel sont confrontés nombre de patients schizophrènes, qui donnent *a priori* l'impression de ne pas communiquer (comportement identifié comme autiste). Mais ici justement, retrait, silence, immobilité, propos absurdes ou hermétiques sont autant de messages signifiant le refus de communiquer, tout en constituant des signaux de communication. Ce paradoxe pourrait être formulé comme suit : « Je te communique que je ne communique pas. »

Deuxième axiome : toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et devient par conséquent une *métacommunication*. Cet axiome se fonde sur les niveaux logiques de l'apprentissage de Bateson, qui distinguent l'aspect « indice » de l'aspect « ordre » propres à toute communication. L'aspect « indice » transmet le contenu du message, alors que l'aspect « ordre » désigne la manière dont on doit comprendre ce même message, et reflète en même temps la qualité de ce qui se passe dans la relation entre les participants. Cet aspect « ordre » correspond donc à une communication sur la communication (métacommunication).

Cas clinique

Par exemple, une patiente se plaint de sa boulimie et son médecin généraliste lui propose une hypnothérapie (discipline à laquelle il est en train de se former). La patiente accepte et se dit même très intéressée par cette méthode thérapeutique. Or, par une série de « hasards malheureux », le projet commun est mis en échec à chaque séance : une contrariété fortuite l'empêche de venir, ou bien elle a ses règles et préfère simplement parler au lieu de faire de l'hypnose, ou bien elle reste sans réaction pendant la phase d'induction, ne ferme pas les yeux, interrompt le thérapeute pour parler d'autre chose, etc. Le contenu de ses arguments (aspect « indice ») ne remet pas en question le projet ou sa confiance en son thérapeute ; en revanche, son comportement (aspect « ordre ») en dit long sur son hésitation ou ses résistances. En d'autres termes, par son comportement, elle métacommunique au thérapeute qu'elle se méfie de l'hypnose (ou qu'elle n'est pas prête à renoncer à son symptôme).

Troisième axiome : la nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires. La *ponctuation*

est la manière dont chacun des partenaires a tendance à définir l'évolution des comportements entre eux. Elle organise les faits et leurs séquences de telle façon que, par exemple, l'un des partenaires semble avoir l'initiative ou la prééminence, alors que l'autre paraît le « suiveur », le « soumis », le « dépendant ».

Le médecin généraliste mentionné dans l'exemple précédent finit par déclarer qu'il est incapable d'hypnotiser sa patiente et qu'il va l'adresser à un confrère plus expérimenté que lui. Ce à quoi elle rétorque qu'il n'y est certainement pour rien, que c'est elle qui est incapable d'entrer en transe. Chacun ponctue les faits à sa façon, ce qui bloque leur relation dans un circuit statique organisé sur le thème de « l'échec ».

Quatrième axiome : il y a une communication digitale et une communication analogique (distinction déjà étudiée plus haut).

Le médecin et sa patiente trouvent toutes sortes d'arguments sur le plan digital pour expliquer la difficulté de réaliser l'hypnothérapie projetée. Sur le plan analogique, ils expriment autre chose (craintes de la patiente, déception, irritation et attitude rejetante du médecin généraliste – qui finit par envoyer la patiente chez son confrère).

Cinquième axiome : tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence. Cet axiome fait la différence entre deux types de stratégies interactionnelles qui s'observent couramment entre les partenaires chaque fois qu'ils tentent d'établir leur relation sur des critères d'égalité ou de différence. Selon le concept de « schismogenèse » défini par Bateson, l'interaction est *symétrique* chaque fois que la relation entre les partenaires vise à l'égalité et qu'ils adoptent un comportement en miroir. En revanche, elle est *complémentaire* chaque fois que les partenaires visent à intensifier la différence entre eux, de sorte que le comportement de l'un devient le « complément » du comportement de l'autre. L'enjeu de telles stratégies interactionnelles ne consiste pas forcément à déterminer qui sera « avantagé » par rapport à l'autre. La symétrie peut s'exercer aussi bien « vers le bas » (posture *one-down*) que « vers le haut » (posture *one-up*). Par exemple, la compétition entre les partenaires vise à prouver que l'un est tout aussi compétent que l'autre, ou au contraire, tout aussi incompetent que l'autre, vis-à-vis d'une tâche donnée. L'emballement d'une telle interaction conduit à ce que l'on appelle une *escalade symétrique*. L'interaction complémentaire implique la présence simultanée de deux postures différentes, l'une « haute » (*one-up*), l'autre « basse » (*one-down*). Plus l'un des partenaires s'efforcera de prouver qu'il est compétent pour une tâche donnée, plus l'autre affichera sa propre incompetence. La fixation durable d'une telle interaction, qui empêche notamment d'inverser les postures, s'appelle une *complémentarité rigide*.

Cas clinique

Reprenons l'exemple précédent : le confrère « plus expérimenté en hypnose » reçoit la patiente. C'est un spécialiste reconnu, au charisme indéniable, qui impressionne beaucoup la patiente. Devant ses stagiaires, il déploie un ensemble de techniques raffinées sur la patiente. Mais l'expérience échoue de la même façon, à plusieurs reprises. Le spécialiste finit par conclure que l'hypnose est contre-indiquée en ce qui la concerne et qu'il vaut mieux renoncer. La patiente retourne chez son médecin généraliste et... tombe spontanément en transe pendant leur conversation. D'abord étonné, son médecin en profite pour glisser à tout hasard quelques suggestions posthypnotiques sur son comportement alimentaire. Quelque temps plus tard, la patiente va mieux et parvient à renoncer à son symptôme (« sans savoir comment »).

Dans ce trio, l'interaction était symétrique vers la position *one-down* entre la patiente et son généraliste (chacun s'attribuant l'échec, en miroir), alors qu'elle était complémentaire entre la patiente et le spécialiste (lui en posture *one-up*, elle en posture *one-down*).

Il convient de préciser que lorsque l'on parle de ce type d'interactions, c'est toujours par rapport à une tâche ou une fonction donnée. Ainsi, dans un couple donné, les conjoints seront par exemple en symétrie vis-à-vis de l'éducation des enfants, et en complémentarité vis-à-vis des relations extérieures. À un niveau logique supérieur, on distingue encore un troisième type de stratégie interactionnelle, appelée *parallèle*, qui favorise l'alternance des deux autres formes de stratégies, comme l'alternance souple des positions « haute » et « basse ». On conçoit aisément que l'interaction parallèle est la plus fonctionnelle, en ce sens qu'elle ne cantonne pas les partenaires dans des rôles rigides, et qu'elle favorise une adaptation optimale aux besoins.

Aspects plus récents du système de communication

Ces données de base de la théorie de la communication ont été enrichies ou modifiées par des apports ultérieurs. L'axiomatique de la communication a été partiellement revue par l'un de ses auteurs, Janet Beavin-Bavelas. À partir de ses recherches portant entre autres sur le phénomène du mimétisme moteur (*motor mimicry*), cette chercheuse considère que tout comportement n'est pas forcément communicatif, contrairement à l'affirmation du premier axiome. Il importe de définir les actes communicatifs non verbaux comme un simple sous-ensemble des actes non verbaux en général, dont beaucoup ne sont en aucune façon chargés de l'intention de communiquer. Il n'est donc pas exact de prétendre que tout comportement est communication. Des critères

empiriques sont exigés pour établir le statut communicatif de chaque comportement non verbal. Y a-t-il par exemple une intention de communiquer entre émetteur et récepteur ? L'encodage et le décodage des messages transmis se font-ils au moyen d'un code commun ? (Beavin-Bavelas, 1991 ; Salem, 2009a).

D'un autre côté, à partir de la théorie constructiviste de la cybernétique de deuxième ordre et de l'apport linguistique de la grammaire générative transformationnelle (Chomsky, 1986), quelques chercheurs et cliniciens ont renoncé à l'idée de « correspondance bi-univoque » entre paroles et objets extérieurs (Boscolo, 1991), pour mettre l'accent sur le rapport entre action et langage (corrélation essentielle en thérapie). Il faut tenir compte, au sein de la communication, d'unités plus complexes que de simples individus en interaction. Ces unités composent une mosaïque de références, de significations, de croyances plus ou moins emboîtées et plus ou moins partagées par les partenaires. Cette perspective se trouve en même temps étayée par la théorie de la conversation de Gordon Pask (1976), qui suggère que l'individu psychologique n'est pas limité par sa peau, mais peut aussi inclure une dyade ou un groupe. En ce sens, l'individu ne saurait être limité à une unité biologique « informationnellement fermée », pour reprendre la formule de Varela. Ce dernier auteur parle précisément de domaine conversationnel, soutenant l'idée « qu'il y a un esprit dans chaque unité engagée dans l'action de type conversationnel, quelle que soit leur distribution spatiale ou temporelle » (Varela, cité *in* : Hoffman, 1988).

Pourtant, de récents développements théoriques mettent en cause cette « cybernétique du second ordre », notamment les travaux comparatifs de Bernard-Weil sur les systèmes sociofamiliaux et biologiques, ouvrant la voie aux « stratégies ago-antagonistes » qui explorent tout autant l'autonomie pathologique d'un système déséquilibré que les tendances « bipolaires » de tout système vivant, oscillant nécessairement, et de façon instable, entre deux pôles opposés. Cette approche contredit la possibilité d'une quelconque « auto-organisation » et le concept d'autopoïèse proposé par Varela, aucun organisme vivant n'ayant la faculté de se conformer, de bout en bout de son existence, à une modélisation donnée (Bernard-Weil, 2000).

Ce *domaine conversationnel* actuellement à la mode reflète un changement de mentalité et de style chez un certain nombre de thérapeutes – sans que cela remette en cause les fondements de la théorie de la communication. Désormais l'accent est mis moins sur les actions des partenaires que sur leurs croyances, en déplaçant en quelque sorte l'intérêt des comportements vers une « écologie des idées » (Hoffman, 1988 ; Goolishian, *in* : Anderson et al., 1986 ; White et Epston, 2003 ; de Shazer, 1994, 1999).

Plus prometteuses s'avèrent les applications de la notion d'*accordage affectif* de Daniel Stern (1991) aux interactions familiales. L'accordage affectif désigne un phénomène, non conscient et sélectif, de coordination interactive qui, tout en étant observable, fonctionne au service de l'intersubjectivité. Il s'agit par exemple ici des ajustements mutuels mère-enfant, par imitation, puis par « traduction » d'une modalité non verbale dans une autre (par exemple de la modalité vocale en modalité kinesthésique). L'accordage affectif est le socle sur lequel enfant et parents vont édifier leur attachement, leur amitié, leurs rejets, leurs passions. Bien plus précoce qu'on ne le croit, cet accordage implique que « chacun sait que l'autre sait qu'il sait », comme le formule joliment Stern.

D'autres chercheurs, tels John Gottman aux États-Unis ou Élisabeth Fivaz à Lausanne, étudient ces mêmes ajustements à deux et à trois, dans le couple, dans la triade primordiale père-mère-bébé, ou encore dans les liens qui se tissent entre patients et thérapeutes (interférence d'un tiers dans une dyade, par exemple le père dans la dyade mère-enfant) (Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge et al., 1993 ; Fivaz-Depeursinge, 1991 ; Fivaz-Depeursinge, Bürgin et al., 1994 ; Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999). Ceci peut révéler des patterns significatifs de la communion affective familiale, à condition de tenir compte non seulement du point de vue de l'observateur, mais du vécu subjectif exprimé par les sujets. Peuvent de la sorte être mises au jour des « variables supra-individuelles », ou propriétés émergentes du système, issues de la coopération entre éléments qui s'influencent mutuellement et qui se situent à un niveau hiérarchique supérieur.

L'hypnothérapie peut tirer un grand profit de ces données récentes issues des recherches dans le domaine de la communication. N'est-elle pas elle-même avant tout un art de converser plutôt qu'un arsenal de techniques ou une « machine à communiquer » (Bonvin, 2009) ? Ne s'établit-elle pas de préférence dans un climat intime et affectif, où l'intersubjectivité se développe sur l'accordage affectif (qu'en hypnothérapie anglo-saxonne, on désigne par le terme de *matching*) ? C'est ce que nous verrons dans les chapitres qui suivent, à propos des techniques consciemment ou inconsciemment utilisées par le thérapeute et son patient.

Références

- Anderson H., Goolishian H., Winderman L. (1986), Problem determined systems. Towards transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, n°5, 1-13.
- Bateson G. (1981), Communication. In : *La Nouvelle communication*. Paris, Le Seuil.
- Beavin-Bavelas J. (1991), Recherche sur les axiomes de « Une logique de la communication ». In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 13, Texte et contexte dans la communication.

- Bernard-Weil E. Reprendre sur de nouvelles bases la comparaison des systèmes socio-familiaux et biologiques : une ouverture vers les stratégies ago-antagonistes. In : *Familles et systèmes dans un monde en transformation*. Conférence d'ouverture des 1^{res} Journées suisses et 6^{es} Journées romandes de thérapies familiales et d'interventions systémiques, Neuchâtel, 10 au 11 mars 2000.
- Bonvin E. *Relation thérapeutique et machines communicationnelles*. In : E. Bonvin (dir), E. Storms, E. Morin, F. Roustang, F. Flahault, B. Forthomme, C. Gallaz, J.-F. Malherbe, G. Salem. (2009), *Nature et mouvements de la relation humaine*. Chêne-Bourg/Genève, Ed. Médecine & Hygiène, p. 41-90.
- Boscolo L. (1991), Langage et changement. L'usage des paroles-clés en thérapie. In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 13, Texte et contexte dans la communication.
- Chomsky N. (1986), *Knowledge of language. Its nature, origin and use*. New York, Praeger.
- Corboz-Warnery A., Fivaz-Depeursinge E., Gertsch-Bettens C., et al. (1993), Systemic analysis of triadic father-mother-baby interactions. *Infant Mental Health Journal*, n°14, 298-316.
- Fivaz-Depeursinge E. (1991), Documenting a time-bound, circular view of hierarchies: a microanalysis of parent-infant dyadic interaction. *Family Process*, p. 101-120.
- Fivaz-Depeursinge E., Bürgin D. et al. (1994), The dynamics of interfaces : seven authors in search of encounters across levels of description of an event involving a mother, father and baby. *Infant Mental Health Journal*, n°15, 69-89.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. (1999), *The primary triangle. A developmental system view of mothers, fathers, and infants*. New York, Basic Books.
- Goolishian H.A., Anderson H. (1987), Language systems and therapy : an evolving idea. *Psychotherapy*, n°24, 529-558.
- Hoffman L. (1988), Une position constructiviste pour la thérapie familiale. *Irish Journal of Psychology*, n°9, 110-129.
- Pask G. (1976), *Conversation theory*. New York, Elsevier Press.
- Salem G. (2009), *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris, Masson, 5^e édition.
- Shazer (de) S. (1994), *Words were originally magic*. Ed. W.W. New York, Norton & Co (Trad franc. [1999] *Les mots étaient à l'origine magiques*. Bruxelles, Ed. Satas).
- Stern D. (1991), Le dialogue entre l'intrapsychique et l'interpersonnel : une perspective développementale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°13, 47-97.
- Stern D. (2003), *Le moment présent en psychothérapie*. Paris, Odile Jacob.
- Watzlawick P., Helmick-Beavin J., DonJackson D. (1979), *Une logique de la communication*. Paris, Le Seuil.
- White M., Epston D. (1990), *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York, Ed. W.W. Norton & Co.. (Trad franc. [2003] *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Bruxelles, Ed. Satas).

CHAPITRE 4

Les techniques hypnotiques

G. Salem

« Parlez au mur, la porte s'ouvrira peut-être. »

(proverbe soufi)

Provoquer ou entretenir l'état hypnotique se fait le plus souvent sans recours à une technique consciente ou particulière, aussi bien dans le comportement individuel, « entre soi et soi » (voir plus loin le texte traitant de l'autohypnose), que dans la plupart des relations humaines (objet du présent chapitre). Une mère qui berce son enfant, un couple d'amoureux en train de se conter fleurette, un maître avec son élève, un médecin avec son patient, un leader politique avec ses partisans, un gourou avec ses disciples utilisent sans s'en douter (ou presque) des procédés de communication par lesquels ils se manipulent et s'influencent mutuellement (effet de « capture », pour reprendre l'expression de Cyrulnik [1997]). Ces procédés, étudiés à la lumière des théories de la communication et de l'interaction humaine, peuvent être identifiés et répertoriés comme autant de techniques utilisables en vue de provoquer consciemment et délibérément l'état hypnotique. La psychiatrie et la psychologie s'y intéressent dans une perspective surtout thérapeutique. Ces techniques regroupent essentiellement, d'un côté les procédés d'induction, de l'autre les procédés de suggestion. En réalité, l'ensemble des techniques hypnotiques constitue un corpus très varié de procédés, de niveaux logiques parfois fort différents.

D'une façon générale, il nous paraît intéressant de faire ici une analogie avec un autre ensemble de procédés caractéristiques de la communication humaine, ceux de la rhétorique. Rappelons en effet que la rhétorique consiste en un ensemble de stratégies argumentatives ou stylistiques, orales ou écrites, destinées à toucher la sensibilité de

l'interlocuteur et à emporter son adhésion, ceci en défendant un point de vue qu'il n'est pas possible de prouver objectivement, mais qu'il est possible de faire valoir. Ce caractère de défense du plausible serait précisément le propre de la rhétorique, et la persuasion, sa finalité (Molinié, 1992 ; Perelman et Olbrechts-Tyteca, 1970).

À nos yeux, l'hypnose est tout à fait assimilable à la rhétorique par cet aspect si particulier, autrement dit par le fait que, comme la rhétorique, elle appartient à un ordre de phénomènes dans lesquels, s'il n'est pas possible de « prouver » objectivement quoi que ce soit, il reste possible de le faire « éprouver » subjectivement. Ceci dépend essentiellement de l'*art évocatoire* de l'hypnotiseur. Ainsi, par exemple, s'il s'agit de faire éprouver à l'interlocuteur (ou au lecteur) l'ambiance du monde marin, le rhétoricien habile n'hésitera pas à employer toutes sortes de termes propres à la navigation (termes au besoin sophistiqués, très spécialisés, inconnus du lecteur), pour créer l'atmosphère idoine et emporter l'adhésion du lecteur-interlocuteur qui « s'y verra », même sans rien comprendre. Cette figure, appelée *hypotypose*, nous paraît singulièrement proche des procédés d'induction hypnotique, au même titre que la figure de la *prosopopée* (actualisation de personnes absentes – ce qui est souvent le cas au cours du procédé appelé *régression en âge* en hypnose) (Fontanier, 1968 ; Molinié, 1992 ; Perelman et Olbrechts-Tyteca, 1970).

Nous reviendrons plus loin sur ces analogies entre hypnose et rhétorique. Un autre principe général de l'hypnose contemporaine est de ne pas se cantonner dans les rituels standardisés de l'hypnose traditionnelle, en escomptant qu'aucun procédé n'est en soi applicable « pour tous ». Il s'agit au contraire de tenir compte chaque fois de la personnalité du patient, de son contexte de vie, du contexte de l'intervention, bref, de personnaliser la technique hypnotique en l'adaptant au sujet. En d'autres termes, les bonnes questions à se poser avant de procéder à une intervention hypnotique sont : à qui ? (quel contexte personnel ?) ; quand et où (dans quel cadre d'intervention ? à quel moment de l'histoire de vie ?) ; quoi ? (en raison de quel problème particulier ?) ; comment ? (par quels moyens apparemment indiqués ou potentiels ?). Cette capacité d'ajustement de l'hypnotiseur à l'hypnotisé, sur les plans existentiel, psychologique et émotionnel, est conçue comme plus ou moins congruente.

Mais pour l'instant, examinons de façon plus restreinte en quoi consistent les principales techniques hypnotiques.

L'induction

L'induction hypnotique est en quelque sorte la « porte d'entrée », la voie d'accès à la transe. Les méthodes d'induction, innombrables, utilisent habituellement comme « support » les voies sensibles d'un ou de

plusieurs canaux sensoriels. Il est donc précieux que l'hypnothérapeute ait une idée préalable du canal sensoriel « préférentiel » du sujet, autrement dit du canal au moyen duquel le sujet perçoit le monde environnant. Certains sujets sont plus visuels qu'auditifs, d'autres plus auditifs, d'autres plus cénesthésiques, etc. C'est ce que l'on appelle l'échelle VAKOG du diagnostic sensoriel (V = visuel, A = auditif, K = kinesthésique ou cénesthésique, O = olfactif, G = gustatif). Le thérapeute expérimenté sait détecter rapidement cette préférence sensorielle du patient en écoutant ses propos et en l'observant attentivement. Bandler et Grinder (1982) ont même établi des corrélations entre certains mouvements oculaires et la préférence sensorielle.

Ainsi, comme le montre la figure illustrant l'outil n°6, la préférence visuelle est caractérisée soit par un regard fixe ou vague, soit par le mouvement fréquent des yeux sur le côté et vers le haut (à droite, pour les images « fabriquées », à gauche pour les images évoquées ou remémorées). La préférence auditive se caractérise par le mouvement des yeux sur le côté gauche et vers le bas, ou latéralement sur le côté droit pour les sons et mots « fabriqués », et sur le côté gauche pour les sons et mots évoqués. La préférence cénesthésique enfin, se caractérise par le mouvement des yeux vers le bas et sur le côté droit.

Opérer une induction consiste donc à faciliter la survenue d'un état modifié de conscience en influençant la vigilance du sujet. Selon la terminologie neuropsychologique, on peut dire qu'il s'agit de créer un *focus d'excitation centrale*, qui s'accompagne d'une inhibition du *processing* des données sensibles périphériques vers ce focus. Par exemple, dans l'induction visuelle, on demande au sujet de fixer du regard un point quelconque, situé au-dessus de la ligne d'horizon des yeux. Cette simple consigne de focalisation évite au sujet de conserver son état d'éveil général par des réactions – souvent instinctives – d'exploration ou d'investigation. En outre, cette fixation assure – chose fréquente en toute induction – la monotonie du stimulus (l'objet est inerte ou bien il se déplace de façon rythmique, tel le balancement régulier du fameux pendule). Ceci provoque un rétrécissement provisoire de l'activité sensitive et motrice.

Toute perception sensorielle étant fondée sur des variations du stimulus, il s'ensuit que la monotonie du stimulus joue un rôle capital dans la baisse de l'état de vigilance et de l'état de conscience générale. Point fixe devant les yeux, voix monotone de l'inducteur, répétition des mêmes mots, éventuel balancement rythmique du corps de l'hypnothérapeute, ont tous pour objectif d'assurer cette constance du stimulus. Du fait de cette stimulation constante et monotone dans sa qualité ou son rythme, il se produit un phénomène d'adaptation sensorielle, aussi bien au niveau du récepteur périphérique qu'au niveau central (de l'éveil ou des processus d'analyse). Il s'ensuit une diminution de la

réponse du récepteur au stimulus, une diminution de la conscience de l'objet par le sujet (au niveau de sa substance réticulée) et une diminution des réflexes ou des réactions d'attention à son égard. Ceci entraîne une baisse de l'attention au monde environnant et ouvre en quelque sorte le « paysage intérieur » du sujet.

Une position couchée ou n'importe quelle position stable (assise, ou même debout), n'importe quel mouvement régulier et répété, sont habituellement nécessaires pour obtenir une diminution des afférences proprioceptives (voie quantitative la plus importante dans le maintien de l'état d'éveil). Il va de soi enfin que la modulation affective de l'induction joue également un rôle important du fait que toute situation stressante, déclenchant angoisse ou agressivité, a pour effet non seulement de maintenir l'état d'éveil normal, mais d'augmenter même son intensité. Ainsi, la voix de l'hypnotiseur ou sa psychomotricité est primordiale, sans oublier la résonance affective de ses propos.

Une induction consiste donc à restreindre les afférences du sujet, à le « déconnecter » progressivement de ses relations avec le monde extérieur – hormis de sa relation avec l'hypnotiseur. Autrement dit, il s'agit de diminuer la réponse du sujet à tout autre stimulus que ceux créés par l'hypnotiseur. C'est ce qui a pour corollaire de diminuer son état de vigilance et de provoquer cet état apparemment analogue au sommeil (la transe), mais qui conserve un circuit sensori-moteur ouvert sur l'extérieur uniquement par la voie de stimulation maniée par l'hypnotiseur. Ceci se passe à l'instar d'une centrale téléphonique avec une seule ligne en marche (Erickson avait coutume de dire à ses patients : « Laisse-moi juste une ligne de neurones pour permettre à ma voix de t'accompagner »).

On a donc obtenu ainsi un « état modifié de conscience », dans lequel les données cognitives sont constituées d'informations partielles, contrairement à l'état d'éveil normal. Le schéma corporel, spatial et temporel, s'en trouve modifié, en même temps que se manifeste, selon le degré de profondeur de la transe, une autre qualité de vigilance et de perception personnelle du moi fondée sur ces sources. Le sujet peut avoir beaucoup de difficulté à faire la distinction entre l'extérieur et l'intérieur, entre le passé et le présent, entre ses comportements volontaires et involontaires. Pourtant, paradoxalement, il reste très concentré. Il « se voit » en transe et conserve le contrôle de cet état, phénomène décrit par le psychologue et chercheur américain Ernest Hilgard comme la présence de l'observateur caché (*hidden observer*)(1977). Deborah Ross (1983), praticienne et enseignante d'hypnose ericksonienne, a pour coutume de dire au patient : « Tu n'es pas inconscient... tu n'es pas conscient... tu es les deux en même temps !... tu ajoutes l'inconscient au conscient, sur la même chaise !... ». On conçoit dès lors que la fonction de l'induction est de faciliter la survenue d'un état dissociatif

entre conscient et inconscient, le degré de cette dissociation mesurant la profondeur de la transe.

Les techniques « traditionnelles » d'induction regroupent les procédés anciens, transmis de génération en génération, et caractérisés par leur style directif, autoritaire et très ritualisé. Chacune de ces techniques a ses phrases clés, ses concepts, ses cérémonies (le public les découvre encore dans les spectacles de music-hall ou de télévision). Toutes n'ont en principe aujourd'hui d'intérêt que du point de vue historique ou didactique, mais elles restent valables dans quelques situations cliniques particulières (par exemple, dans certains états d'agitation psychomotrice, ou de détresse somatique, telles que les brûlures graves ou les crises asthmatiques sévères), dans la mesure où l'on tient compte chaque fois du contexte de la situation – urgence – et de la personnalité du patient. Nombre de ces techniques sont décrites en détail dans les textes qui relatent l'histoire de l'hypnose. Nous ne nous y attarderons pas dans ce livre, compte tenu de leur utilisation clinique plutôt rare aujourd'hui.

La distinction actuelle entre techniques « traditionnelles » et techniques « nouvelles » de l'induction hypnotique est due initialement au psychologue franco-américain André Weitzenhoffer (1960). Les techniques « nouvelles » caractérisent les courants modernes de l'hypnose, elles sont influencées par la personnalité légendaire d'Erickson et par les contributions d'auteurs tels que Hilgard (1977), partisan de la théorie de la néodissociation (tableau 4.1.).

TABLEAU 4.1. Distinction entre hypnose classique et ericksonienne

<i>Type d'hypnose</i>	<i>Attitude du thérapeute</i>	<i>Stratégie choisie</i>
Traditionnelle	Directive, autoritaire	Suggestions directes
Ericksonienne	Permissive, catalysatrice	Suggestions indirectes

Ces techniques plus récentes sont marquées par l'esprit de « facilitation » et de « permissivité », bien davantage que par l'esprit de « direction » et « d'autorité », leur préférant l'approche « douce » et les stratégies indirectes. À ce titre, on peut citer un exemple courant d'induction « nouvelle » : les techniques de relaxation progressive de la musculature, qui peuvent provoquer parfois une dissociation perceptuelle de l'organisme en deux parties, celle qui « va mal » et celle qui « va bien » (cette dernière étant apte à aider celle qui va mal). Un autre exemple d'induction (remaniant la procédure de la technique classique de fixation visuelle autoritaire telle que Braid la pratiquait) est la catégorie des procédés de fixation oculaire. Le point fixé peut être très varié : n'importe quelle tache sur le mur ou le plafond, le pouce du

thérapeute, une pendule en mouvement, une boule de cristal, la flamme d'une bougie, une mire hypnotique, etc. L'essentiel est de capter l'attention du patient sur un point visuel assez longtemps pour permettre aux suggestions, qui lui sont offertes simultanément en vue de la relaxation, d'agir.

Une autre technique plus récente encore est le procédé d'induction « naturelle » ou « conversationnelle ». Nous l'étudierons plus spécifiquement dans le chapitre suivant et dans la « boîte à outils ». Enfin, citons encore à titre de curiosité intéressante, la méthode d'induction paradoxale de Gaston Brosseau, hypnothérapeute québécois, qui s'ingénie à suggérer au patient de surtout « ne rien faire » pour entrer en transe (in : Benhaïem, 2005).

La suggestion

La deuxième catégorie de techniques hypnotiques regroupe l'ensemble des suggestions. La suggestion est un phénomène banal de la communication quotidienne. Elle consiste en un message destiné à influencer l'interlocuteur, dans sa pensée, ses émotions, ses motivations, ses comportements. Selon Weitzenhoffer (1989-a), une suggestion est une forme de communication qui a pour effet de faire apparaître des comportements visibles ou des réponses invisibles chez une personne, ces comportements ou réponses étant involontaires et souvent inconscients. Cette forme de communication doit donc être distinguée d'un ordre, d'une requête ou d'une instruction impliquant une collaboration consciente et des réponses volontaires du sujet.

D'efficacité variable selon la personne, le contexte ou l'enjeu, les suggestions utilisent tous les canaux de la communication et revêtent toutes sortes de formes : verbales, paraverbales (timbre, intonations, etc.), non verbales (gestes, mimiques, postures, etc.)¹. Elles sont présentes au cœur des relations humaines. Dès le premier jour, le bébé est criblé par des centaines de suggestions venant de ses parents et apprend à en émettre à son tour. Les recherches récentes sur le développement confirment cette aptitude étonnante du bébé à participer très activement au mécanisme fondamental de l'accordage affectif dans la relation intersubjective avec son entourage (Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge et al., 1993, 1999 ; Fivaz-Depeursinge, 1991, 1993 ; Fivaz-Depeursinge, Bürgin et al., 1994 ; Stern, 1989).

Comme en toute communication humaine, la suggestion est donc naturellement présente au sein de toute relation thérapeutique, et pas seulement en hypnose. L'hypnose est la discipline qui l'a le plus systématiquement étudiée et pratiquée. Ses connaissances ont été enrichies

1. Voir le chapitre précédent consacré à la communication.

en ce domaine grâce aux apports considérables de l'éthologie (Cyrulnik, 1997), de la théorie systémique et de la théorie de la communication, développées surtout par la thérapie de famille (Salem, 2009a). Rappelons les échanges très riches entre le groupe de Palo Alto (en particulier Gregory Bateson et Jay Haley) et Milton Erickson².

On l'a déjà vu, l'hypnose « classique » (ou « traditionnelle ») diffère de celle d'Erickson dans l'esprit comme dans la procédure. L'hypnothérapeute classique cherche surtout à influencer le sujet dans la direction qu'il juge utile pour lui : il est du type « directif » et procède le plus souvent par suggestions directes. Dans l'hypnose ericksonienne, au contraire, l'influence du thérapeute vise à faciliter chez le patient l'émergence de données internes, qui étaient inconscientes, ou simplement oubliées. Il stimule sa mémoire, « réveille » son histoire personnelle, en le « suivant » au lieu de lui montrer le chemin. C'est le sujet lui-même qui découvre et choisit son chemin. Ici, le thérapeute est du type « permissif », il procède de préférence par suggestions indirectes. Si, comme le souligne Roustang (1990), l'hypnose ericksonienne n'est pas moins « manipulatrice » que l'hypnose classique, la manipulation vise ici à provoquer l'émergence de solutions non pas dictées par l'hypnotiseur, mais propres au sujet – expérience capitale pour mettre en évidence et en valeur les compétences naturelles de celui-ci.

Comme ces distinctions le laissent apparaître, on peut *classer les suggestions* en diverses catégories : suggestions directes ou indirectes, ouvertes ou cachées, posthypnotiques, métaphoriques, etc. Il est difficile d'en dresser un tableau exhaustif : c'est là un champ très vaste, qui ne cesse de s'enrichir selon l'expérience et l'inventivité de chaque thérapeute. On en trouvera quelques classifications dans divers ouvrages qui en ont fait des inventaires plus ou moins élaborés (Godin, 1992 ; Weitzenhoffer, 1989-a, 1989-b ; Yapko, 1990).

La *suggestion directe* est la forme la plus simple : elle indique clairement les intentions du thérapeute et caractérise assez bien les praticiens de l'hypnose classique, par ses aspects directifs et même autoritaires. Le thérapeute exprime sans détour et avec précision ce qu'il souhaite obtenir ou voir se produire dans le comportement du patient. C'est le caricatural « dormez, je le veux » de l'hypnose, ou par exemple : « Lorsque je finirai de compter jusqu'à 10, vos yeux seront fermés... », ou encore : « Quand vous entrerez dans le prochain tunnel, vous vous sentirez très détendu et votre pouls ralentira légèrement... ». Cette dernière suggestion directe est aussi une *suggestion posthypnotique*, variante encore couramment utilisée en hypnose. Elle consiste à « programmer » dans l'esprit du sujet, pendant la transe hypnotique, un comportement qui se produira par la suite, immédiatement après la transe ou dans les jours qui suivront.

2. Voir le chapitre 1.

Un autre procédé assimilable à notre avis à une suggestion directe est la *ratification*, qui consiste en un *feedback* positif de type phatique (les fonctions phatiques en communication sont les messages de confirmation de réception de messages, autrement dit les variantes de la formule « Roger ! » ou « message reçu »). Il s'agit par exemple de faire remarquer au sujet que les indices de la transe sont perçus par le thérapeute, ce qui a pour effet d'encourager et d'amplifier le processus hypnotique. Ces ratifications peuvent consister en paroles d'encouragement, en grognements divers, en un simple hochement de tête, etc.

Les *suggestions indirectes* ont un objectif qui n'est pas formulé et qui échappe au patient. Elles sont plus « permissives » qu'autoritaires et ont un caractère plus « manipulateur » que les suggestions directes. Elles recourent volontiers au paradoxe (entre autres la double contrainte ou *double bind* de Bateson [1977,1980], ou en hypnothérapie le double bind thérapeutique d'Erickson [1980]). Il s'agit essentiellement de stratagèmes qui ne sont pas sans rappeler les anciennes stratégies guerrières chinoises (exemple-type, stratagème n° 6 : « Faire grand bruit à l'Ouest et attaquer à l'Est », [Von Senger, 1992]). Ces suggestions indirectes font souvent partie du discours même de l'hypnothérapeute de style ericksonien ; elles constituent une rhétorique complexe dont il est difficile d'épuiser le répertoire.

L'*allusion* en est un exemple, favorisant les associations psychiques dans une direction voulue par le thérapeute (par exemple, évoquer l'air du large pour faire mieux respirer un sujet angoissé). Le *questionnement* est une autre façon indirecte de suggérer une pensée, un comportement, une sensation, etc. (exemple : « Je me demande à quel moment vous sentirez des picotements dans les mains »). La *prescription paradoxale* consiste à conseiller quelque chose pour obtenir le contraire, par exemple : « Et surtout, ne pensez pas à un chat bleu la prochaine fois que... » ; ou bien : « il n'est pas nécessaire que vous vous détendiez davantage pour l'instant », ou le fameux procédé de Brosseau, déjà cité plus haut : « surtout ne faites rien pour entrer en transe », (in : Benhaïem, 2005), etc.

L'*alternative illusoire* est une autre forme du *double bind* (exemples : « Dans lequel de ces deux fauteuils préférez-vous entrer en transe ? » ; « Je ne sais pas si vous préférez entrer en transe tout de suite ou seulement dans un instant » ; « Je me demande si vos yeux se fermeront avant ou après que je le dise... »). La *séquence d'approbation* (*yes set*)³ est également un exemple de suggestion indirecte, souvent utilisée par le thérapeute avant d'induire une première transe chez son patient. Cette stratégie vise à obtenir l'adhésion du patient et consiste à énumérer plusieurs propositions que le patient ne peut qu'approuver (notamment des

3. Voir outil n°8.

truismes). Ces propositions sont reliées entre elles en une forme concaténatoire et terminées par une dernière proposition cible (celle que l'on espère faire accepter au patient). Cela peut donner, par exemple : « Vous êtes sujet à ces migraines récidivantes depuis trop longtemps... et tous les traitements ont échoué jusqu'à présent... vous êtes découragé et il ne vous reste plus grand espoir... pourtant, vous en avez assez de souffrir, surtout s'il existe un moyen d'aller mieux... j'imagine que vous êtes disposé à essayer une méthode qui a pu guérir d'autres gens qui souffraient du même mal... et à explorer de quelle façon une transe hypnotique peut vous faire expérimenter une telle possibilité... ».

La *suggestion métaphorique* utilise, comme son nom l'indique, la métaphore d'une locution comme support significatif (« Vous en avez plein le dos, voyons quelle partie de votre dos va se détendre en premier... »). Outre les locutions, les proverbes, les contes, les images poétiques, etc., certains gestes peuvent être utilisés comme support significatif de la métaphore. En énonçant un sens à un niveau logique, on suggère un autre sens sur un autre plan logique, (d'une façon générale, il est préférable évidemment d'utiliser les métaphores spontanément formulées par le patient dans son discours, dans sa gestualité, sa mimique, etc.)⁴.

Le *saupoudrage* est une autre forme de suggestion indirecte. Élaboré par Erickson, il consiste à souligner dans le discours du thérapeute certains mots apparemment anodins et sans rapport avec le message principal, en les prononçant de façon un peu différente, en laissant éventuellement une petite pause après chacun de ces mots, ou en y associant un geste ou une mimique particulière, etc. (Watzlawick, 1980). Certains auteurs français appellent ce procédé une *suggestion intercontextuelle* (Godin, 1992).

L'enchaînement des suggestions (*pacing and leading*) est un procédé indirect des plus intéressants en pratique clinique⁵. Il consiste à établir un lien entre ce que le patient est en train de faire et ce que l'hypnothérapeute souhaiterait qu'il fasse. Le message implicite est celui-ci : « Alors que vous êtes en train d'expérimenter ceci, vous pouvez commencer à expérimenter cela » (par exemple, vous, lecteur, tandis que vous êtes assis et que vous lisez ces lignes, vous pouvez en même temps sentir le contact de votre pied gauche sur le sol). Bandler et Grinder, les « papes » de la programmation neurolinguistique, ont appelé ce procédé ericksonien (*accepting and utilizing*) le *pacing* (ponctuer) et *leading* (conduire). Il existe trois modes d'enchaînement entre l'expérience vécue actuellement par le patient et ses expériences futures souhaitables :

– simple conjonction de coordination, telle que « et » et « ou » : « Vous pouvez fixer ce point et vous sentir confortable dans ce fauteuil », ou

4. Voir outil n°10.

5. Voir outil n°12.

bien : « Vous pouvez entendre le tic-tac de l'horloge mais permettre au temps de s'écouler plus lentement » ;

– l'implication causale utilisant des mots tels que « tout en », « tandis que », « pendant que » : « Tout en remarquant que vous vous relaxez, vous pouvez laisser vos yeux se fermer » ; « Tandis que vous écoutez mes propos, votre esprit conscient peut se promener ailleurs », etc. ;

– le prédicat causal par lequel le lien causal est plus fortement souligné (« Respirer profondément va augmenter votre sensation de relaxation »).

Chacun de ces enchaînements constitue une sorte de passerelle entre ce que le patient éprouve et fait, et ce qu'il pourrait éprouver et faire (Bandler et Grinder, 1975 ; Yapko, 1990). Ce procédé évoque curieusement la figure de rhétorique appelée *concaténation*, par laquelle le locuteur reprend dans chacune de ses phrases un segment de la phrase précédente, ce qui produit un effet répétitif et incantatoire (Molinié, 1992), par exemple : « Tout en fixant ce point, vous pouvez sentir votre cage thoracique s'emplier d'air... et tout en la sentant se remplir d'air, vous pouvez permettre à vos yeux de se fermer... et tandis que vos yeux se ferment, vous pouvez laisser votre conscience retourner à un souvenir agréable... et tout en retrouvant ce souvenir agréable, vous pouvez commencer à me le décrire... ».

Les techniques hypnotiques n'ont guère de valeur ni de signification en elles-mêmes. Elles n'ont d'intérêt qu'à l'intérieur d'un contexte relationnel défini; ici, il s'agit de la relation thérapeutique, qui se caractérise elle-même par des paramètres autrement plus subtils, traités dans le chapitre suivant. Le lecteur trouvera dans la partie « boîte à outils » de ce livre une description plus détaillée de quelques techniques courantes d'inductions et de suggestions thérapeutiques.

Voici maintenant, pour illustrer ces diverses techniques d'induction et de suggestion, une vignette clinique qui nous paraît suffisamment démonstrative d'une intervention hypnothérapeutique efficace⁶.

Cas clinique

Une Kosovare de nationalité albanaise, âgée d'une trentaine d'années, nous est adressée par une consœur omnipraticienne afin de tenter de la guérir par hypnose d'une hémiplégie gauche, diagnostiquée comme un syndrome de conversion hystérique. Le tableau clinique est celui d'un hémisynndrome sensitivo-moteur sévère, la patiente se déplaçant en chaise roulante. La survenue du syndrome a été brutale, trois ans et demi plus

6. Cette vignette clinique est également parue dans un chapitre de l'ouvrage dirigé par Duruz & Gennart, consacré à une approche comparative méthodique des psychothérapies. Elle est incluse dans le chapitre intitulé « L'hypnose », pages 345-373 (Duruz & Gennart, 2002).

tôt, à la suite d'une chute dans sa salle de bains, et dans un contexte de risque d'expulsion chez une requérante d'asile. La patiente avait en effet été menacée, de même que son mari et leurs deux petits garçons, d'être renvoyée au Kosovo, ce qui aurait eu des conséquences très dangereuses pour l'époux (qui avait dû quitter le pays pour des raisons politiques). La patiente avait été hospitalisée pendant deux semaines dans un service de médecine, qui avait instauré simplement une pharmacothérapie à base d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, puis l'avait transférée dans un hôpital psychiatrique où elle avait séjourné pendant deux mois, sans aucune amélioration (en dépit d'un complément pharmacothérapeutique de neuroleptiques). Renvoyée à son domicile, elle accuse une évolution des plus torpides, malgré un encadrement psychosocial intensif. Son état ne s'améliore guère lorsque la famille reçoit enfin le permis de séjour espéré, quelque six mois plus tard. La paralysie est compliquée par une atrophie partielle du membre supérieur et du membre inférieur, en dépit de soins physiothérapeutiques bihebdomadaires (à quoi s'ajoute une prévention des complications thrombotiques par des injections sous-cutanées de fraxiparine).

Lors de la première séance, nous recueillons l'anamnèse, établissons une alliance thérapeutique assez chaleureuse tout en valorisant la patiente pour son courage, son endurance et sa patience, et en déclarant que nous comprenons cette maladie comme ayant été utile à la protection de son mari et de sa petite famille (recadrage de type *resources oriented*). Elle-même exprime de hautes attentes vis-à-vis de l'hypnose et nous commençons par une induction hypnotique classique de lévitation de la main droite (côté sain), avec pour *suggestion posthypnotique* que « la main droite s'occupera toute seule d'apprendre ce qu'elle sait faire à la main gauche » (*dissociation et valorisation de la notion d'apprentissage*). La patiente est fortement impressionnée par ce fonctionnement « automatique » de sa main droite.

À la deuxième séance, deux semaines plus tard, en utilisant la même technique, nous observons simultanément une lévitation spontanée de la main gauche, puis de la jambe gauche (paralysées depuis trois ans et demi), phénomène que nous commentons de façon explicite comme le signe que « son corps sait bien faire son travail » et que « sa partie saine a commencé à s'occuper de sa partie malade » (*ratification*). À la troisième séance, deux semaines plus tard, avec la même technique d'induction, enrichie par une hypnose conversationnelle sur le thème de ses compétences naturelles dans le passé et le présent, et sur « tout ce qu'elle sait sans savoir qu'elle le sait » (autre définition de *l'inconscient*), la patiente parvient à se lever de sa chaise roulante, à faire quelques pas, et même... à pousser l'un de nous assis dans sa chaise roulante (*provocation visant à « ancrer » de façon théâtrale le changement*). Elle est d'autant plus motivée que Noël approche et qu'elle compte retourner passer les fêtes auprès de ses parents

qui ne l'ont plus revue depuis quelques années, ce que nous valorisons bien entendu, en ajoutant qu'il serait bon qu'elle puisse danser pour fêter la Saint-Sylvestre avec sa famille d'origine (*recadrage en forme de suggestion indirecte du mouvement comme un signe de loyauté, en miroir avec la paralysie, elle aussi expression de sa loyauté d'épouse*).

À son retour, deux mois et demi plus tard, la patiente se présente debout à la consultation, à peine aidée d'une petite canne, symbole du compromis trouvé entre la paralysie et le mouvement. Trois semaines plus tard, elle marche normalement et sans canne, vaque à son ménage, joue au ballon avec ses enfants. L'atrophie du côté gauche s'est nettement améliorée.

Références

- Bandler R., Grinder J. (1982), *Les secrets de la communication*. Le Jour.
- Bandler R., Grinder J. (1975). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson*. Vol. 1, Cupertino, Meta Publications.
- Bateson G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit*. Vol. 1, Paris, Seuil.
- Bateson G. (1980). *Vers une écologie de l'esprit*. Vol. 1-2, Paris, Seuil.
- Brousseau G. *Ne rien faire : l'induction paradoxale*. In : J.-M. Benhaïem (dir.) (2005), *L'hypnose aujourd'hui*. Paris, Ed. In-Press.
- Corboz-Warnery A, Fivaz-Depeursinge E, Gertsch-Bettens C. et al. (1993), Systemic analysis of triadic father-mother-baby interactions. *Infant Mental Health Journal*, n° 14, 298-316.
- Cyrułnik B. (1997), *L'ensorcellement du monde*. Paris, Odile Jacob.
- Duruz N., Gennart M. (sous la direction de) (2002), *Traité de psychothérapie comparée*. Genève/Paris, Médecine et Hygiène.
- Erickson M.H. (1980), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*. New York, Irvington.
- Fivaz-Depeursinge E. (1991), Documenting a time-bound, circular view of hierarchies: a microanalysis of parent-infant dyadic interaction. *Family Process*, p. 101-120.
- Fivaz-Depeursinge E. (1993), *L'apport des travaux de Daniel Stern à la compréhension de la famille*. CEF.
- Fivaz-Depeursinge E, Bürgin D. et al. (1994), The dynamics of interfaces : seven authors in search of encounters across levels of description of an event involving a mother, father and baby. *Infant Mental Health Journal*, n°15, 69-89.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A. (1999), *The primary triangle. A developmental system view of mothers, fathers, and infants*. New York, Basic Books.
- Fontanier P. (1968), *Les figures du discours*. Paris, Flammarion.
- Godin J. (1992), *La nouvelle hypnose. Vocabulaire, principes, méthodes*. Paris, Albin Michel.
- Hilgard E.R. (1977), *Divided consciousness : Multiple controls in human thought and action*. New York, Wiley.
- Molinié G. (1992), *Dictionnaire de rhétorique*. Paris, Librairie générale française.
- Perelman C, Olbrechts-Tyteca L. (1970), *Traité de l'argumentation. La nouvelle rhétorique*. Bruxelles, Éditions Universitaires de Bruxelles.
- Ross D. (1983), *Communication personnelle*.
- Roustang F. (1990), *Influence*. Paris, Les éditions de Minuit.

- Salem G. (2009a), *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris, Masson, 5^e édition.
- Stern D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Von Senger H. Stratagèmes (1992). *Trois millénaires de ruses pour vivre et survivre*. Paris, Inter Éditions.
- Watzlawick P. (1980), *Le langage du changement. Éléments de communication thérapeutique*. Paris, Seuil.
- Weitzenhoffer A. (1989-b). *Non traditional hypnotisme*, Vol. 2, New York, John Wiley & Sons.
- Weitzenhoffer A. (1989-a). *Traditional and semi-traditional techniques and phenomenology*, Vol. 1, New York, John Wiley & Sons.
- Weitzenhoffer A. (1960), Unconscious or co-conscious ? Reflections upon certain recent trends in medical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, n°2, 177-196.
- Yapko D.M. (1990), *Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York, Brunner & Mazel.

CHAPITRE 5

L'hypnothérapie

G. Salem

« Le simple fait de vivre implique une aptitude à l'innovation. Tout organisme pour s'adapter doit innover, tenter une aventure hors de la norme, engendrer de l'anormalité afin de voir si ça marche, car vivre, c'est prendre un risque... »

Boris Cyrulnik

Distinguons ici, d'emblée, l'hypnose comme phénomène anthropologique au sens large (états modifiés de conscience spontanés ou induits par des interactions avec l'environnement), et l'hypnose utilisée comme thérapie. C'est de cette dernière uniquement qu'il sera question dans ce chapitre.

Situation de l'hypnothérapie

Le paysage des soins contemporains est foisonnant et il n'est guère aisé de s'y retrouver. La médecine et la psychiatrie connaissent d'innombrables développements. La psychiatrie est elle-même partagée en plusieurs courants se référant à des théories et à des techniques fort différentes entre elles (parfois sources de vives controverses). En même temps, sous l'impulsion du métissage des cultures, du développement des communications et de la facilité à se déplacer, nombre de soins « traditionnels » importés d'ailleurs et n'appartenant pas au champ de la science occidentale connaissent un certain engouement et favorisent l'éclosion de médecines dites « naturelles » – catégorie de soins alternatifs dont certains s'avèrent parfois efficaces et que la médecine orthodoxe n'ose plus dédaigner comme naguère (homéopathie, médecine chinoise, tibétaine et ayurvédique, ostéopathie, naturopathie, anthroposophie, etc.). Il est

frappant de constater que l'hypnose figure tantôt dans le champ des thérapies « naturelles », tantôt dans le champ de la médecine scientifique. Ceci crée parfois une certaine confusion et n'est pas pour la rendre populaire auprès des médecins peu au fait de ses récents développements scientifiques. On peut tenter de situer la place de l'hypnose dans ce paysage complexe.

Par ses antécédents fort anciens et traditionnels, par son analogie holistique avec le chamanisme, par l'importance qu'elle accorde à l'intuition et au « flair », par le caractère parfois magique des améliorations qu'elle amène chez les malades, il semblerait justifié de la classer parmi les médecines « naturelles » (ou « complémentaires » comme l'on dit aujourd'hui). Mais par ses applications médicales et les recherches exigeantes qu'elle a suscitées (en laboratoire comme en clinique), par son efficacité thérapeutique vérifiée dans certaines pathologies rebelles aux traitements classiques, elle figure naturellement au sein de la médecine scientifique et de la psychiatrie d'avant-garde. En même temps, elle se démarque clairement de la tradition psychanalytique freudienne, entretenant des relations plus proches avec le cognitivisme, la psychiatrie existentielle, les neurosciences et surtout la psychiatrie systémique (qui a donné naissance à la thérapie de famille). En tenant compte de cette perspective épistémologique qui fait la distinction entre approches scientifique et non scientifique, on pourrait situer l'hypnothérapie à la fois dans les traitements de type scientifique (objectivables, mesurables, vérifiables, généralisables) et dans les thérapies de type non scientifique (subjectives et intuitives, difficilement mesurables, vérifiables individuellement, non réductibles, à la généralisation difficilement démontrable).

Un autre axe épistémologique soulève la question de la place du corps dans le champ des thérapeutiques psychiatriques¹. Il est possible de constater que certaines d'entre elles travaillent au plan somatique, par exemple la psychiatrie biologique, fondée sur les neurosciences contemporaines (médicaments, somatothérapies diverses telles que les électrochocs, la luminothérapie, la physiothérapie, etc.). D'autres thérapies psychiatriques en revanche avaient exclu le corps de leur champ d'intervention, concentrant leur action au niveau de la psyché (cognitivisme, psychothérapie existentielle, psychanalyse freudienne et jungienne, etc.). En tenant compte de cette autre perspective, l'hypnothérapie devrait donc être située à la fois dans la première catégorie, puisque par le biais de la transe et des modifications perceptives, elle agit sur le corps du patient (et sur le symptôme somatique), et dans la deuxième catégorie, puisqu'elle travaille au niveau de la psyché

1. Voir le chapitre 8 d'Éric Bonvin, en particulier la section intitulée « retour du corps manquant ».

(consciente et inconsciente), ceci à peu près au même titre que d'autres formes de « psychothérapies corporelles » (thérapies reichiennes, bio-énergie, *Gestalt*, eutonnie, etc.).

La demande du patient

L'hypnose connaît actuellement un regain de notoriété et nombreux sont les patients qui en font spontanément la demande auprès des cliniciens qui la pratiquent. Dans ces demandes, il y a « un peu de tout » et cela peut nous servir de piste originale pour approcher, degré par degré, une définition de l'hypnothérapie, de ce qu'elle est, de ce qu'elle n'est pas.

Quelques stéréotypes sont repérables dans la grande variété des demandes actuelles. Ceci s'explique surtout par le fait que rares sont les patients réellement avisés des connaissances sérieuses et récentes en ce domaine. Le plus souvent, ils n'en savent rien d'autre que ce qu'on leur en a dit, ce qu'ils en ont lu dans la presse ou dans des ouvrages de qualité discutable, ce qu'ils en ont déduit à l'occasion d'un spectacle télévisuel ou de music-hall, ou à la faveur de quelque expérience ludique ou mondaine, ou même lors d'une expérience thérapeutique préalable (valable ou charlatanesque). En se fondant sur quelques clichés utilisés par les patients, on peut identifier divers types de représentations.

Un lieu commun fréquent est que l'hypnose doit nécessairement se passer du concours de la volonté du sujet, et que « plus la transe est profonde, plus elle est valable », ce qui laisse entendre que les choses vont changer de façon spectaculaire, « sans même savoir comment et pourquoi » (thérapie miracle). À titre d'exemple, nombre d'obèses, d'anorexiques-boulimiques, de toxicomanes ou d'insomniaques expriment sans détour ce genre d'expectative. Un autre stéréotype est celui de la « désoccultation de la mémoire » (pour reprendre une expression utilisée récemment par une patiente qui l'avait apprise auprès d'un gourou inspiré). Quantité de gens voient en effet en l'hypnose on ne sait quelle « encre révélatrice », quel décodeur infaillible du palimpseste de la mémoire. Elle permettrait de revivre « en direct » des souvenirs enfouis au plus profond de la mémoire, un peu à la façon d'un reportage (implacable ou réconfortant), et aurait la valeur d'un document authentique, indiscutable, confondant au besoin. En ce domaine, les « anciens enfants » maltraités physiquement, sexuellement ou mentalement le disputent à ceux qui aspirent à la fleur du souvenir d'une enfance oubliée, effacée par quelque souvenir-écran (pour ne pas parler de ceux qui sont à la recherche de très hypothétiques « vies antérieures »). Un autre cliché encore est celui du thérapeute tout-puissant, véritable mage doté de pouvoirs hypnotiques exceptionnels et capable, d'une façon paternelle et majestueuse, ou carrément divine, de « faire le nécessaire comme lui seul saurait le faire ». Ici, l'expectative se

caractérise au premier plan par l'appétit transférentiel du candidat, qui cherchera en ce type de cure l'assouvissement de besoins divers, de nature névrotique, psychotique ou autre.

Il est intéressant de noter en passant que la plupart de ces stéréotypes montrent que l'expectative constante du patient est celle d'une action externe, d'une influence en principe bénéfique, probablement le signe d'un besoin régressif, d'une attente magique, ou de quelque chose de plus subtil encore, appel de détresse ou véritable défi lancé au thérapeute. Comme si la demande fondamentale était « aide-moi à découvrir ce que je sais, ce que je peux, ce que je suis au mieux » (Salem, 1997).

Confronté à ce genre d'expectatives, le thérapeute a le choix entre plusieurs attitudes : soit décevoir la demande du patient (attitude classique du courant psychanalytique, armé de sa fameuse « frustration thérapeutique » et de son non moins fameux « sens des limites ») ; soit tenter de gratifier la demande à la lettre (réponse caractéristique des thérapeutes enclins au contre-transfert ou convaincus de leur toute-puissance « gourouoïde ») ; soit enfin recadrer l'expectative en termes plus raisonnables, plus adaptés à la personnalité du patient, à ses capacités, à ses besoins cachés, à sa demande informulée ou informulable ; en d'autres termes, redéfinir l'hypnose comme un traitement (au sens large) ou une psychothérapie (au sens étroit).

Recadrer signifie redéfinir ou « recontextualiser ». Le *recadrage thérapeutique* consiste à reformuler la demande du patient, en lui redonnant un sens plus vaste ou plus restreint, plus vague ou plus précis, en tout cas mieux adapté à la situation actuelle. Parfois, cette nouvelle signification donnée à la démarche du patient sera argumentée de façon inventive – mais dans la mesure seulement où l'inventivité lui est profitable. Quoi qu'il en soit, il s'agira de permettre au patient de vérifier que son espoir (moins souffrir, guérir, améliorer ses compétences, retrouver le goût de vivre, etc.) est légitime, à condition de respecter les limites du bon sens. Autrement dit, de vérifier que ce qui lui paraissait plausible pourrait devenir réel, mais qu'une telle entreprise dépend davantage de lui que du thérapeute (ce dernier ne jouant qu'un rôle de « guide » provisoire, de « révélateur » ou de « compagnon » dans l'aventure – en aucun cas celui d'un être doté des pleins pouvoirs). Cela revient à dire que l'influence bénéfique du thérapeute consiste prioritairement à restituer au patient (ou à lui faire expérimenter) sa propre capacité de changer, son propre potentiel évolutif. Ce pouvoir retrouvé lui permettra d'accepter de tantôt « gagner » une bataille, tantôt « perdre » une autre, de façon créative, profitable, tolérable, en tout cas instructive.

On le sait, le recadrage est désormais un vocable courant en psychothérapie, notamment depuis l'avènement, il y a une cinquantaine

d'années, des thérapies systémiques (Salem, 2009a). Il ne consiste pas seulement à reformuler, redéfinir, ou re-étiqueter (*relabeling*) un problème, un comportement ou une attente (ce n'est là que la dimension formelle du terme). Dans sa dimension proprement sémantique, recadrer signifie interpréter, découvrir ou modifier la signification d'une expérience, en l'élargissant, en la réorientant, au besoin en la déplaçant de son contexte habituel. La mission du thérapeute est de faire découvrir au patient qu'il dispose, peut-être à son insu, de scénarios alternatifs pour sa santé, pour son identité corporelle, mentale et sociale, pour sa vie, pour son histoire passée et à venir. Ces alternatives, si elles existent (et elles existent plus souvent que ne veulent le croire les thérapeutes sans imagination), sont produites essentiellement par lui, le patient les laisse entrevoir inconsciemment au thérapeute par le biais d'un langage chiffré, souvent métaphorique (Bateson [1981] disait justement que les symptômes ne sont pas autre chose que des métaphores communicationnelles). Ce discours « entre les lignes », un thérapeute expérimenté est généralement capable de l'entendre, de le déchiffrer correctement, puis de le faire redécouvrir pleinement au patient, à la faveur de cette expérience si particulière, si étrange et si familière qu'est la transe, cette « veille paradoxale », comme dit François Roustang. À partir de ce point, le patient deviendra de plus en plus actif dans la résolution de son problème.

On le voit, il s'agit ici de permettre au patient de vivre une transition, de faire le passage entre ce qui lui paraissait plausible et qui pourrait devenir réel. Voilà une vision bien optimiste de l'homme et de ses infortunes, dira-t-on, qui sent son rousseauisme à plein nez. Et s'il s'agissait d'une stratégie, avant tout ? De l'application, une fois de plus, d'un principe qui se trouve au cœur des découvertes psychologiques majeures du xx^e siècle, et qui donne le primat à la motivation, à l'expectative du patient ? En quelque sorte, l'hypnothérapeute de notre époque serait le metteur en scène et le catalyseur d'une forme de *self fulfilling prophecy*² confiante et positive (par contraste avec la version négative et pathogène du même processus). Le mot « plausible » signifie étymologiquement « digne d'être applaudi » (latin, xvi^e siècle). Est plausible ce qui semble devoir être admis, ce qui est vraisemblable, probable. Il est plausible, par exemple, que je puisse mieux vivre, si je ne suis plus entravé par ma phobie sociale, et si je commence à nouer des relations humaines plus variées et plus riches. Pourtant, l'expérience la plus significative ne consiste pas simplement à me représenter comment cela se passerait si j'allais mieux, mais d'éprouver en moi cette possibilité même, cette potentialité, et de façon convaincante, au cours de la transe hypnotique (Salem, 1997).

2. « Prophétie auto-accomplissante. »

Fondements de l'hypnothérapie

La gamme des interventions est dès lors très large. L'hypnothérapie est une forme de traitement allant de l'action la plus simple à la stratégie la plus complexe. En outre, elle n'est pas réductible à la simple exécution d'un ensemble de techniques. C'est un art du soin qui consiste avant tout à réactiver le plus efficacement possible les ressources naturelles du patient (l'état hypnotique étant d'abord un phénomène naturel, et non artificiel ou « inculqué »).

L'expérience heuristique de la transe

L'hypnothérapie vise à amplifier certains phénomènes psychiques caractéristiques de la transe, en utilisant les registres conscients et inconscients de cette expérience intime et déroutante. En état de transe hypnotique se mêlent ou se côtoient en effet le passé et l'avenir, le symptôme et le bien-être, la partie et le tout, l'activité et la réactivité, le mouvement et l'immobilité, la force et la douceur, l'aventure et le confort, le risque et la sécurité, le nomadisme et la sédentarité. Comme on l'a déjà vu, c'est un vécu dissocié et paradoxal, parfois proche d'une forme d'ivresse naturelle, parfois facilitant le « soudain surgissement du réel », le fameux « élargissement du monde » dont parle Henri Michaux lorsqu'il décrit l'expérience poétique. État « inspiré » (tantôt dramatique, tantôt heureux), vécu souverain, proche de l'épiphanie joycienne, l'état hypnotique permet une saisie plus ample de soi, de ses limites, de rapports inédits entre les parties de soi. C'est une expérience intérieure heuristique, un monde de correspondances favorisant un élargissement du champ des possibles, un état de disponibilité comparable parfois, par son effet, à la subtile expérience du « vide » propre à la peinture chinoise (qui permet que « tout entre en correspondance » [Cheng, 1991]). De la sorte, « l'oubli peut devenir amnésie, l'imagination peut devenir hallucination, le souvenir peut devenir régression en âge, la rêverie peut devenir transe » (Balken, 1997). La voie hypnothérapeutique met donc en œuvre un processus de recherche intérieure chez le patient, grâce à l'expérimentation de corrélations nouvelles dans son être-au-monde, plus adéquates et mieux adaptées au problème actuel. Le sujet se redécouvre, à la faveur de ce rendez-vous à la fois si intime et si étrange avec lui-même. Il se traite « soi-même comme un autre », pour reprendre la formule de Paul Ricœur (1990).

L'expérience correctrice de la transe

Les paramètres de l'hypnothérapie sont les mêmes que dans n'importe quelle psychothérapie. Comme toujours sont présents les « ingrédients » habituels : demandes formulée et non dite du patient, enjeux actuels et futurs de l'intervention, compétence et expérience du thérapeute,

définition adéquate de la relation, aspects symétriques et asymétriques de l'interaction thérapeutique, dimension éthique avec ses données habituelles (réciprocité, confiance, alliance, amitié, attachement, dépendance, régression, libre arbitre, croissance, apprentissage, autonomisation, individualisation, etc.). Si la souffrance et les troubles pathologiques du patient s'améliorent grâce à cette expérience « renouvelée » de soi au monde, c'est entre autres à la faveur d'une véritable « dilution » du symptôme dans un vécu plus global, qui ajoute au fonctionnement conscient le fonctionnement inconscient. Ce vécu, cette *Erlebnis*, cette vérification existentielle exacte (comme le dit Roustang en citant le « *es stimmt* » de Heidegger), au sein de laquelle le patient se découvre actif et détenteur de ressources insoupçonnées, le patient se les approprie sans que le thérapeute doive les lui « inoculer ». Il vérifie son aptitude au changement comme une donnée réelle (apprentissage). En d'autres termes, la représentation qu'il se fait de son mieux-être est une représentation endogène, produite uniquement par lui au cours de la transe (certes grâce aux sollicitations du thérapeute). De plus, elle est vécue concrètement, dans sa façon même de respirer, de sentir son corps vivre intensément (parfois avec des éclipses), de ressentir la « transe-formation » de son symptôme.

Cette expérience remarquable devient ainsi une *expérience correctrice* qui incitera par la suite le patient à se sentir plus confiant, à devenir toujours plus actif dans le processus de changement. À la façon d'un point de repère, elle lui permettra de guérir progressivement. Le concept d'expérience émotionnelle correctrice, défini par Sifneos (1977) dans le champ restreint de la psychothérapie psychanalytique brève, devrait être ici élargi à quelque chose de plus vaste que l'émotionnel. Tout hypnothérapeute expérimenté le vérifie quotidiennement : l'ampleur du vécu au cours de la transe dépasse la dimension simplement émotionnelle. Une perception plus large est activée, à la fois animale (instinctive, physiologique), émotionnelle, cognitive, existentielle et éthique (ce qui aura un effet de remotivation considérable sur le comportement social par la suite). Nous sommes donc fort loin ici d'un processus de simple stimulation offerte à un sujet passif. Au contraire, les choses se déroulent dans une atmosphère d'exploration et d'expérimentation, le thérapeute focalisant l'attention sur tout ce que le patient peut apprendre, en se repérant sur ses aptitudes antérieures ou présentes, parfois sur celles d'autrui (celles du thérapeute lui-même aussi bien que celles d'autres gens cités à titre d'exemples, comme l'illustre de façon savoureuse le recueil d'anecdotes thérapeutiques ericksoniennes réalisé par son disciple Sidney Rosen [1986]).

L'expérience conviviale de l'inconscient

Depuis Freud, l'inconscient avait plutôt mauvaise presse. Sorte de poule remplies de « *bad news* », il nous réservait bien des déconvenues.

Boîte de Pandore redoutable, il convenait de ne l'approcher qu'à petits pas (longueur de la cure analytique), et de ne l'ouvrir qu'avec précaution (liturgie de la relation entre psychanalyste et patient). Cette forme de représentation de l'inconscient s'inscrivait assez bien dans la ligne « idéologique » de la médecine, qui est essentiellement du type *pathology oriented*. Freud était du reste assez désireux de faire valider son modèle psychanalytique par la communauté scientifique pour lui emprunter non seulement sa méthode d'observation rigoureuse (ce qui était une bonne chose), mais encore sa curieuse mentalité méfiante envers l'organisme et la santé (ce qui était une moins bonne chose). En ce sens, doter l'inconscient de valeurs essentiellement inquiétantes reflétait peut-être, avant tout, une forme d'opportunisme social et historique, et non une véritable exigence intellectuelle. Certes Jung et quelques autres ont contribué, après lui, à restaurer un peu la valeur positive de l'inconscient, mais c'est surtout à partir d'Erickson qu'une représentation plus amicale, nous dirons plus conviviale de l'inconscient est apparue sur la scène des psychothérapies. Cette nouvelle forme d'idéologie, de type *resources oriented*, caractérise les théoriciens et les praticiens de l'hypnothérapie moderne (notamment les adeptes de ce que l'on appelle aujourd'hui, surtout en France, la « nouvelle hypnose », qui semblent vouer un véritable culte à Erickson [Godin, 1992]).

Examinons cette nouveauté de plus près. De quoi s'agit-il ? L'inconscient nous est présenté comme un véritable ami, un allié inconditionnel, toujours intelligent et sage. Le thérapeute qui souscrit à cette nouvelle idéologie est peut-être un peu trop enclin à croire à je ne sais quel *happy end* à l'américaine. C'est probablement le principal défaut de cette approche. Il nous paraît en effet plus raisonnable et plus judicieux de ne pas dénier – de façon infantile – les aspects perturbateurs et même dangereux de notre fonctionnement inconscient. L'apport de Freud (1946), ses vues subtiles (comme celles de sa fille Anna) quant aux mécanismes de défense inconscients restent un héritage précieux de la découverte psychologique. Bien des thérapies trop « confiantes » ou « optimistes » sont, dès la première heure, vouées à l'échec pour cette raison. Une psychothérapie consiste plus souvent qu'on ne le croit en une lutte âpre, aucun praticien expérimenté ne l'ignore. Du reste, Erickson lui-même savait quand il le fallait traiter l'inconscient de son patient comme un adversaire qu'il importe avant tout de combattre, sans forcément « copiner » avec lui.

Pourtant, il est indéniable qu'une définition moins inquiétante du fonctionnement inconscient a d'immenses avantages en thérapie. La preuve en est apportée quotidiennement non seulement par les hypnothérapeutes de la nouvelle vague, mais par bien d'autres praticiens, en thérapie de famille, dans les thérapies psycho-corporelles, comme dans le courant plus vaste de pensée appelé *self help* aujourd'hui (principe

du « aide-toi et le Ciel t'aidera »). De ce fait, il nous paraît utile d'intégrer davantage cette vision à la pratique quotidienne, sans perdre de vue qu'en maintes situations, il faudra compter sur certains coups de Jarnac de l'inconscient. Ceci dit, il n'est pas interdit de respecter un adversaire, ni même de le convier à la table d'hôte quand il le faut. L'enjeu stratégique d'une thérapie exige une certaine intuition diplomatique, permettant de traiter l'inconscient comme un convive, tantôt familier et amical, tantôt étrange et rival. Si, comme le pense un élève d'Erickson, Stephen Gilligan (1985), le thérapeute doit être un « générateur de variétés », il ne saurait se cantonner dans une vision toujours optimiste et une attitude de type « béni-oui-oui » vis-à-vis de l'inconscient. Il tiendra compte autant de ses aspects diurnes que nocturnes, de son ombre inquiétante et parfois destructrice comme de son rôle favorable d'égérie de la santé. Mais quoi qu'il en soit, il le traitera comme un convive de choix au banquet du changement.

La relation entre patient et thérapeute

Qui est vraiment l'hypnotiseur, qui l'hypnotisé ? Cette façon de voir les choses est par trop unilatérale pour décrire la forme de relation particulière qui se tisse entre l'hypnothérapeute et le patient. Comme en toute communication humaine, il s'agit avant tout d'une interaction dyadique circulaire, décodable en termes de boucles de rétroaction mutuelles (*feedback*), avec une distribution des rôles explicitement ou tacitement convenue et le désir partagé de mener à bien le projet thérapeutique. Cette *implication mutuelle* contient toutes sortes d'ingrédients : intérêt présent des deux côtés pour cette forme d'expérience, ajustement réciproque sur le plan intellectuel et sur le plan affectif (*accordage*), coordination progressive des comportements, similaire à une danse (l'un « mène » l'autre, mais avec son adhésion et sa complicité).

Un assez bon indice de la réussite de ces divers accommodements est ce que l'on appelle l'*ajustement* (*matching*) entre thérapeute et patient (ajustements corporels, gestes et postures en écho, mimiques en miroir et autres imitations non verbales). L'*alliance thérapeutique* qui résulte d'un tel enchaînement d'accordages subtils dépend principalement de la qualité d'attention offerte par le thérapeute au patient, et du respect qu'il lui témoigne. Sa façon de comprendre et d'accepter le patient et ses symptômes motivera adéquatement celui-ci à accepter en retour ses recadrages et ses suggestions thérapeutiques. La vigilance éthique du thérapeute est une condition qui va de soi (du reste pour n'importe quelle forme de thérapie), il n'y a donc pas lieu de s'en gargariser comme le font certains auteurs ou enseignants au regard humide et à la mine compassée. Il n'est pourtant pas inutile de la rappeler ici lorsqu'on sait à quel point l'hypnose a été dénoncée pour ses « effractions » et ses

abus, et à quel point elle peut devenir intrusive et traumatique en de mauvaises mains (mais encore une fois, au même titre que n'importe quelle méthode thérapeutique).

À peine établi le climat de confiance et de sécurité, la relation est déjà thérapeutique. Les stratégies de changement que mettra en place le thérapeute s'en trouveront significativement facilitées : redirection de l'attention, focalisation sur les ressources, mobilisation des compétences, valorisation des apprentissages passés et à venir, recadrage du symptôme comme métaphore, etc. Chaque transe, chaque séance contribuera à élargir et renforcer l'aptitude du patient à s'expérimenter autrement, de façon neuve et inventive. Le fait de reconnaître les apprentissages déjà réalisés (en particulier les apprentissages inconscients) va favoriser l'acquisition consciente de nouvelles compétences. Dès qu'apparaît un changement (diminution du symptôme, déblocage d'une résistance, vérification d'une capacité au cours d'une épreuve, etc.), le patient découvre un niveau de fonctionnement différent, plus flexible, moins figé. Ce type d'expérience, dans laquelle interagissent et se fécondent mutuellement le conscient et l'inconscient, devient de la sorte un germe d'action pour le futur, l'accent étant mis sur les forces de croissance et de maturation psychologiques et sur l'autoréalisation.

Ainsi, comme nous l'avons déjà relevé dans la partie historique de cet ouvrage à propos d'Erickson, au lieu de se montrer directif et autoritaire en étant celui qui « détient la solution » (ce qui favoriserait une relation de dépendance), le thérapeute s'offre comme un catalyseur, un « compagnon de route » cheminant aux côtés du patient vers ses ressources intérieures et ses facultés inutilisées. Ceci ne signifie pas pour autant que « la psychothérapie est faite par le patient lui-même » et que « le thérapeute ne fournit que la possibilité et le contexte pour le faire », comme le concluent hâtivement certains auteurs (Godin, 1992). Le fait de faciliter – comme dit Erickson – la survenue de « flux de changements qui tourbillonnent à l'intérieur du patient et de sa famille » est tout un art ! L'influence du thérapeute reste considérable, et son rôle de catalyseur des ressources est l'un des plus difficiles à maîtriser. Cela exige non seulement une solide expérience de la thérapie et une maîtrise des techniques hypnotiques, mais un talent réel en matière de communication verbale, paraverbale et non verbale. Un mot maladroit, un silence intempestif, une modulation inappropriée de la voix, un soupir d'impatience, un froncement des sourcils, un haussement d'épaules, une fermeture du corps (ou à l'inverse, une attitude trop intrusive) constituent autant d'accrocs dont le cumul peut entraîner l'échec d'une séance ou de la thérapie dans son ensemble. Par ailleurs, un manque d'aisance en matière de dissociation hypnotique peut ne donner aucun résultat ou n'aboutir qu'à une banale séance de relaxation, sans résonance profonde. Il ne suffit donc pas d'être simplement

là, même nourri des meilleures intentions, pour que l'hypnose marche, encore faut-il un certain savoir-faire (et un savoir-être, davantage) dans l'art d'influencer le patient sans l'envahir ni se substituer à sa volonté.

Il est devenu rituel de citer, en thérapie ou dans les séminaires de formation, la fameuse anecdote du cheval d'Erickson. Alors enfant, celui-ci vit entrer dans la ferme familiale un cheval non marqué dont personne ne connaissait le propriétaire. Embarrassé, son père ne savait comment s'y prendre pour restituer la bête et éviter d'être accusé de vol. Le petit Milton se proposa pour résoudre ce problème et enfourcha le cheval. Il revint une heure plus tard, annonçant que le propriétaire avait été retrouvé. Comment ? C'était très simple, il s'était contenté de maintenir le cheval sur la route, et celui-ci avait « trouvé le chemin tout seul ». Erickson utilisait volontiers cette anecdote comme une métaphore possible de la relation entre thérapeute et patient (Rosen, 1986). On imagine aisément tout ce que cette petite aventure exigeait de talent dans l'art de « conduire en suivant ».

Voici le récit d'une psychothérapie ayant utilisé l'hypnose comme approche principale³.

Cas clinique

Âgé d'une quarantaine d'années, père de deux garçons adolescents, cet homme souffrait d'un bégaiement grave, apparu à l'âge de huit ans et rebelle à tous les traitements suivis pendant des années (logopédie, psychothérapie analytique de trois ans, psychothérapie cognitiviste, psychopharmacothérapie). Convaincu que l'hypnose pourrait l'aider (il avait été témoin de speakers radiophoniques anciennement bègues et guéris par cette méthode), il m'avait été adressé par un confrère psychiatre pour une hypnothérapie. Ses troubles élocutoires le gênaient dans son métier de comptable (il était la risée de certains collègues et plus particulièrement de son chef, qui l'imitait parfois ouvertement devant tout le monde). À cette humiliation s'ajoutait celle de ne pas pouvoir affronter son épouse, une solide matrone au verbe haut, ou ses fils (qui ironisaient et se gaussaient de lui quand il se mêlait de les gronder). Son bégaiement était survenu à l'âge de huit ans, peu après la naissance d'un petit frère atteint d'arriération mentale congénitale, quand son père lui a dit que si ce frère était « débile », c'était à cause de sa turbulence à lui (le patient), et des agacements qu'il avait occasionnés à sa mère pendant la grossesse. Dans les jours suivants, il avait contracté une amygdalite infectieuse grave qui avait exigé son placement dans un sanatorium (éloignement de la famille

3. Ce texte a paru également dans l'ouvrage dirigé par Duruz & Gennart, consacré aux psychothérapies, dans un chapitre où il est plus spécifiquement question d'hypnose (Salem, 2002b).

vécu comme un rejet punitif). Inutile de dire que son agressivité naturelle avait été considérablement éteinte à cette occasion. Son comportement et ses propos caractérisaient un homme d'une grande finesse et d'une grande gentillesse, mais effroyablement bègue et anxieux.

Dans un premier temps, je m'étais contenté de recueillir son anamnèse, tout en observant attentivement son style relationnel et son comportement psychomoteur très agité et en établissant une alliance progressive (chose d'autant plus aisée qu'il m'a été immédiatement sympathique). Un premier essai d'hypnose (induction cénesthésique chez un expert en ping-pong, son sport favori), à la troisième rencontre, filmée en vidéo et révisonnée en commun, lui avait permis de vérifier qu'il ne bégayait pas en état de transe, ce qui l'avait beaucoup impressionné et avait bien entendu considérablement renforcé sa motivation à poursuivre dans cette voie (*ratification des ressources et de l'aptitude au changement*). Puis je lui ai demandé de me citer les insultes qu'il connaissait. Surpris, amusé, un peu gêné, il m'a énuméré quelques peccadilles des plus désuètes et des moins convaincantes (« vilain », « garnement », « méchant », « tadié » – variante édulcorée de « fada », etc.). Sur quoi je lui ai proposé de les noter sur une feuille de papier, tout en lui dictant quelques autres insultes, beaucoup plus corsées (qui l'ont fait rougir comme une jeune fille). Puis je lui ai demandé de les débiter quelquefois en état de transe hypnotique, ce qu'il a fait sans bégayer et que nous avons révisonné en commun sur la vidéo. Enfin, je lui ai enjoint de me téléphoner chaque mercredi soir pendant quelques semaines, à mon domicile, à 20 heures précises, en me débitant ces insultes d'une seule traite, sans se présenter ni me saluer (*approche assez directive, et certes des plus bizarres, mais stratégie pourtant indirecte, comme l'on s'en doute*). Nous nous rencontrions parallèlement chaque quinzaine à mon bureau, en poursuivant les séances d'hypnose au cours desquelles je valorisais ses aptitudes naturelles, connues et inconnues, et tout ce « qu'il savait sans savoir qu'il le savait » (recadrage de type *resources oriented*).

Ses premiers essais téléphoniques étaient maladroits et timides, mais nous riions volontiers de cette étrange prescription, comme d'un jeu mystérieux et drôlatique, une sorte de cérémonie bizarre mais curative, à laquelle nous avons décidé de nous livrer « en marge » de l'hypnothérapie, à titre « d'entraînement sportif » destiné à son appareil phonatoire et sa fonction élocutoire (*renforcement de l'alliance et recadrage de la relation thérapeutique comme un travail d'équipe, et non comme un traitement subi auprès d'un expert*). Au bout de quelques semaines, il observa qu'il bégayait moins, notamment face à son épouse et à ses enfants, comme en présence de quelques amis. Devant moi aussi, il bégayait moins. Quant à sa série d'insultes corsées, il la maîtrisait parfaitement et la débitait sans heurt en ma présence ou au téléphone du mercredi soir, comme une sorte d'incantation rituelle et libératrice. Ces progrès l'encourageaient beaucoup à accepter mes étranges suggestions, mais au travail comme lors de toute

rencontre sociale et publique, il bégayait encore, par phases, et parfois de façon aussi spectaculaire qu'avant.

Quelque huit mois après le début de l'hypnothérapie, un événement significatif se produisit qui devait modifier brusquement les choses. Alors que son chef se moquait une nouvelle fois de lui en le singeant dans son bégaiement, il s'est senti animé d'une colère neuve et inattendue, et lui a débité soudain, d'une seule traite, et calmement, la série d'insultes tant exercée sur ma personne. Ravi devant la mine médusée de son chef et de ses collègues, il a réitéré en ajoutant quelques autres insultes de son cru... Le lendemain, il était licencié de son poste, mais heureux, « viré, mais enfin libre », pour citer ses propres termes. Son bégaiement s'en trouva considérablement amélioré, malgré de petites récurrences selon les situations stressantes. Il retrouva du travail quatre mois plus tard.

La dernière phase de la thérapie, qui a duré quelques mois, mais avec des séances de plus en plus espacées (à un mois, puis à deux mois et à trois mois), consistait en réalité en parties frénétiques de ping-pong au sous-sol de mon cabinet. Je lui avais proposé de ne plus me payer d'honoraires pour ces rencontres, mais de m'apprendre quelques coups « bien vicelards » au ping-pong, ce qui fut fait (*ce « troc » achevait de le reconnaître comme un partenaire capable de m'apprendre à moi aussi quelque chose, et de ratifier sa qualité de « maître », et non « d'élève » seulement, autrement dit de quelqu'un qui sait se guérir*). Une règle du jeu consistait à nous insulter mutuellement, à forte et intelligible voix, à chaque coup marqué, ce dont nous ne nous privions guère, faisant preuve à qui mieux mieux d'inventions insoupçonnées en ce domaine.

Le bégaiement a totalement disparu (en deux ans en tout). Le patient avait retrouvé confiance en lui, faisait preuve d'une assez bonne affirmation dans les situations sociales, comme dans sa famille ou avec moi. Nous décidâmes de mettre un terme à la thérapie, mais pendant quelques années, il ne manqua jamais de m'écrire ses vœux pour Noël et la nouvelle année (sans insultes), en signant de son prénom, tout en maintenant le vouvoiement et en me donnant du « docteur » (sorte de *follow up* spontané et naturel, qui me permit de vérifier que la guérison était acquise à long terme).

L'art de la communication hypnothérapeutique

Le talent du thérapeute n'est pas réductible à un simple don, à une aptitude innée. Il se gagne aussi par l'apprentissage de certains procédés de communication spécifiquement hypnotiques, puis par l'expérience de l'hypnothérapie. Bien qu'il soit difficile de codifier et de comprendre tout ce qui se passe dans la relation hypnothérapeutique, certains procédés ont pu être identifiés comme superposables à une rhétorique de l'hypnose.

Avant d'en décrire les principaux, rappelons que le thérapeute a pour objectif, au cours de la transe, non pas de pétrifier le patient, mais bel et bien de le mobiliser en tous sens, de le « bousculer » (*bouncing and whirling*) dans ses routines, ses habitudes de pensée, ses cadres de référence inadéquats, pour permettre à sa créativité d'émerger (Erickson, Rossi et al., 1976). Par ailleurs, contrairement à un cliché qui a la vie dure, l'hypnothérapie n'accorde pas une grande importance à l'élucidation du problème du patient, ni à la connaissance approfondie de son passé et des événements qui seraient à l'origine de ses troubles actuels. L'orientation est faite de préférence sur le présent (ici et maintenant) et sur le futur, même dans l'application de la technique de régression en âge. Cela ne signifie pas bien entendu qu'il est malvenu de parler du passé ou que celui-ci n'a aucun intérêt. Mais la façon dont le thérapeute abordera ces questions avec le patient se fera toujours en partant de la situation actuelle et en y revenant, tout en envisageant les conséquences pour demain, les alternatives offertes par ce qui a été appris et ce qui pourrait encore être appris, etc.

Cette façon de travailler, pragmatique et existentielle, se démarque de bien des traditions psychothérapeutiques invitant le patient à se « pencher sur son passé » pour mieux « se comprendre ». En hypnothérapie, il n'est pas forcément nécessaire de se souvenir et de comprendre de façon logique et consciente : on peut le faire partiellement et laisser le gros de cette tâche à l'inconscient. Enfin, comme nous l'avons relevé plus haut à propos de l'idéologie de type *resources oriented*, le thérapeute s'intéressera davantage à la façon dont le patient a réussi à résoudre d'autres problèmes, aux apprentissages conscients et inconscients qui jalonnent sa vie, pour les utiliser ici et maintenant et les appliquer au problème actuel, ce qui correspondra à un nouvel apprentissage, et ainsi de suite. Même un changement minime peut suffire à ouvrir une nouvelle perspective, la petite amélioration gagnée fera boule de neige (Erickson, Rossi et al., 1976).

Les procédés rhétoriques habituels de la communication hypnothérapeutique constituent une « petite grammaire » dont nous pouvons maintenant passer en revue les principales règles (Yapko, 1990). Pourtant, comme en toute bonne grammaire, chacune de ces règles peut avoir des exceptions : l'art du thérapeute sera de les adapter à la personnalité du patient, au contexte actuel de la rencontre et au style de la relation qui s'est établie entre le patient et lui.

Utilisez des suggestions simples, faciles à suivre

En effet, plus l'instruction donnée par le biais de la suggestion est compliquée, plus le patient devra se connecter à son fonctionnement de type « cerveau gauche » pour l'analyser, et moins le « cerveau droit »

sera à l'œuvre. (Pourtant, dans certaines techniques de confusion, il est fréquent de donner des suggestions complexes, mais ces techniques sont utilisées de façon ciblée, par exemple pour approfondir une transe, ou auprès de certains patients auxquels elles conviennent particulièrement ; leur maniement exige une certaine habileté).

Utilisez le langage du patient

Parlez argot avec celui qui manie l'argot, parlez « pointu » avec celui qui parle « pointu », etc. Adaptez votre vocabulaire à celui du patient. S'il s'agit d'un citadin endurci, ne vous perdez pas en de longues métaphores champêtres, et vice et versa. S'il est ferblantier-appareilleur, choisissez les mots et les métaphores qui évoquent les tuyauteries ou les toits. S'il est économiste, maniez le « *cash flow* » et les cours de la Bourse, etc. (Pourtant, ce procédé est loin d'être infallible. Il peut par exemple être vécu par le patient comme une moquerie.)

Laissez le patient définir son monde (au lieu de le définir pour lui)

En effet, on sait que les mots ne sont pas seulement caractérisés par leur dénotation, mais par leurs connotations individuelles (la charge affective et symbolique liée à l'expérience personnelle). Donc, le fait d'utiliser les mêmes mots que le patient ne signifie pas que vous êtes en train de décrire la même expérience. Si le patient annonce qu'il est déprimé, vous pouvez soit, par tic professionnel, hocher la tête en disant « je vois », soit lui dire : « précisez mieux ce que vous voulez dire par déprimé ». Cette deuxième réponse lui permettra, en reformulant ce qu'il veut dire par « déprimé », d'élargir cette représentation, d'assouplir son vécu sur un mode plus nuancé, de le décomposer en ses parties (début de dissociation) et, avec l'aide du thérapeute, de la recadrer utilement.

Utilisez le temps présent et les tournures affirmatives

L'hypnothérapie, comme on l'a vu, a tendance à jeter des « passerelles » entre le présent et l'avenir (« tout en faisant l'expérience de ceci, vous pouvez commencer à faire l'expérience de cela »). L'usage du temps présent facilite l'installation de ce processus chez le patient, qui permet de relier ce qui se passe maintenant à ce qui sera plus tard. Par ailleurs, cette règle tient compte aussi de la tendance à l'interprétation littérale, caractéristique de la logique de la transe⁴. Les tournures négatives sont habituellement « filtrées » par l'inconscient, qui a tendance à retenir les

4. Voir chapitre 2.

mots qu'elles déniaient davantage que la négation. Ce phénomène est illustré par l'effet de la suggestion négative paradoxale (« ne pensez pas à un chat bleu »).

Utilisez des tournures encourageantes et valorisantes

Cette stratégie vise à aider le patient à retrouver confiance en ses compétences. Il s'agit donc d'un recadrage positif de ses comportements (même ses résistances sont approuvées en termes de conduites utiles). Le patient n'est pas réductible à ses comportements, et cette stratégie lui permet de se sentir valorisé dans la recherche d'alternatives neuves et mieux adaptées. Ainsi, à une patiente qui me disait « je suis définitivement grosse », il m'est arrivé de répondre « c'est bien, voilà une certitude à laquelle il fallait absolument parvenir pour commencer à envisager quelque chose de nouveau, ce sera notre point d'appui ».

Utilisez les mots qui flattent le canal sensoriel préférentiel du patient

Il ne suffit pas, après avoir repéré le canal sensoriel préférentiel du patient sur le système VAKOG, d'utiliser ce canal pendant l'induction seulement, mais à tout bout de champ, pendant la transe et hors de la transe. Cette stratégie est applicable dans un premier temps en tout cas. Par la suite, le thérapeute pourra plus aisément entraîner le patient vers un autre canal, en « traduisant » par exemple en langage cénesthésique le langage visuel initialement adapté à sa préférence sensorielle dominante, par le procédé d'enchaînement des suggestions que Bandler et Grinder (1975, 1982) ont appelé *pacing and leading* (outil n°12).

N'expliquez ni ne justifiez trop ce qui se passe ou doit se passer

La motivation du patient est moins sensible aux arguties (mode digital) qu'aux descriptions et narrations (mode analogique). Le vécu de la transe est caractérisé par une subjectivité intense, qui s'accommode mal d'explications logiques ou trop élaborées. En revanche, le recours à des images mentales, à des scènes de genre, à des métaphores, à des proverbes ou à des récits favorise sensiblement le processus inconscient en cours.

Laissez au patient le temps de répondre

L'état hypnotique provoque une certaine distorsion du temps comme nous l'avons déjà vu. L'horloge interne se modifie et influence le rythme de réaction et de réponses du patient (ce rythme n'est pas celui du

thérapeute). Le ralentissement est la règle (idéation et motricité plus lentes). Il convient d'en tenir compte, notamment à la terminaison de la transe (l'impatience du thérapeute qui pense à son patient suivant peut gâcher les bénéfices de la transe).

À ce propos, le lecteur peut consulter avec profit les travaux de John et Janet Edgette qui ont consacré un chapitre très intéressant de leur ouvrage à la question de la distorsion temporelle en hypnose (2001).

Signalez au patient vos intentions ou ce qui va se passer

Cette règle est surtout importante si le thérapeute s'apprête à toucher physiquement le patient (par exemple pour prendre son pouls, vérifier la catalepsie de son poignet, essuyer ses larmes, etc.). Si cette consigne n'est pas respectée, le risque est que l'intervention soit vécue comme une intrusion, tout en désorientant le focus d'attention vers l'extérieur, hors du « chantier » de la transe. Pour les mêmes raisons, le thérapeute peut également signaler au patient son intention de se déplacer dans la pièce, de répondre au téléphone, etc. Cette attitude permet au patient de se sentir davantage en confiance et en sécurité, donc d'oser expérimenter ce qu'il n'a habituellement pas la capacité d'expérimenter. Enfin, faire remarquer au patient ce qui se passe dans son corps (par exemple, inhibition du réflexe de déglutition, affaissement de la tête, lévitation de la main, ralentissement de la respiration, sourire esquissé, larmes, etc.) a un effet de ratification qui approfondit la transe et facilite le processus en cours.

Adaptez votre voix à ce qui se passe et à ce que vous voulez faciliter

Le canal paraverbal joue un rôle essentiel dans la communication hypnotique. Le fameux « ton monocorde » n'est pas toujours de circonstance dans l'induction. Au contraire, les nuances de la voix peuvent avoir un effet suggestif très puissant, bien davantage que la signification des mots. Ce ton hypnotique joue même un rôle d'ancrage auditif, qui pourra être réutilisé à la séance suivante en facilitant la réactivation du processus en cours (Bandler et Grinder, 1975 ; 1982). Chaque thérapeute a un style vocal particulier, qui peut varier d'un patient à l'autre, ou au fil du temps et de l'expérience. L'un joue d'une voix affirmée et pleine, l'autre se complaît dans un chuchotis de confessionnal, un autre encore adopte le timbre trémulant de la supplique, etc. Enfin, les variations subtiles du débit verbal jouent un rôle certain. Le simple fait de le ralentir à moment donné a un puissant effet hypnotique. L'ajustement de la cadence des phrases sur les mouvements respiratoires du patient est fréquemment et instinctivement pratiqué. Le fait de parler pendant

l'expirium du patient, en jouant sur les temps de pause a un effet d'approfondissement.

À cette dizaine de règles, on pourrait en ajouter deux autres.

Utilisez la rhétorique du « corps-sujet »

Elle consiste à décrire les phénomènes corporels observables chez le patient et/ou suggérés par le thérapeute comme se produisant d'eux-mêmes, et non en obéissant à la volonté du patient. Au lieu de dire : « vous allez peut-être fermer vos yeux », dites plutôt « vos yeux vont peut-être se fermer ». Ce procédé, on le devine aisément, facilite la dissociation. En outre, il recadre le corps comme étant doté d'une autonomie assez grande, de compétences propres (métaphore du savoir de l'inconscient et de l'aptitude naturelle à une évolution favorable).

Préférez les formulations « ouvertes » aux tournures « fermées »

Autrement dit, il faut éviter les suggestions trop univoques ou l'excès de détails. Il est préférable de rester dans les catégories de sens plus générales (au champ sémantique plus large). Au lieu de dire « votre main gauche va devenir chaude », dites « et je me demande laquelle de vos deux mains deviendra chaude en premier », ou bien (selon l'effet recherché), « et je me demande si votre main va devenir chaude ou froide », ou encore « je ne sais pas si ce sont vos pieds ou vos mains qui ressentiront des variations de température, à moins que ce soit le nez, ou les oreilles, etc. »

On s'en doute, il s'agit ici d'une grammaire « ouverte », le praticien pouvant imaginer, découvrir et expérimenter d'autres règles. Elles viendront enrichir son style propre de communication hypnothérapeutique. Ces styles de communication sont indéniablement un facteur significatif de l'efficacité du thérapeute, chacun ayant un impact différent sur la réceptivité du patient. Virginia Satir (1972) a identifié par exemple cinq *styles* caractéristiques, chacun dénotant une « posture interactionnelle » particulière :

- le style apaisant (*placating*), de type autosacrificiel, qui évite de se mettre en valeur, propre au thérapeute qui s'efforce d'être toujours « dans les bons papiers » du patient, autrement dit un *yes man*, un « béni-oui-oui » ;
- le style blâmeur (*blaming*), plutôt autoritaire et dominant, ayant tendance à « chercher la faute » et à ponctuer davantage sur les erreurs que sur les réussites ;
- le style rationnel (*computing*), toujours calme, maîtrisé et logique, ayant tendance à expliquer les choses, à les vouloir « claires », sans s'intéresser aux sentiments ;

- le style folâtre (*distracting*), souvent peu pertinent, inadapté à la situation, imprévisible et tangentiel, auquel il est difficile de s'ajuster ;
- le style à niveau (*leveling*), assez ouvert, mais obnubilé par l'idée d'atteindre un but valable, sans tenir compte de la personnalité du patient.

Aucun style n'est en soi meilleur qu'un autre. L'important, c'est la façon dont la « sauce va prendre » entre le thérapeute et le patient. Il convient toujours de s'adapter à la personnalité du patient, au contexte de la rencontre, au degré d'évolution de la relation thérapeutique, etc.

Voici, à présent, à titre de simple exemple clinique, le « verbatim » des propos que le thérapeute peut tenir au cours d'une séance d'hypnose assez classique⁵.

Cas clinique

Vérifiez d'abord que vous êtes bien installé dans ce fauteuil – oui, comme ça, c'est bien – et fixez un point devant vous, n'importe lequel, un peu au-dessus de la ligne d'horizon des yeux, vous y êtes, et maintenant, il n'y a rien de spécial à faire pour entrer en transe, il suffit d'attendre, en fixant tranquillement ce point, en laissant votre regard se perdre en lui, comme il se perdait dans le mouvement des vagues, pendant vos dernières vacances d'été, aux Cornouailles, ou dans les brisants au pied de la falaise, il suffit d'attendre que vos yeux aient envie de se fermer, vous le sentirez vous-même au moment où le point fixé deviendra flou, ou bien quand vos yeux se mettront à picoter, à larmoyer, et que vos paupières se mettront à cligner en devenant lourdes, je vous laisse découvrir ces sensations vous-même en laissant vos yeux se fermer d'eux-mêmes, sans le moindre effort – et s'ils préfèrent rester ouverts, ça n'a pas d'importance, laissez-les faire.

Vous pouvez aussi vérifier d'autres sensations anodines, le contact du fauteuil dans votre dos, celui des accoudoirs sous vos bras, celui de vos semelles contre le sol, bref, n'importe quelle sensation peut devenir intéressante et capter votre attention, et vous pourrez augmenter votre confort en cherchant une meilleure position, oui, comme ça, je vois que vos muscles se détendent, que vos yeux se ferment, que votre respiration ralentit son rythme, vous l'avez sûrement remarqué vous-même, sinon, vous pouvez vérifier maintenant que vos bronches sifflent moins que tout à l'heure, et que ce n'est pas une si mauvaise idée de laisser votre corps calmer lui-même les crises d'asthme, au lieu de ne compter que sur votre spray bronchodilatateur, il suffit de le laisser faire, ce corps, de lui faire confiance, car il est beaucoup plus intelligent que vous et moi, vous savez, et même plus intelligent que tous les livres de médecine, c'est ça, vous

5. Ce texte est paru la première fois à Lausanne dans *Le Nouveau Quotidien* du 29 novembre 1994.

vous y prenez très bien, vos joues et vos lèvres deviennent moins bleues, presque roses, et vos ongles aussi, c'est un bon signe.

Et maintenant, peut-être sentez-vous dans les mains cette petite sensation de chaleur et de fourmillement que nous autres médecins appelons des paresthésies, si c'est le cas, ça signifie que l'irrigation sanguine afflue à la périphérie, et que vous êtes dans une transe légère, mas si ce n'est pas encore le cas, ça n'a pas d'importance, laissez faire votre corps, et quand les paresthésies seront là, peut-être qu'un de vos doigts bougera un peu pour me le faire savoir, je ne sais quel doigt, un doigt de la main droite ou un doigt de la main gauche, peut-être l'index, ou le pouce, ou le majeur, ou l'annulaire, ou même le petit doigt, laissez vos mains décider elles-mêmes, comme si vous n'étiez que le passager de votre corps et non le capitaine, ça peut paraître bizarre, mais c'est ainsi, tiens, je vois que votre index gauche bouge un peu, c'est bien.

Maintenant qu'est franchie cette « deuxième porte » de la transe, vous pouvez, si ça vous chante, laisser s'approfondir cette transe, en explorant d'autres sensations, même contradictoires, légèreté et lourdeur à la fois, chaleur et fraîcheur, et aussi l'impression paradoxale d'être en même temps très concentré, lucide, et distrait, comme endormi, ou bien de vous sentir curieux et indifférent à la fois, c'est un peu bizarre, mais c'est intéressant, il se peut d'ailleurs que vous ne m'écoutez plus que d'une oreille, que des images surgissent sur l'écran de vos paupières, comme pour s'associer à vos sensations, et tout cela sans perdre conscience de votre rythme respiratoire, en réalisant comment ces mouvements respiratoires s'accompagnent de « visions internes », par exemple la vision de l'air, cet air riche en oxygène, qui pénètre vos narines, votre trachée, vos bronches, pour se répartir, généreusement, équitablement, dans les milliers d'alvéoles de vos poumons.

Et vous pouvez avoir conscience non seulement de ce rythme, mais d'autres rythmes autour de vous, rythmes subtils et profonds, rythmes de vie, omniprésents dans la nature, le balancement des grands arbres dans le vent, la danse des nuages dans le ciel, leurs formes improbables, visages lointains, anges voyageurs, caravanes oubliées, ou même l'ondoiement doré des champs de blé dans le soleil d'été, les éclats de lumière dans les feuillages, la valse lente des marées, le cycle de l'eau dans le ciel, avec ses orages et ses pluies, ses glaciers et ses rivières, ses fleuves qui vont vers l'océan – comme les oiseaux migrateurs vont vers le Sud à l'heure dite, le jour dit, comme les baleines se laissent attirer par la chaleur du Gulf Stream, comme les tortues du Golfe du Mexique nagent vers les sables du Pôle Nord, en été, pour y faire éclore leurs œufs, tout cela, vous le savez sans le savoir, et votre corps, lui, le sait, comme il sait dilater naturellement vos bronches et soulager votre asthme en cet instant, comme il se souviendra de le faire à chaque début de crise.

Le début

L'intervention thérapeutique peut être ponctuelle et à court terme, ou durable, à moyen ou long terme. L'hypnose connaît de multiples applications. Elle peut aller d'une simple pratique « en passant » à un processus élaboré sur une longue période (que les séances soient régulières ou irrégulières). Un de mes amis pédiatres utilise fréquemment de petites techniques hypnotiques avec les enfants ou leurs familles. Lorsqu'il doit faire une injection dans la cuisse d'un gamin, il imprime sur celle-ci la silhouette d'un éléphant vu de dos au moyen d'un tampon encreur, puis il demande à l'enfant s'il doit piquer l'éléphant dans la fesse droite ou gauche. L'enfant fait son choix, et après l'injection (qui n'a provoqué aucune douleur, l'enfant étant plongé dans une transe-express), le pédiatre lui demande si l'éléphant a eu mal. La réponse est presque invariablement non. À un couple lui amenant un enfant insomniaque, il prescrit d'acheter un poisson rouge au petit. Celui-ci l'aura dans sa chambre et devra le surveiller à l'heure du coucher, en s'efforçant de ne pas s'endormir avant le poisson...

Dans les interventions hypnothérapeutiques brèves, on peut ranger nombre d'applications du même genre, visant par exemple à soulager momentanément une douleur, à faciliter le changement d'un pansement, à calmer une dyspnée ou une tachycardie, à apaiser des démangeaisons, à faciliter un déplacement pénible dans un lit ou entre le fauteuil et le lit, à aider à supporter un examen radiologique difficile, à faire venir le sommeil, à maîtriser un état d'agitation, etc. Ces interventions ne nécessitent pas du reste d'être présentées comme de l'hypnose. Il est même préférable d'éviter ce mot, si le contexte ne justifie pas l'établissement d'un lien significatif. Nombre de médecins de toutes spécialités, mais aussi d'infirmiers, de physiothérapeutes, de puéricultrices, d'éducateurs et autres paramédicaux peuvent en tirer un parti bénéfique pour les personnes dont ils ont la charge.

En revanche, dans les hypnothérapies plus élaborées et de durée plus longue (traitement d'une phobie, de crises de panique, d'une boulimie, de troubles obsessionnels-compulsifs, d'un syndrome douloureux chronique, etc.), un processus assez complexe et plus délicat s'installe, qui comporte des étapes clés et un « cadre » (*setting*) qui implique le respect d'un ensemble de règles. Dès la première rencontre s'établissent les règles conscientes (et inconscientes) de la relation hypnothérapeutique. Le thérapeute doit y être très attentif et veiller sur leur évolution au fil des étapes du traitement.

La première étape, au moment de la demande, consiste à clarifier l'opinion du patient au sujet de l'hypnose (attention aux effets des médias). Trop de gens s'imaginent que l'hypnose est « quelque chose qu'on leur fait » plutôt que « quelque chose qu'ils font eux-mêmes ».

Ils sont convaincus qu'ils vont perdre leur contrôle et être contraints d'obéir en tous points à l'hypnotiseur. Ils pensent que leur état de conscience sera sévèrement altéré, comme sous l'effet d'une drogue, et craignent parfois de ne pas être capables de « revenir » d'un tel état. D'autres sont convaincus que l'état hypnotique est toujours suivi d'une amnésie circonstancielle. Un certain nombre partagent l'idée reçue que seules les personnes faibles de caractère sont aptes à être hypnotisées, et que l'hypnose ébranle le libre arbitre et la volonté du sujet. Ces opinions ne sont pas uniquement dues aux ragots ou aux informations superficielles colportées par certains médias : rappelons-nous que les mesméristes et les premiers hypnotiseurs le croyaient eux-mêmes dur comme fer. L'attitude du thérapeute consistera dans un premier temps à démystifier l'hypnose, du moins autant que faire se peut (une certaine part de mystère étant toujours secrètement préférée par le patient, et étant d'ailleurs toujours d'actualité).

Il va de soi qu'une évaluation du problème actuel s'accompagne d'une appréciation de la personnalité du patient, de son contexte de vie (familial, social, professionnel), de son histoire et de sa santé générale (anamnèse), du réseau d'intervenants engagés actuellement dans son problème, des essais thérapeutiques éventuels tentés auparavant ou encore en cours. Selon la gravité du problème, s'il convient de compléter l'information en prenant contact avec d'autres acteurs significatifs (soignants, membres de la famille), il ne faut pas hésiter à le faire (avec l'accord du patient, bien entendu) et à s'accorder éventuellement avec eux sur l'indication et le rôle de l'hypnothérapie. Cette forme d'accordage global, d'alliance initiale ne se limite donc pas à la personne du patient, mais tient compte des influences de son contexte de vie. En outre, le thérapeute s'efforcera de saisir quelques caractéristiques culturelles du patient, ses convictions, ses croyances, ses préjugés, ses craintes ou espoirs, ses expériences significatives, etc. Bref, tout cela au même titre que pour n'importe quelle psychothérapie digne de ce nom.

Une attention particulière sera offerte aux convictions liées à l'hypnose et aux attentes personnelles du patient quant à ses effets. Tout cela permettra de faire un diagnostic de la situation actuelle et une hypothèse psychodynamique, ce qui apportera un éclairage utile à l'indication ou à la contre-indication. La décision prise, le thérapeute reformulera le problème au patient, en lui faisant sentir qu'il est compris et accepté, tout en introduisant une perspective de changement par un recadrage qui souligne implicitement la compétence du patient. C'est alors que pourra se sceller le pacte thérapeutique, dans un esprit et un langage adaptés au style de la relation qui est en train de se mettre en place, en définissant un projet commun, les rôles mutuels, les délais et rythmes des rencontres, les conditions techniques (honoraires, assurances, collaboration avec d'autres thérapeutes, etc.). Tout cela paraît

compliqué. Tout cela est compliqué. Ce qui ne signifie pas obligatoirement un processus long et laborieux, puisqu'avec un peu d'expérience, il est possible de le faire dès la première séance.

Ces phases, représentées dans l'encadré 5.1, ne constituent en aucune façon une séquence rigide, elles s'interpénètrent et s'articulent de façon naturelle (et non dans le style *check-list*) au fil de la première consultation, selon le contexte de la demande, la spécialité du thérapeute (psychiatre, médecin-dentiste, psychologue, etc.), les conditions de la rencontre (urgence ou non, milieu hospitalier, institutionnel ou privé, etc.).

Encadré 5.1

Phases et paramètres du début d'une hypnothérapie

Demande du patient

- Formulation de son problème ;
- formulation de ses attentes vis-à-vis de l'hypnothérapeute.

Contexte de la demande

- Sur le plan diachronique ou historique (anamnèse) ;
- sur le plan synchronique ou actuel (écosystème).

Essais antérieurs, solutions tentées ou obtenues

- Par le patient lui-même, par son environnement naturel (famille, proches, etc.) ;
- par des soignants (médecins, psychologues, etc.).

Croyances du patient à propos de l'hypnose

- Convictions personnelles, préjugés, lectures, fantasmes, craintes et espoirs ;
- expériences faites par lui-même ou témoignages récoltés auprès de tiers.

Objectif et pacte

- Reformulation du problème au patient (compréhension, acceptation) ;
- suggestion d'une perspective de changement (compétence du patient) ;
- éclaircissements sur l'hypnothérapie ;
- définition d'un projet (compétences mutuelles, délais, rythmes, honoraires).

Premier essai (tranche)

- Au cours de la première rencontre ;
- lors d'une rencontre ultérieure.

Références

- Balken J. (1997), Communication personnelle.
 Bandler R., Grinder J. (1982), *Les secrets de la communication*. Le Jour.
 Bandler R., Grinder J. (1975). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson*. Vol. 1, Meta Publications, Cupertino.

- Bateson G. (1981), Communication. In : *La Nouvelle communication*. Paris, Seuil.
- Cheng F. (1991), *Vide et plein. Le langage pictural chinois*. Paris, Seuil.
- Duruz N., Gennart M. (sous la direction de) (2002), *Traité de psychothérapie comparée*. Genève/Paris, Médecine et Hygiène.
- Edgette J. et J. (2001), *Manuel des phénomènes hypnotiques en psychothérapie*. Bruxelles, Satas, p. 99-115.
- Erickson M., Rossi E., Rossi S. (1976), *Hypnotic realities*. New York, Irvington.
- Freud A. (1946), *The psychoanalytic treatment of children*. London, Imago.
- Gilligan S. (1985), Generative autonomy. Principles for an Ericksonian hypnotherapy. In : *Ericksonian psychotherapy*. Zeig éd., Vol. I : Structures. New York, Brunner Mazel.
- Godin J. (1992), *La nouvelle hypnose. Vocabulaire, principes, méthodes*. Paris, Albin Michel.
- Ricoeur P. (1990), *Soi-même comme un autre*. Paris, Ed. Gallimard.
- Rosen S. (1986), *Ma voix t'accompagnera. Milton H. Erickson raconte*. Paris, Hommes et Groupes éditeurs.
- Salem G. (1997), Du plausible au réel : les recadrages de l'hypnose. *Hypnose*, n°VII, 13-20.
- Salem G. (2009a), *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris, Masson, 5^e édition.
- Satir V. (1972), *Peoplemaking*. Palo Alto, Science and Behavior Books.
- Sifneos P. (1977), *Psychothérapie brève et crise émotionnelle*. Bruxelles, Pierre Mardaga.
- Yapko D.M. (1990), *Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York, Brunner & Mazel.

CHAPITRE 6

Indications, contre-indications, objections

G. Salem

*« La santé est un état
qui ne présage rien de bon. »*

Max Jacob

Le rapport santé/pathologie est l'un des plus flous et des plus ambigus qui soient. La seule définition de la santé peut être abordée sous des points de vue complètement différents. Le chirurgien Leriche disait que c'est « le silence des organes ». L'Organisation mondiale de la santé a prétendu qu'il s'agissait d'un « état de complet bien-être physique, mental et social ». On s'aperçoit aujourd'hui que les choses sont loin d'être aussi simples : être malade, ce n'est pas forcément une anomalie. Cela fait partie du processus même de la vie (mourir aussi, du reste). Dès lors, la question des indications et contre-indications d'un traitement peut également être examinée sous divers points de vue. L'hypnose est-elle en soi réellement « bonne » ou « mauvaise » ? Sa valeur ou sa dangerosité ne dépend-elle pas de qui l'utilise et à qui elle est appliquée ? Ferait-elle davantage de bien ou de mal selon que la personne est saine ou malade ? Et si l'on tient compte de la personnalité du patient, de son histoire, de sa culture, de son contexte actuel, à qui conviendrait-elle le mieux, à qui serait-elle interdite ?

Qu'elle soit l'objet de blâme ou de culte, l'hypnose vérifie tous les jours son utilité dans maintes situations cliniques (bénignes, moyennes ou sévères). Loin d'être une panacée, elle est parfois très efficace, parfois moins efficace, parfois pas du tout efficace. Nous parlons ici évidemment de l'hypnothérapie, méthode de soins utilisée consciemment par un thérapeute, et non de ces petits événements hypnotiques subliminaux

qui caractérisent la relation du soin sous toutes ses formes – sans que ni le soignant ni le patient n’y prêtent attention. En effet, après en avoir étudié les principales caractéristiques, force est d’admettre que des phénomènes hypnotiques sont souvent présents en toute relation thérapeutique, à des degrés divers. Or, personne ne semble s’inquiéter des bienfaits ou méfaits de ce type d’hypnose involontaire et si répandue. En poursuivant ce raisonnement, nous pourrions déduire que la question de l’indication de l’hypnose ne se pose pas tant qu’elle est utilisée involontairement, alors que cette question se pose dès l’instant où elle devient délibérée... Donc, du moment où je veux consciemment hypnotiser, je risque de commettre davantage d’erreurs ou de « dégâts » que lorsque j’hypnotise inconsciemment. Étrange logique, en vérité.

Ce qui rend l’hypnose bénéfique, maléfique ou insignifiante, ne dépend pas d’une échelle rigide d’indications et de contre-indications, mais de la spécificité de la situation avant tout. Autrement dit, chez tel patient psychotique, cette approche sera complètement inappropriée, chez tel autre patient souffrant pourtant de la même psychose, elle sera un levier de changement très bénéfique. Cela ne dépend donc pas forcément de la maladie, mais de la personnalité du patient, de celle du thérapeute, de la qualité de leur accordage, de leurs compétences respectives, du contexte immédiat, etc. Cela dit, en tenant compte de la relativité des indications, il n’est pas inutile de faire ici une rapide revue des situations cliniques dans lesquelles l’hypnothérapie est indiquée.

Indications

La palette de troubles cliniques auxquels l’hypnose peut être appliquée avec une certaine efficacité est plutôt large. Elle va des troubles du sommeil à la verrue, en passant par le stress, les troubles anxieux ou phobiques, la dépression, les obsessions, les syndromes post-traumatiques (PTSD), les troubles psychosomatiques, les douleurs rebelles, les perturbations du comportement alimentaire, le tabagisme et autres syndromes de dépendance, etc. De fait, l’hypnose peut s’avérer utile en n’importe quelle condition où une intervention psychologique est requise (Rhue, Lynn et al., 1994).

Le recours à l’hypnose – et plus particulièrement à l’autohypnose comme moyen pédagogique – est recommandé pour permettre au sujet d’avoir une action positive sur sa santé et pour apprendre à se relaxer en se sentant en pleine possession de ses moyens physiques¹. C’est à ce titre que cette méthode a été appliquée en vue de préparer des individus

1. Pourtant, la relaxation n’est qu’un aspect très accessoire de l’hypnose, contrairement au cliché qui amène nombre de thérapeutes à recommander au patient de commencer par se relaxer et se détendre.

sains – athlètes, étudiants, alpinistes – à un effort physique ou nerveux particulièrement éprouvant. Dans cette même ligne, il convient de rappeler que l'hypnose peut aider un certain nombre de personnes à vaincre leur dépendance (alcoolisme, drogues, tabagisme).

On a également observé que l'hypnose facilite une maîtrise consciente des fonctions autonomes, d'où son utilité pour beaucoup de troubles fonctionnels (tendance pathologique à rougir, troubles du rythme cardiaque, perte d'appétit, boulimie, sudations excessives, envies fréquentes de déféquer et d'uriner sans cause pathologique identifiable). L'une des applications les plus importantes de l'hypnose est sa contribution au traitement des troubles psychosomatiques (réactions pathologiques de l'organisme à un état émotionnel, par exemple l'asthme, les migraines, certaines affections dermatologiques, l'ulcère gastro-duodéal, l'hypertension artérielle, etc. [Rossi et David, 1991]).

L'hypnose s'est également avérée efficace à des fins antalgiques et anesthésiques (préparation à l'accouchement, interventions chirurgicales telles que l'extraction dentaire, la mastectomie, certaines interventions gynécologiques, la thyroïdectomie, les douleurs chroniques, les brûlures, la névralgie du trijumeau, les stades terminaux du cancer, etc.). Elle constitue un moyen élégant de calmer l'anxiété et le stress en maintes situations hospitalières : changer un pansement, déplacer un malade handicapé ou douloureux, apaiser une dyspnée ou une tachycardie paroxystique, préparer à une intervention, améliorer la qualité d'éveil après une narcose, faire participer activement un enfant à son traitement anticancéreux, etc. En obstétrique, en pédiatrie, en gériatrie, en orthopédie, en odonto-stomatologie, elle peut améliorer la qualité des soins et de la relation thérapeutique.

Un espoir pour les graves brûlés ? On sait bien que la douleur est une expérience particulièrement dramatique à vivre dans les brûlures graves. Même avec de fortes doses d'opiacés les patients endurent souvent le martyre. Une récente recherche clinique, conduite à Lausanne, au CHUV², par une équipe interdisciplinaire, a mis l'accent sur l'impact de l'hypnose sur l'intensité des douleurs, l'anxiété, l'évolution clinique et les coûts thérapeutiques. Le collectif de patients étudié réunissait des patients âgés de 18 ans et plus, hospitalisés dans le service des brûlés pour une période supérieure à 24 heures, et qui acceptaient de se prêter à un protocole standardisé d'hypnose. La douleur était évaluée à tout bout de champ au moyen d'une échelle analogique visuelle (VAS : Visual Analog Scale), en même temps qu'étaient enregistrées les doses d'opiacés prescrites selon les règles en vigueur. Les données cliniques, mais

2. Berger M.M., Davadant M., Marin Ch., Wasserfallen J.B., Pinget Ch., Maravic Ph., et al. (2010), Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns* n° 36, p. 639–646.

économiques aussi, étaient notées à partir des graphiques et des diagrammes hospitaliers courants. Les patients traités étaient appariés selon l'âge, le sexe et la surface brûlée.

Sur les quarante patients admis dans le service des brûlés en 2006 et 2007, 17 ne répondaient pas à tous les critères exigés, ce qui laissait un collectif de 23 patients, tous appariés à un groupe de contrôle du même nombre. L'âge moyen était de 36 ± 14 ans, et la surface brûlée de 27 ± 15 % BSA³. La première séance d'hypnose était pratiquée en moyenne après 9 jours. Les résultats montraient un abaissement rapide des doses d'opiacés administrés, le score des douleurs diminuant au même titre que l'anxiété liée aux manœuvres. On observait aussi moins d'interventions sous anesthésie, moins de recours aux greffes, une diminution du coût hospitalier par patient, sans oublier des bénéfices psychologiques significatifs pour les patients (bien meilleure implication du patient dans le traitement).

Comme la transe permet d'extérioriser plus aisément sentiments et souvenirs refoulés, la technique hypnotique peut s'avérer un complément utile à n'importe quelle forme de traitement psychologique ou psychiatrique (ne serait-ce par exemple que pour augmenter la qualité de l'alliance thérapeutique), quand elle n'est pas exclusivement appliquée en tant qu'hypnothérapie. La provocation d'une abréaction peut amener un patient souffrant de symptômes de conversion hystérique (paralysie, cécité, mutisme) à revivre une expérience traumatisante sous hypnose et à le faire réagir de façon cathartique à des sentiments réfrénés jusque-là, ce qui est suivi de la disparition momentanée ou définitive des symptômes. Certains troubles élocutoires (bégaiement) peuvent guérir de façon rapide et parfois spectaculaire (comme nous l'avons vu au chapitre 5, dans la vignette illustrant l'hypnothérapie d'un bègue). En sexologie, le vaginisme, l'impuissance, l'éjaculation précoce sont souvent de bonnes indications à cette approche.

Il importe évidemment de toujours évaluer la nature des attentes du patient quant à l'hypnose. Comment la considère-t-il ? Cure magique ? Voie royale vers l'inconscient ? Fenêtre sur le passé ? Tente-t-il de fuir la confrontation du dialogue thérapeutique en se réfugiant dans une attitude « passive » ? Il est possible, au cours d'une séance d'hypnose, d'apprendre beaucoup de choses sur l'ambivalence et les résistances du patient, sur ses aptitudes refoulées, sa capacité fantasmatique, sa méfiance ou sa confiance envers le thérapeute, ses besoins, ses désirs et craintes vis-à-vis du traitement. L'art de saisir et d'utiliser ces données dépend de l'expérience et des compétences du thérapeute (meilleure garantie de l'hypnose [Erickson, 1980]).

Le tableau 6.1 offre une brève récapitulation des indications courantes.

3. BSA : *Body Surface Area*.

TABLEAU 6.1. Indications courantes de l'hypnothérapie

<i>Psychiatrie</i>	Dépansions, troubles névrotiques, en particulier phobies, névroses d'angoisse et névroses post-traumatiques, les PTSD (<i>post-traumatic stress disorders</i>), toxicomanies, alcoolisme, troubles du sommeil et du comportement alimentaire, troubles de la mémoire et de la concentration, complément à une psychothérapie, forme de psychothérapie, etc.
<i>Psychosomatique</i>	Douleurs rebelles diverses, migraines, gastrites et ulcères gastro-duodénaux, angor, dyspnées fonctionnelles, etc.
<i>Médecine interne</i>	Certains troubles allergiques (psoriasis, asthme, rhinites allergiques, eczémas, etc.), pathologie du stress et de la douleur.
<i>Oncologie</i>	Contrôle de la douleur, contrôle des effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie tels que nausées, vomissements, stomatites, etc., accompagnement psychologique du malade pendant la maladie ou en phase terminale.
<i>Rhumatologie</i>	Contrôle de la douleur, travail sur les bénéfices secondaires, sur le processus inflammatoire, diminution de la médication, des effets secondaires, etc.
<i>Chirurgie</i>	Préparation à l'intervention chirurgicale, anesthésie locale ou locorégionale, contrôle du saignement, contrôle postopératoire de la douleur, augmentation de la qualité et de la vitesse de cicatrisation, diminution du séjour hospitalier, facilité du changement de pansements (par exemple : traitement des grands brûlés), en urgence (réduction de fractures et de luxations, sutures, débridement de plaies, kystes et petite chirurgie, endoscopies, bronchoscopies, colonoscopies, prélèvements en vue d'un examen histologique, etc.)
<i>Médecine dentaire</i>	Contrôle de la douleur et de la peur des soins, contrôle du saignement, bruxisme, tolérance aux prothèses, etc.
<i>Sexologie</i>	Impuissance, frigidité, douleurs.
<i>Gynécologie Obstétrique</i>	Préparation à l'accouchement.

Contre-indications

Indications et contre-indications dépendent avant tout de la relation de confiance entre patient et soignant, et de l'expérience clinique du praticien (bien davantage que de son habileté technique). De ce fait, la plus importante contre-indication est l'incompétence du thérapeute. Les autres contre-indications habituelles sont : les patients psychotiques en phase aiguë, la paranoïa, les enfants de moins de trois ans (sic), les arriérations mentales (relatif).

On sait que le contexte hypnotique facilite l'expression de sentiments et de pensées qui ne se seraient peut-être pas exprimés autrement en psychothérapie. Cependant, si le thérapeute n'est pas formé et entraîné à faire face à une abréaction affective violente, il vaut mieux éviter les techniques qui favorisent les fortes régressions (que ces techniques soient hypnotiques ou non). Il est également sage de reporter à plus tard l'hypnose, ou d'y renoncer en présence de patients borderline ou pathologiquement dissociés, la régression et les modifications des perceptions corporelles pouvant les déstabiliser gravement. La plus grande précaution est de rigueur avec les patients passionnément décidés à explorer leur passé traumatique, à la recherche de l'abus supposé ou réel. Si le thérapeute n'est pas suffisamment expérimenté, l'élaboration de faux souvenirs est un risque à ne pas sous-estimer (Loftus, 1981, 1993, 1996 ; Yapko, 1990).

La question de l'indication ou de la contre-indication spécifique de l'hypnothérapie a été très largement débattue par nombre d'auteurs expérimentés, non sans de fortes controverses. Nous suggérons de consulter avec profit l'ouvrage récent consacré à l'hypnose médicale et publié à Paris sous la direction de Jean-Marc Benhaiem, dont la deuxième partie regroupe un ensemble d'applications thérapeutiques diversifiées (2003) ; ou le livre encore plus récent réalisé sous la direction d'Antoine Bioy et de Didier Michaux (2007), explorant les mêmes questions.

Perspectives

On peut aisément imaginer un emploi beaucoup plus fréquent de l'hypnose en milieu hospitalier : consultation interdisciplinaire de la douleur, consultation du stress, diminution du nombre d'anesthésies générales. Les bénéfices d'une telle évolution, outre l'amélioration du confort du patient, se vérifieraient aussi par une probable atténuation des coûts de la santé (raccourcissement de la durée du séjour, diminution de la prescription médicamenteuse, comme cela a été démontré dans l'étude lausannoise consacrée aux brûlés graves⁴).

Pour prendre un autre exemple hospitalier, de plus en plus de femmes demandent un accouchement sous hypnose. Ces femmes ont par exemple une contre-indication de péridurale, ou bien elles souhaitent trouver des moyens de maîtriser le stress, de contrôler la douleur ou l'anxiété liées à l'accouchement. Au cours de quelques séances d'initiation, elles apprennent à entrer en transe, à activer un lieu de sécurité intime, qui leur permet de rester calmes et coopératives avec l'équipe de la salle d'accouchement. Enfin, les séances d'hypnose sont remboursées par la sécurité sociale au même titre que les autres soins prénataux ou périnataux.

4. Voir plus haut, dans ce même chapitre, la description de cette étude sous *Indications*.

En psychothérapie également, un des bénéfices certains de l'hypnose est d'abrégé le traitement, avec la diminution du coût du traitement qui s'ensuit. D'une manière générale, nous sommes tentés de voir en l'hypnose une métadiscipline plutôt qu'une spécialité parmi d'autres, tant elle s'avère opportuniste, ubiquitaire, maniable, aisément intégrable dans nombre de processus thérapeutiques, de la salle d'attente du généraliste ou du pédiatre au divan du psychanalyste. C'est dans la diversité des écoles et des applications cliniques qu'elle connaîtra de féconds développements, et non comme une discipline en soi.

Une des perspectives de recherche qui semble prometteuse reste l'éthologie cognitive, connectée aux neurosciences (neuroéthologie), et plus précisément la neuro-éthologie sensorielle. Cette perspective nous paraît particulièrement intéressante lorsqu'elle porte l'accent sur les mécanismes de *facilitation sociale* (*effet d'audience* et *effet de coaction*)⁵, à condition de ne pas s'en tenir à une perspective individuelle (comme c'est le cas des sciences cognitives), mais de prendre en compte en même temps les stratégies de communication et l'influence du contexte (aspect systémique).

Objections courantes

Nombre de recherches ont permis une compréhension plus fine de ce qui se passe dans l'état hypnotique. On sait aujourd'hui qu'un tel état n'est pas relié au sommeil, qu'il est produit par le sujet plutôt que par le thérapeute (qui agit comme un catalyseur), que les sujets conservent le contrôle de leur comportement, qu'ils sont conscients de l'environnement et peuvent suivre les événements se déroulant hors du flux suggestionnel (Lynn, Rhue et al., 1990 ; Lynn, Weekes et al., 1989). On sait aussi que l'amnésie spontanée est relativement rare et qu'on peut l'éviter en avisant le patient qu'il pourra se remémorer tout ce qu'il lui sera plaisant de conserver de la séance (Simon et Salzberg, 1985).

Compte tenu de ces données, il est loisible de répondre à quelques objections ou craintes courantes à propos des effets de l'hypnose.

Je ne serai pas au courant ni conscient de ce qui va se passer.

Le sujet reste conscient, conservant pendant la transe une posture « d'observateur » qui « assiste » à ce qui lui arrive (sensations, modifications de perception, visualisations de scènes diverses, souvenirs anciens, scénarios possibles d'avenir, émotions plus ou moins fortes, idées inédites, etc.). Il peut aussi, avec le concours du thérapeute, infléchir le cours de la transe dans telle ou telle direction. Deborah Ross a pour coutume de dire à ce

5. Voir au chapitre 10, sous Processus de l'intervention hypnotique en thérapie de famille.

propos que le sujet en état hypnotique est « à la fois conscient et inconscient », et que la partie consciente observe la partie inconsciente. Elle ajoute volontiers, d'une façon imagée : « Pour moi, il y a toujours deux patients sur la même chaise, et il faut traiter les deux. » En ce sens, le thérapeute s'efforce précisément de tenir deux discours en même temps, l'un adressé au conscient, et l'autre portant sur le discours lui-même (métadiscours), qui est adressé à l'inconscient.

Je serai sous l'emprise de l'hypnotiseur, il fera de moi ce qu'il voudra.

Le patient conserve, pendant la transe, la maîtrise de ses comportements, il ne perd ni ses facultés habituelles de choix, ni son aptitude à interrompre l'expérience à chaque instant. Tout en étant certes influencé par le thérapeute, il identifie aisément cette influence et se l'approprie de bon gré. L'hypnose ne favorise en aucune façon un quelconque assujettissement (pas plus qu'une autre forme de psychothérapie ou de communication humaine).

Je peux perdre la raison si l'on m'hypnotise.

Ce risque n'est réel qu'auprès de patients sévèrement perturbés, souffrant notamment de troubles de la personnalité (borderline de niveau inférieur) ou de troubles psychotiques (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, etc.). Ceux-ci constituent l'une des contre-indications de l'hypnose, sauf si le thérapeute est expérimenté, familier de ce genre de pathologie et s'il a une solide relation de confiance avec son patient.

Je vais découvrir des problèmes cachés en moi, ou revivre des scènes désagréables ou traumatisantes.

L'hypnothérapie ericksonienne est orientée en priorité sur les ressources du patient et non sur ses problèmes. Elle considère l'inconscient avant tout comme un réservoir de ressources positives, sans nier la part de conflits intrapsychiques qu'il recèle. En ce sens, elle se démarque de la démarche psychanalytique et de la conception freudienne univoque d'un inconscient en forme de « boîte de Pandore ». Il est possible que des scènes pénibles soit vécues en hypnose, mais cela a précisément une fonction thérapeutique (libération cathartique, recadrage, réassimilation maîtrisée, etc.). La tâche du thérapeute consiste à aider le patient à résoudre ses problèmes, en aucune façon à les lui faire revivre dans un esprit « d'enquêteur »⁶.

6. Notamment par la soi-disant « vérification » d'un abus sexuel subi dans l'enfance (les données surgissant pendant la transe ne constituant en effet en aucune façon une « preuve » de ce qui s'est passé).

Je ne pourrai pas entrer en transe. Je ne suis pas hypnotisable. On a déjà essayé avec moi et ça n'a pas marché.

Tout le monde est hypnotisable. Les notions d'hypnotisabilité et de suggestibilité sont peu significatives aux yeux de l'hypnothérapie contemporaine. Ce qui importe, c'est le désir d'essayer, la curiosité, et surtout une relation de confiance avec le thérapeute. L'habileté de celui-ci fait le reste.

Il me faut une transe bien profonde pour résoudre vraiment mon problème.

Il suffit d'une transe légère pour expérimenter tous les phénomènes de l'hypnose et pour obtenir un changement thérapeutique. La transe profonde est rarement indispensable.

L'hypnose remplace un problème par un autre ; elle ne résout rien en profondeur.

C'est une objection courante chez les psychothérapeutes qui méconnaissent les acquisitions et expérimentations contemporaines de l'hypnose ou qui restent fixés sur les assertions aberrantes (et peu sincères) de Freud à ce sujet. Ce type de défiance cache parfois une forme de crainte, si ce n'est une rivalité vis-à-vis des praticiens d'une méthode moins longue, moins coûteuse, souvent plus efficace dans quantité de troubles psychopathologiques courants. Enfin, l'hypnose ne provoque en aucune façon des symptômes de substitution, sauf si le thérapeute n'est pas au bénéfice d'une formation sérieuse et sans expérience clinique suffisante.

Références

- Benhaiem J.M. et al. *L'hypnose médicale*. Med-Line, Paris, 2003.
- Bioy A, Michaux D. (2007), *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*. Paris, Dunod.
- Erickson M.H. (1980), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*. New York, Irvington.
- Loftus E.F. (1981, 1996), *Eyewitness testimony*. Cambridge, London, Harvard University Press.
- Loftus E.F. (1993), *The reality of repressed memories*. *American Psychologist*, n°48, 518-537.
- Lynn S.J., Rhue J.W., Weekes J.R. (1990), Hypnotic involuntariness : a social-cognitive analysis. *Psychological Review*, n°97, 169-184.
- Lynn S.J., Weekes J.R., Minalo M.J. (1989), Reality versus suggestion : pseudomemory in hypnotizable and stimulating subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, n°98, 137-144.

- Rhue J.W., Lynn S.J., Kirsch I. (1994), *Handbook of clinical hypnosis*. Washington, American Psychological Association.
- Rossi E.L., David N. (1991), *The 20 minute break, Using the new science of ultradian rhythms*. Los Angeles, Jeremy P. Tarcher.
- Simon M.J., Salzberg H.C. (1985), The effect of manipulating expectancies on posthypnotic amnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, n°33, 40-51.
- Yapko D.M. (1990), *Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York, Brunner & Mazel.

PARTIE II

**Petite boîte à outils
de l'hypnothérapeute**

Préambule

G. Salem

Cette partie du livre regroupe un ensemble de principes, de stratégies et de techniques thérapeutiques qui ne peuvent être réellement maîtrisés sans connaître et tenir pour acquis le contenu des chapitres précédents. Il s'agit ici de l'aspect le plus pragmatique de l'hypnothérapie, en quelque sorte sa « trousse » ou sa « boîte à outils ». Dans un but à la fois didactique et pratique, chacun de ces « outils » est présenté de façon concise et simple, sans toutes les nuances habituellement requises en la matière, ni les développements détaillés qui auraient été souhaitables pour certains d'entre eux. Mais enfin, une trousse n'est qu'une trousse, et une boîte à outils n'est pas un arsenal. La lecture des chapitres précédents permettra au lecteur de trouver les prolongements théoriques nécessaires, eux-mêmes renvoyant à une abondante bibliographie en fin de volume.

Comme l'on s'en doute, les outils proposés ci-après au praticien sont loin d'épuiser l'ensemble très riche et très complexe des procédés hypnothérapeutiques utilisables aujourd'hui par les cliniciens. Pourtant, ils ont l'avantage de décrire les stratégies les plus courantes et qui nous paraissent les plus intéressantes, les plus éprouvées ou les plus efficaces. La progression choisie va des techniques les plus simples aux procédures les plus élaborées. Pour faciliter le renvoi d'une rubrique à une autre, chaque outil porte un numéro.

Une première série d'outils (1 à 7) aidera le praticien en particulier lors de la phase initiale de l'hypnothérapie. Une deuxième série (8 à 12) met l'accent sur les divers types de suggestions, et prépare assez bien le terrain aux développements de la troisième série consacrée aux inductions et à leurs variantes (13 à 22). La quatrième série (23 à 27) regroupe quelques procédés courants de l'hypnose conversationnelle, elle est suivie d'un ensemble de stratégies un peu plus complexes (28 à 33). Deux rubriques (34 et 35) traitent succinctement de l'autohypnose. Enfin, la dernière rubrique n'est pas classable et peut concerner tous les outils présentés auparavant.

Bien entendu, une telle progression est arbitraire et il serait envisageable d'organiser cette « boîte à outils » autrement. Le lecteur aura compris que l'intérêt de cette présentation atomisée est de permettre d'articuler aisément chaque outil avec d'autres outils, à plusieurs niveaux logiques. Enfin, la plupart des rubriques comportent des exemples d'application clinique. Simples fragments prélevés dans nos consultations ou dans les cours donnés aux élèves, ils n'ont pas d'autre prétention que d'illustrer la technique présentée, pour en faciliter la compréhension et l'utilisation.

CHAPITRE 7

36 outils

G. Salem

Outil 1 : Orienter l'attitude du thérapeute

Adaptation du thérapeute au patient

L'hypnothérapie est une science du singulier¹. Il n'existe pas à nos yeux de méthode psychothérapeutique applicable sans distinction à n'importe quel patient, car aucun patient n'est vraiment réductible à des grilles d'analyse communes, sous peine de perdre de l'information. Chaque traitement hypnotique est une aventure différente, adaptée au problème du patient, à sa souffrance, à sa personnalité, à son arrière-plan historique et culturel, à sa constellation familiale, à sa situation existentielle, au style de sa demande, au style de relation qui s'ébauche entre lui et le thérapeute (voir aussi l'outil n° 5). L'hypnothérapie ne s'accommode en aucune façon de l'esprit dogmatique et de la langue de bois. Ceci devrait d'ailleurs être le cas de toute psychothérapie, aucune ne devrait dépendre d'une seule théorie (Bateson : « Deux descriptions valent mieux qu'une »).

En ce sens, l'hypnothérapie constitue une approche éclectique, puisant dans plusieurs courants d'idées des éléments théoriques ou techniques dont la valeur est éprouvée, en refusant toute allégeance à un seul modèle. On peut dire qu'il s'agit d'une approche qui doit rester flexible, et même opportuniste, ou encore en *lacet de bottine*². L'hypnothérapeute

-
1. Par singulier, entendons ici qu'il ne s'agit pas d'une méthode thérapeutique protocolée au point d'être applicable de la même façon à chaque patient, mais qu'elle doit être « sur mesure », personnalisée pour chacun. En outre, la singularité ne signifie pas forcément l'individu seul, elle peut s'élargir au couple ou à la famille lorsqu'on les considère comme des entités (perspective systémique).
 2. Soit en *bootstrap*, formule épistémologique proposée par Geoffrey Chew, du laboratoire de physique de Berkeley en Californie, à la fin des années 60, pour décrire une approche puisant des concepts utiles dans des modèles conceptuels différents ou même étrangers les uns aux autres (point de vue téléologique, parcours « en zigzag » vers l'objectif à atteindre).

n'est pas un « spécialiste », mais un « thérapeute généraliste », qui s'adapte d'abord à son patient et ne le couche pas sur un lit de Procuste. Il fait selon nous partie de la catégorie des *allround psychotherapists*, comme les Anglo-saxons les désignent (Duruz, 1994).

Quand le patient me confie et me montre sa souffrance, ce n'est pas d'abord à une méthode que je dois me référer, mais au patient. Il importe que je puisse m'identifier un peu à lui, pratiquer un peu son langage, sans perdre de vue mon rôle et ma réserve de thérapeute. Il importe aussi que je puisse reconnaître ce qui va bien en lui, ses ressources, ses aptitudes évidentes ou cachées. Il va de soi enfin que je dois d'abord honorer la confiance qu'il place en moi, au lieu d'appliquer aveuglément un « protocole thérapeutique ». Et n'oublions pas qu'il faut que je sache le confier à un autre thérapeute, si celui-ci est plus approprié que moi pour atteindre l'objectif espéré – quitte à travailler au besoin en co-thérapie.

Accent mis sur les ressources conscientes et inconscientes du patient

« Il y a des choses que tu sais et tu ne sais pas que tu les sais », disait souvent Erickson, définition comme une autre du fonctionnement inconscient. Ce fonctionnement inconscient est indispensable à la survie et à l'orientation dans la moindre tâche quotidienne. Il n'est pas réductible à un « ennemi » potentiel, appelé à nous jouer des tours plus ou moins pendables (perspective dominante du concept freudien de « l'inconscient »). Il est aussi un allié qui nous « rend service » à chaque instant. Innombrables sont les tâches que notre esprit et notre organisme savent accomplir de façon inconsciente.

On peut distinguer deux degrés de fonctionnement inconscient : le degré qui relève de l'inné et de l'arc réflexe (physiologie respiratoire, cardio-circulatoire, digestive, et aussi une partie du fonctionnement cognitif et émotionnel), et le degré qui relève de l'acquis, des événements de vie, des expériences et des apprentissages successifs (souvent conscients et inconscients à la fois) : comme les automatismes acquis pour conduire une automobile, nager, aller à bicyclette, écrire, lire, raisonner, danser, chanter, jouer d'un instrument, exprimer ses sentiments, etc.

L'hypnothérapeute prend en compte aussi bien le fonctionnement conscient du patient que les deux degrés de son fonctionnement inconscient (autrement dit, il le considère « corps et âme »). Un de ses rôles consiste à mobiliser le fonctionnement inconscient du patient, de sorte à mettre en évidence ses ressources tout en le surprenant à son propre sujet³. Cette expérience aidera le patient à avoir davantage confiance en

3. Effet heuristique de la transe hypnotique (voir chapitre 5).

lui, tout en nourrissant l'espoir d'aller mieux – en veillant bien entendu à ne pas lui nuire (*primum non nocere*). L'activation des fonctionnements inconscients du patient stimule sa faculté d'apprendre et de trouver des solutions nouvelles. Ceci ne veut pas dire qu'il faut à tout prix élucider le problème, « décoder l'inconscient », parvenir à « l'eureka qui guérit ». Contrairement à un cliché, il n'est guère indispensable de rendre intelligible et conscient au patient le soubassement de son problème pour qu'il aille mieux (« *insight* »). Au contraire, il s'agit ici de « confier le travail à l'inconscient ».

L'identité, comme les capacités évolutives d'une personne, ne sont jamais superposables à celles d'une autre personne. De même, les moyens d'« entrer en contact » avec la partie inconsciente ne sont pas identiques pour tout le monde. Enfin, pour la même personne, ces moyens diffèrent selon les circonstances, le lieu, l'âge, les disponibilités, le degré de réceptivité, etc. Aucune personne n'est « toujours la même personne » (Henri Michaux écrivait qu'« il n'y a pas un moi, mais des milliers de moi », dans sa postface à *Plume*).

Tout ceci exige du thérapeute une bonne maîtrise de la communication verbale et non verbale, une formation professionnelle éprouvée (pas seulement technique, mais psychologique et éthique) et, aussi, un peu d'inventivité (en vue d'élargir l'éventail de l'action thérapeutique, l'horizon de la compréhension de l'homme, de ses dilemmes, de ses possibilités). La donnée principale du travail hypnothérapeutique est l'établissement d'un climat dissociatif, visant à favoriser une interaction novatrice et bénéfique entre les fonctionnements conscient et inconscient du patient. Ce climat dissociatif ne s'obtient pas forcément par le recours à une induction « classique », mais peut être facilité à tout instant par le style de communication entre thérapeute et patient (hypnose conversationnelle, voir les outils n° 23-27).

Le suivi hypnothérapeutique du patient bègue, décrit au chapitre 5, illustre assez bien les principes exposés dans cette première rubrique : évaluation commune du problème, alliance à caractère ludique, confiance dans les ressources du patient (mise en valeur de ses talents au ping-pong et « inversion partielle des rôles » avec le thérapeute), adaptation des suggestions à sa personnalité (ritournelle des insultes pour renforcer de façon caricaturale sa capacité de s'affirmer face à autrui), valorisation de chaque changement, etc.

Outil 2 : Démystifier l'hypnose, définir ce qu'elle est ou n'est pas

Lorsque l'usage de l'hypnose est explicite, il convient que le thérapeute explore dans un premier temps la façon dont le patient se représente l'hypnose, et de l'aider à démystifier cette pratique. Il peut recourir à un

certain nombre d'arguments pertinents et rappeler, par exemple, que l'hypnose n'est pas du sommeil, que c'est un état de veille particulier, favorisant l'interaction entre fonctionnement conscient et inconscient. Elle est produite par le sujet plutôt que par le thérapeute (qui reste un catalyseur, un « co-équipier », un « compagnon de route », et non magicien doté de pouvoirs spéciaux). Le sujet conserve le contrôle de ses comportements et ne se trouve pas sous l'emprise du thérapeute, même s'il accepte que celui-ci exerce son influence sur lui. Il reste conscient de son environnement, peut continuer à suivre et à « monitorer » tout événement qui se place hors du cadre des suggestions.

L'hypnose n'est pas une enquête à la Sherlock Holmes, elle ne permet ni un « voyage dans les vies antérieures » ni une redécouverte infaillible d'événements passés dans l'enfance. L'hypnose ne rend pas « fou ». Elle peut parfois favoriser la décompensation des structures de personnalité fragiles ou souffrant de troubles mentaux sévères (psychoses), raison pour laquelle le thérapeute doit savoir faire la part des indications et des contre-indications. Il est possible que des scènes pénibles soient vécues en hypnose, mais cela a une fonction thérapeutique (libération cathartique, réappropriation maîtrisée, etc.).

La notion d'hypnotisabilité évoquée par certains auteurs est un concept désuet, il n'y a pas de gens plus hypnotisables que d'autres. Ce qui importe, c'est le désir d'essayer, la curiosité et, surtout, une relation de confiance avec le thérapeute.

En outre, il n'est pas nécessaire d'être dans une « transe très profonde » pour expérimenter tous les phénomènes de l'hypnose et pour obtenir un changement thérapeutique. Une transe légère suffit la plupart du temps. Enfin, il n'est pas vrai que l'hypnose « remplace un problème par un autre » (du moins avec un thérapeute expérimenté). Or ce préjugé semble faire long feu chez maints psychothérapeutes qui se défient encore d'elle et n'hésitent pas à la discréditer.

Ces définitions et ces démystifications n'évacuent pas pour autant le mystère de ce qui se passe au cours d'une hypnothérapie (comme au cours de bien d'autres formes de psychothérapie). On ne soigne pas quelqu'un en lui assénant des certitudes, mais en l'aidant à craindre moins l'incertitude – et même à en tirer parti.

Dans le suivi thérapeutique décrit à la fin du chapitre 4, la patiente kosovare souffrant d'une hémiplégie hystérique est stupéfaite de voir son corps se remettre en mouvement après plus de trois ans d'immobilisme. Elle ne comprend pas les raisons pour lesquelles un tel changement peut survenir en si peu de temps, aucun éclaircissement logique de ses symptômes n'ayant été donné par le thérapeute. Tout au plus celui-ci se contente-t-il de croire en ses ressources à elle, et l'encourage-t-il à faire elle aussi confiance à son corps et à permettre à sa « partie saine » de soigner sa « partie malade ». Ce mystère ne sera pas explicité plus

tard non plus, et la patiente ne s'en préoccupera guère : elle a appris à tolérer l'incertitude et à composer avec sa maladie en faisant simplement confiance à ses talents cachés, en résonance avec la confiance qui régnait dans la relation thérapeutique.

Outil 3 : Évaluation du patient

- Explorer la demande et la démarche actuelle du patient :
 - attentes personnelles ;
 - attentes de l'entourage ;
 - espoirs, réticences, craintes quant à un changement significatif.
- Situer cette démarche dans un double contexte :
 - diachronique ou historique (anamnèse actuelle, personnelle et familiale) ;
 - synchronique ou actuel (système familial du patient, données socio-culturelles).
- S'informer sur les essais thérapeutiques antérieurs et éventuellement en cours, les solutions tentées ou obtenues.
- Interroger le patient sur ses croyances à propos de l'hypnose : (voir outil n° 2)⁴
 - convictions personnelles, préjugés, fantasmes, craintes, espoirs ;
 - expériences faites par lui-même, témoignages de tiers.
- Observer et apprécier la personnalité du patient :
 - âge, sexe, habitus, tempérament, état de santé, aptitudes, résistances ;
 - fonctionnement cognitif (intelligence, pensée, jugement, orientation aux trois modes, langage, mémoire ;
 - faculté d'abstraction, de synthèse, d'analyse, de concentration, d'attention) ;
 - fonctionnement affectif (humeur, capacité fantasmatique et imaginative, degré de curiosité et de motivation, style d'engagement dans la relation, façon de se voir et de se traiter soi-même, capacité d'implication, etc.) ;
 - symptômes cliniques éventuels (somatiques et psychiques), degré de conscience morbide ;
 - profil sensoriel (VAKOG, outil n° 6).
- Informations sur l'environnement :
 - conflits familiaux ou non ;
 - conflits professionnels ou non ;
 - situation économique et sociale ;
 - types de conduite sociale et leurs effets en retour ;
 - pressions et délais actuels.

4. Voir aussi au chapitre 6, la rubrique « Objections courantes ».

- Interaction avec le thérapeute :
 - style conversationnel : conventionnel, redondant, « plaqué », ou spontané, improvisé, participatif ; qualité de partage du focus ; difficulté ou aisance élocutoire ; ponctuations gestuelles (*hand-waving*), mimiques, vocales ;
 - discours non verbal et paraverbal : type de contact oculaire⁵, mimiques ou postures en écho, gestualité, motricité, rythmes et ponctuations, ajustement proxémique⁶, fermeture/ouverture du corps, modulations vocales, etc. ;
 - style d'accordage affectif : contact chaleureux ou froid, ouvert ou méfiant, défaitiste ou quérulent, passif ou actif, hautain ou béni-oui-oui, tendance à la symétrie ou à la complémentarité, etc.⁷ ;
 - tonalité de l'ajustement éthique avec le thérapeute, tendance à l'instrumentation ou au respect, modalité *Je-Tu* ou *Je-Ça* selon Buber, etc.

De telles exigences pourraient donner l'impression que l'évaluation est un processus laborieux et plutôt pesant, qui ôte de la légèreté et de la vivacité à la démarche de l'hypnothérapeute. En réalité, toutes ces données peuvent être rapidement évaluées, comme en passant, au fil des échanges avec le patient, pas seulement au travers de ce qu'il *dit*, mais de ce qu'il *montre* aussi au thérapeute (délibérément ou à son insu).

L'observation attentive du comportement corporel du patient dévoile beaucoup de sa personnalité. Milton Erickson était un fin détecteur de signaux non verbaux, son œuvre abonde en exemples de cet art de l'observation. Rappelons par ailleurs que Charcot, lui aussi, accordait une grande importance à la sagacité visuelle de l'hypnothérapeute. Suivi en cela par ses disciples, il croquait volontiers ses patients, leurs mimiques, leurs gestes et postures – attestant en même temps de son talent de dessinateur (voir l'excellent livre que Catherine Bouchara consacré à ce sujet, au fil de ses recherches à la Salpêtrière : *Voir et transmettre*. Jean-Martin Charcot, à paraître).

-
5. Pour le détail, les études neuroscientifiques et éthologiques indiquent qu'à deux mètres de distance, les interlocuteurs se regardent l'un l'autre pendant environ 60 % du temps (avec de grandes différences individuelles), et les contacts oculaires occupent environ 30 % du temps. Les regards dirigés vers l'autre consistent en coups d'œil de 1 à 5 secondes, et la rencontre des regards dure environ une seconde. Chaque coup d'œil se décompose à son tour en un certain nombre de fixations de 0,3 seconde sur différentes parties du visage (yeux et bouche surtout), fixations reliées par des mouvements de saccade, et l'ensemble se répète de manière cyclique.
 6. En psychologie sociale, la *proxémie* désigne la distance physique entre des sujets en interaction (concept créé par l'anthropologue américain Edward Hall, en 1963). Dans les pays latins : sphère intime : 15-45 cm, sphère personnelle : 45-120 cm, sphère sociale : 120-360 cm, sphère publique : > 360 cm).
 7. Voir aussi plus haut, les styles de communication décrits naguère par Virginia Satir, rappelés au chapitre 5 (section « L'art de la communication thérapeutique »).

Outil 4 : Le cadre

Le cadre (*setting*) désigne le contexte dans lequel le thérapeute rencontre et traite le patient. Ce contexte détermine des conditions qui peuvent influencer significativement le comportement du patient et du thérapeute, comme leur relation thérapeutique. Les implications sont différentes selon que le traitement est ambulatoire ou hospitalier.

Les *contextes ambulatoires* sont variés : cabinet privé, dispensaire, policlinique, service médico-pédagogique, centre de conseil conjugal ou de planning familial, service pour adolescents, centre psychosocial, centre de crise, centre de psychogériatrie, consultation spécialisée (sexologie, alcoolisme, toxicomanie), etc. Leur caractéristique commune est d'assurer, outre des traitements ambulatoires, une stratégie de prévention ou de postcure. Le patient conserve davantage d'autonomie et de libre arbitre qu'à l'hôpital, ce qui implique une nécessaire motivation de sa part pour le projet thérapeutique. Le thérapeute dispose, quant à lui, d'une marge de manœuvre plus restreinte qu'à l'hôpital par rapport aux risques (par exemple si le stress est élevé, si l'intervention doit être plus rapide ou s'il faut prendre en compte des risques de suicide). En revanche, il est plus aisé, dans un contexte ambulatoire, de se référer à la liberté du pacte thérapeutique pour motiver le patient à s'impliquer dans le traitement. Par exemple, le recours stratégique à la position basse (*one-down*⁸) permet parfois au thérapeute de recadrer le problème en mettant l'accent sur l'engagement du patient. Si une telle proposition est acceptée, l'implication du patient devient optimale (lorsqu'il s'agit d'un enfant, la motivation du système familial à collaborer avec le thérapeute est un facteur capital).

Dans les *contextes hospitaliers*, l'hypnose s'avère efficace en premier lieu à des fins antalgiques et anesthésiques (préparation à l'accouchement, interventions chirurgicales telles que mastectomie, certaines interventions gynécologiques, thyroïdectomie, douleurs chroniques, brûlures, névralgie du trijumeau, stades terminaux du cancer, etc.). C'est également une méthode éprouvée pour calmer l'anxiété et le stress en maintes situations : changer un pansement, déplacer un malade handicapé ou douloureux, apaiser une dyspnée ou une tachycardie, préparer une intervention pénible, améliorer la qualité d'éveil après une narcose, accompagner un patient dans son traitement anticancéreux, etc. En obstétrique, en pédiatrie, en gériatrie, en orthopédie, en odonto-stomatologie, elle peut améliorer la qualité des soins et de la relation avec les soignants. L'hypnothérapie confirme également son utilité en maints domaines psychiatriques : interventions de crise, maîtrise d'une agitation psychomotrice, abréactions affectives thérapeutiques, prévention des rechutes,

8. Voir chapitre 3 sur communication et hypnose.

remotivation des patients à long séjour, etc. En milieu hospitalier, il est essentiel d'établir une bonne coordination entre les soignants, en définissant des règles communes que chacun s'engagera à respecter (répartition des compétences et des rôles).

Un autre aspect du cadre est l'ensemble des conventions explicites ou tacites qui se mettent en place, entre thérapeute et patient, dès la première rencontre, sur un plan conscient comme sur un plan inconscient (il incombe au thérapeute de rester toujours attentif à ces deux plans). Comment est définie la relation ? Comment sont explicitées la « mission » du thérapeute, la participation du patient, les tâches mutuelles ? Quel sera le rythme des rencontres ? Quelles seront les autres personnes impliquées dans le projet thérapeutique (médecin de famille, pédiatre, spécialistes divers, intervenants sociaux, etc.) ? Quels sont les délais à respecter ou convenus ? Quels seront les honoraires et la participation de l'assurance-maladie ? À quels signes objectifs l'amélioration sera-t-elle entérinée de part et d'autre ?

D'emblée, l'hypnothérapie se distingue d'autres méthodes thérapeutiques par la priorité qu'elle accorde d'un seul tenant au fonctionnement inconscient et aux ressources du patient. (De plus amples développements concernant cette question sont traités au chapitre 8, sous la plume d'Eric Bonvin).

Outil 5 : Stratégies d'ajustement

*Comprendre, c'est mimer le mouvement
intentionnel de l'autre.*

Jeanne Hersch, L'étonnement philosophique.

L'hypnothérapie est inconcevable sans un accord complet de la part du patient. Cette adhésion n'est pas toujours spontanée ou adéquate, le patient étant souvent sujet à des croyances, à des préjugés, à des craintes ou à des illusions que le thérapeute devra forcément recadrer avec toute la pertinence requise – tout en veillant à ne pas discréditer le patient dans ses motivations parfois naïves. Cela signifie que le thérapeute « accepte » d'abord le patient tel qu'il est, et non tel qu'il « devrait être ». Milton Erickson enjoignait toujours à ses élèves de respecter et d'accepter la manière dont le patient se représentait son problème, avant de l'utiliser dans la stratégie thérapeutique (*accepting & utilizing*, devenu *pacing & leading* chez Bandler and Grinder, 1975, 1982) (voir aussi outil n°12). Ce souci d'accordage au mouvement intentionnel du patient est d'une importance capitale pour le succès du traitement ; il devrait du reste être maintenu tout au long de la thérapie.

Les conditions permettant de mener à bien une telle entreprise dépendent de plusieurs facteurs, énumérés ci-après.

Intégrité du thérapeute

Ce facteur de nature éthique se passe de commentaires oiseux. Il va de soi que le thérapeute doit être guidé par les intérêts du patient, par sa souffrance, ses limites, ses ressources naturelles conscientes et inconscientes, sa santé, son bien-être, sa qualité de vie, la confiance et l'espoir qu'il place en lui. La forme d'attention et d'écoute qu'il offrira au patient, son aptitude à ne jamais blâmer personne (même si le patient l'y incite en se plaignant de quelqu'un), sa façon de s'impliquer, la sincérité de sa confiance dans les ressources naturelles du patient, son respect enfin, sont autant de « paramètres » significatifs.

Ici, le thérapeute ne cherche en aucune façon à « manipuler » le patient, à le « gagner à sa cause », en brandissant la bannière de son épistémologie personnelle. Si l'on se réfère à la pensée du philosophe Martin Buber, le thérapeute ne se trouve pas dans un rapport de type *Je-Ça* avec le patient, mais dans rapport de type *Je-Tu*. (Buber, 1969). À cette condition seulement, il devient fiable aux yeux du patient.

L'alliance thérapeutique

Comme en toute psychothérapie ou traitement médical dignes de ce nom, l'hypnothérapie exige une haute qualité de confiance de la part du patient (et ce en dépit – ou à cause – d'éventuelles expériences thérapeutiques antérieures décevantes, ou de la méfiance personnelle du patient due à ses troubles psychopathologiques). Il est évident que le comportement du thérapeute jouera un rôle déterminant dans l'instauration de cette alliance. Ceci exige non seulement un engagement sincère du thérapeute (comme mentionné ci-dessus), mais aussi un savoir-faire qui permet de mettre en confiance le patient et de gagner son adhésion au projet thérapeutique. Ce *know how* dépend autant du talent communicatif naturel du thérapeute, de sa personnalité, de son style, que de son degré de maîtrise des stratégies d'ajustement.

Techniques d'ajustement

Il s'agit d'un ensemble de tactiques de communication favorisant l'adhésion du patient et l'établissement de l'alliance thérapeutique. Ces procédés de type mimétique, apparentés les uns aux autres, ont été mis au point initialement par les spécialistes du courant systémique. Citons par exemple le *joining* (« jonction ») du thérapeute avec le style transactionnel du patient, méthode qui consiste à imiter (à peu près) le patient dans son langage, sa gestualité, ses postures ; ou le *tracking* (« filature »), qui consiste à le « conduire en suivant », ceci en adoptant le style symbolique

et culturel du patient et en le « devançant » dans certaines de ses réactions⁹ (Salem, 2009a).

En règle générale, les techniques d'ajustement consistent d'abord à *accepter* le style d'expression et de comportement du patient, en le *ratifiant* sur le plan verbal, paraverbal et non verbal. Ce comportement interactionnel « en miroir » (*mirroring*) a d'abord été étudié en éthologie (par exemple la fameuse « posture en écho », qui consiste à synchroniser son attitude avec celle de l'interlocuteur). Plus récemment, la découverte des neurones-miroirs (Iacobini, 2009) a permis de confirmer ce processus d'ajustement mimétique dans les stratégies instinctives d'accordage (processus que les cognitivo-comportementalistes appellent encore *modeling*).

En jargon hypnothérapique, le terme anglais de *matching* désigne la façon dont le thérapeute s'efforce d'adopter les mêmes postures, les mêmes rythmes, les mêmes tics, les mêmes expressions vocales ou verbales du patient. Quant au concept d'*accordage affectif*, proposé par Daniel Stern à propos de la communication avec le bébé, et exploré par d'autres chercheurs dans maintes autres constellations intersubjectives, il consiste à « retraduire » au partenaire, dans une autre modalité, le message qu'il a transmis, de sorte à lui faire sentir que « je sais qu'il sait que je sais » (Fivaz-Depeursinge, 1993 ; Stern, 1989).

Une technique quelque peu « manipulatrice » est la *séquence d'approbation* (ou *yes set*, outil n° 8). Un autre procédé d'ajustement mutuel encore est la *ratification*, ou mise en exergue des *feedback* du patient pendant la séance (commentaires verbaux ou réponses idéomotrices « validant » ce que le patient exprime).

Appelé à faire une démonstration d'hypnose lors d'un séminaire dans un hôpital psychiatrique du sud-est chinois (Suzhou), je me suis vu confier un patient bipolaire, en phase maniaque. Mes collègues voulaient découvrir comment je m'y prendrais pour calmer son état d'excitation. L'homme ne tenait pas en place et parlait d'abondance, riait ou pleurait à tout bout de champ, agitait beaucoup les mains, mais semblait impressionné par cette visite d'un médecin étranger. Le médecin qui servait d'interprète m'expliqua que le patient avait de graves soucis familiaux (un fils aîné qui « tournait mal » depuis quelque temps et avait été arrêté par la police). Après avoir été présenté au patient, je lui ai dit que moi aussi j'avais un fils, et que je pourrais dans les mêmes circonstances me sentir aussi préoccupé que lui l'était par le sien. Puis je lui ai fait comprendre que j'ignorais si la meilleure façon de trouver une bonne attitude de père envers un fils consistait à bouger comme lui

9. Ce procédé rappelle un peu l'histoire du cheval d'Erickson (voir le chapitre 5, consacré à l'hypnothérapie, notamment la section consacrée à *La relation entre patient et thérapeute*).

ou à me tenir immobile, et que j'étais prêt à explorer cela avec son concours. Tout en lui parlant par le truchement de l'interprète, je levais et m'asseyais en même temps que lui, j'agitais les mains ou les tritourais comme lui, tortillais mes cheveux entre les doigts, à peu près au même rythme. Soudain attentif à mon manège, le patient parut intrigué, ce qui eut pour effet de ralentir son tempo – et le mien, en miroir. Et une douzaine de minutes plus tard, nous nous retrouvâmes tranquillement assis à nous sourire et à nous décrire mutuellement les membres de nos deux familles.

Outil 6 : Le VAKOG¹⁰ (valences sensorielles)

Une voie d'accès fréquente à l'état hypnotique est la stimulation répétée d'un canal sensoriel (induction). Toute personne dispose naturellement de plusieurs canaux sensoriels sélectifs, fonctionnant à la façon de véritables « valences », percevant de manière préférentielle l'environnement immédiat et les relations humaines. Ainsi, certaines personnes se sentent plutôt dans un rapport de type visuel au monde, d'autres dans un rapport de type auditif, d'autres dans un rapport de type cénesthésique, ou olfactif-gustatif.

La façon la plus simple de parvenir à ce type de « diagnostic sensoriel » sur l'échelle VAKOG consiste à s'entretenir avec le patient sur ses activités quotidiennes, ses habitudes, ses loisirs, sa façon préférée de se détendre ou de se distraire, en repérant au passage les canaux sensoriels privilégiés par lui. Quelle est la première chose qu'il fait en se réveillant ? Comment se relaxe-t-il en rentrant du travail ? Écoute-t-il volontiers de la musique ? Aime-t-il à faire quelques pas ou à prendre un bain ? Préfère-t-il regarder la télévision ou lire ?

Ce faisant, le thérapeute prête attention au style de vocabulaire du patient, aux locutions et métaphores qu'il utilise consciemment ou inconsciemment, et qui constituent autant d'indices quant à son profil sensoriel (« je vois ce que vous voulez dire », « j'entends que », « qu'entendez-vous par là ? », « je ne peux pas le sentir », « il me gonfle », « j'en ai plein le dos », « je suis dégoûté », « cette histoire pue », etc.).

En outre, certains mouvements instinctifs des yeux, comme dans la figure 7.1., seraient une bonne indication de ces valences sensorielles, selon Bandler et Grinder (2005).

Une jeune patiente consultant pour des troubles du sommeil, associés à des crises d'angoisse, nous décrit sa façon d'y faire face et quelques-unes de ses habitudes. La seule chose qui l'apaise assez efficacement, c'est d'écouter de la musique en prenant un bain chaud, qui l'« enveloppe »

10. VAKOG : visuel-auditif-cé(ki)nesthésique-olfactif-gustatif.

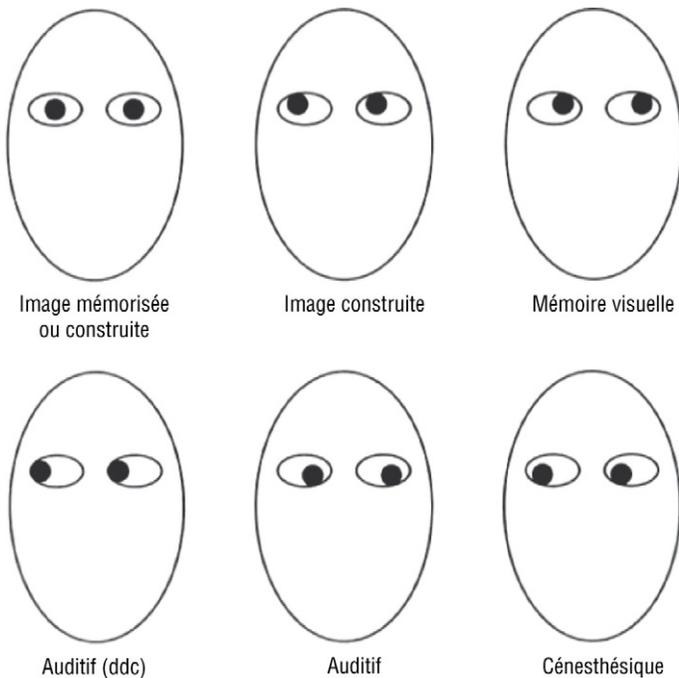


FIGURE 7.1. Position des yeux et détection du VAKOG.

Yeux au milieu, immobiles, dans le vague (« dans le vide ») préférence visuelle, image mémorisée. Yeux en haut, à droite du sujet : préférence visuelle, image construite. Yeux en haut, à gauche du sujet : préférence visuelle, image évoquée (mémorisée). Yeux sur la ligne horizontale, à droite et à gauche du sujet : préférence auditive (sons et mots construits ou évoqués). Yeux en bas, à gauche du sujet : préférence auditive (« dialogue interne »). Yeux en bas, à droite du sujet : préférence cénesthésique (et aussi olfactive-gustative).

et la sécurise. En outre, elle se dit « emballée » par l'hypnose depuis qu'elle a entendu à la radio une émission documentaire qui lui a donné beaucoup d'espoir. Enfin, tout en parlant, ses mouvements oculaires s'orientent fréquemment vers le quadrant inférieur droit ou sur les côtés. Ses préférences VAKOG sont à dominante cénesthésique et auditive, et c'est cette forme d'induction qui sera choisie par le thérapeute.

Outil 7 : Quelques « tests d'hypnotisabilité »

Ces tests sont désuets et n'ont pas de réelle valeur indicative sur la suggestibilité ou l'hypnotisabilité du patient (tout le monde est hypnotisable). Pourtant, utilisés dans un climat de curiosité et d'humour, ils peuvent avoir un effet de mise en train, de préparation à l'expérience de la transe, tout en permettant au patient de se « mettre en condition »

(*warming up*). À ce titre, en dépit de leur côté folklorique, ils constituent à nos yeux une véritable technique d'induction, appropriée à certaines situations et à certaines personnalités.

Test de balancement

Le sujet se tient debout, pieds joints, yeux fermés, le corps aussi détendu que possible, pendant que l'opérateur se place derrière lui en posant très légèrement les mains ouvertes contre ses omoplates. Diverses suggestions (directes et de type autoritaire) sont en même temps formulées : « Vous êtes bien détendu... vous sentez mes mains dans votre dos... je vais les retirer petit à petit et vous allez vous sentir irrésistiblement attiré en arrière... ». Ces commentaires peuvent être répétés plusieurs fois, jusqu'à l'obtention d'une oscillation du corps, et même une chute en arrière (tout en s'assurant de bien réceptionner le patient). Le même procédé peut être répété vers l'avant, mains posées sur les épaules (Hoareau, 1992).

Test des mains collées

L'opérateur demande au sujet de croiser les doigts, paumes fortement serrées l'une contre l'autre. Puis il se place sur le côté, mettant une main sous les mains du sujet tout en lui demandant de le fixer dans les yeux et en insistant pour que les mains soient serrées encore plus fortement. Puis il signale qu'il va compter jusqu'à trois, et qu'à trois, les mains seront complètement collées l'une à l'autre. « Vous ne pourrez pas les décoller... plus vous essaieriez, moins vous le pourrez. » (Hoareau, 1992).

Test de révulsion des yeux (*eye roll test* de Spiegel)

La « capacité de transe » serait détectable au degré de révulsion des yeux dans leurs orbites. On demande au sujet de lever les yeux au zénith tout en baissant ses paupières. Chez certains sujets, les iris en viennent à disparaître sous les paupières supérieures, ne laissant apparaître qu'un mince filet de sclérotique blanche avant que les yeux ne soient complètement clos. Ceci correspondrait à un « marqueur biologique » de la capacité de transe, si l'on en croit certains auteurs (Spiegel et Spiegel, 1978). Ce même « test » peut être utilisé comme une technique d'induction en *autohypnose* (outils n°34-35).

Outil 8 : La séquence d'approbation (*yes set*)

La séquence d'approbation (*yes set*) fait partie des stratégies d'ajustement (outil n° 5). Elle s'avère utile auprès de patients particulièrement résistants, « installés » dans leurs symptômes, découragés et méfians envers tout projet thérapeutique nouveau. Elle a pour objet de faciliter leur adhésion, ceci dès la première rencontre.

La technique consiste à énoncer plusieurs propositions successives que le patient ne peut qu'approuver, suivies d'une proposition clé qui constitue en fait une suggestion thérapeutique indirecte. Le patient approuvera cette dernière proposition en quelque sorte dans la foulée des précédentes.

Il est utile d'enchaîner les propositions initiales (au moins quatre) par des conjonctions de coordination. Cette séquence gagne à être formulée le plus naturellement du monde, comme si les choses allaient de soi. L'approbation du patient se manifeste habituellement aussi bien sur le plan verbal (« oui...oui.. ») que non verbal ou paraverbal (hochements de tête, grognements phatiques, etc., [Erickson, Rossi et al., 1976]).

Il est assez courant d'appliquer ce procédé en début de thérapie, mais aussi au fil d'une séance d'hypnose, pour aider par exemple le patient à libérer une émotion trop contenue, ou à ressentir des variations cénesthésiques, par exemple une « dilution » de la douleur, etc. Cette manière de « tricoter » des truismes avec des suggestions thérapeutiques s'apparente au procédé du *pacing and leading* (outil n° 12). Elle incite en quelque sorte le patient à « prendre le risque d'aller mieux ». Elle équivaut aussi à un recadrage, qui met en valeur l'implication du patient dans le projet thérapeutique.

Exemple-type avec un patient souffrant d'obésité (modifié d'après Deborah Ross, 1983)

Propositions initiales du thérapeute

« Vous souffrez de cette obésité depuis longtemps, et c'est bien pénible... »

« ...et puis vous avez essayé tant de ces régimes-miracles, sans résultat... »

« ...et vous vous êtes finalement découragé, convaincu que cette obésité était insurmontable... »

« ...pourtant vous en avez en même temps assez, et vous espérez sans trop y croire que l'hypnose est peut-être une dernière chance à tenter... »

Enchaînement avec la proposition clé (projet thérapeutique) :

« ...alors je vais vous dire ce que je pense : je crois qu'il y a en vous toutes les ressources nécessaires pour maîtriser votre poids et votre silhouette... nous pouvons travailler ensemble pour les explorer et les mettre en œuvre... ».

Outil 9 : Suggestions directes

Comme nous l'avons déjà vu dans le chapitre consacré aux techniques hypnotiques, la suggestion directe est la plus simple des suggestions.

Elle indique ouvertement l'intention du thérapeute et peut prendre parfois une allure directive ou même autoritaire dans la façon de donner des instructions. Le thérapeute exprime verbalement ou non verbalement ce qu'il souhaite voir se produire dans le comportement du patient.

Exemples-types : (variantes pour obtenir la fermeture des yeux)

- Fermez les yeux.
- Je vous prie de fermer les yeux un instant.
- Vous pouvez fermer les yeux maintenant.
- Laissez donc vos yeux se fermer.
- Je voudrais que vous fermiez les yeux.
- Lorsque j'aurai fini de compter jusqu'à 10, vos yeux seront fermés.
- Le thérapeute passe la main devant les yeux du patient, lui intimant silencieusement de les fermer.

Contrairement à certains représentants du courant appelé aujourd'hui « la nouvelle hypnose », qui affichent une réserve effarouchée envers elles, nous pensons que les suggestions directes sont d'une grande utilité en thérapie, comme dans le monde des soins en général. Elles sont même naturelles aux relations interpersonnelles les plus courantes et ne signifient pas forcément déconsidération ou aliénation. Si le patient s'y prête et accepte de se laisser influencer par le thérapeute, c'est bel et bien dans une relation de confiance.

La *suggestion posthypnotique* est un exemple de suggestion directe couramment utilisé par les cliniciens, en hypnose comme ailleurs (prescriptions inconscientes des soignants). Partie quasi intégrante de toute hypnothérapie, elle consiste à « programmer » dans l'esprit du sujet, pendant la transe, un comportement qui se produira par la suite, immédiatement après la transe ou dans les jours qui suivront (la suggestion posthypnotique peut être faite de façon indirecte aussi).

Elle peut avoir pour objet une émotion, une attitude, un comportement, par exemple lors d'une épreuve attendue, redoutée par le patient (intervention chirurgicale ou dentaire, accouchement, passage au scanner, gastroscopie, sondages divers, examen gynécologique chez une abusée, confrontation conjugale ou familiale, confrontation à une situation phobogène, etc.). Elle est souvent utilisée pour maîtriser le trac (et même pour en tirer parti), lors d'une compétition sportive ou artistique, d'un examen scolaire ou universitaire, d'un concours, d'un discours en public, d'une confrontation sociale, professionnelle ou même judiciaire.

Ce qui est suggéré sur le mode posthypnotique est souvent un sentiment de détente, de confiance en soi, de surprise agréable, de comportement adéquat. La suggestion peut consister aussi en une sensation,

ou à l'inverse, en une absence ou une diminution de sensation (anesthésie, hypoesthésie), ou encore en une transformation de la sensation en une autre (par exemple une sensation de fraîcheur dans le cuir chevelu dès le déclenchement d'une migraine). Elle peut prévenir les effets désagréables d'une narcose, notamment les nausées qui s'ensuivent pour certains sujets (en prescrivant une sensation de faim au réveil, en quelque sorte l'inverse d'une nausée).

Exemples-types :

- Tout à l'heure, en sortant de la transe, vous pourrez garder cette sensation de confort et de souplesse dans l'articulation de votre épaule.
- Et vous verrez qu'à notre prochaine séance d'hypnose, vous irez beaucoup plus facilement et beaucoup plus vite dans la transe.
- La prochaine fois que vous entrerez dans un tunnel d'autoroute, vous vous souviendrez irrésistiblement d'une chose qui vous fera rire et vous serez très détendu au volant.
- Et je me demande si c'est entre dix heures et onze heures... ou entre onze heures et minuit... que vous aurez la même sensation irrésistible de détente... et de sécurité... juste avant de laisser venir le sommeil (forme indirecte).

La *ratification* en cours de séance est une forme de communication assimilable à une suggestion directe. Elle consiste en un « accusé de réception » (*feedback* positif). En hypnose, les ratifications se succèdent en un flux tranquille, de type phatique¹¹. Le thérapeute notifie par exemple au patient que les indices de la transe sont visibles « du dehors », ce qui a pour effet d'amplifier le processus hypnotique. Ces ratifications peuvent consister en paroles d'encouragement, en grognements approuvateurs, en de simples hochements de tête, etc.

Outil 10 : Suggestions indirectes

Les suggestions indirectes ont un objectif qui n'est pas formulé et qui échappe au contrôle conscient du patient. Souvent subtilement formulées, elles sont plus « permissives » qu'autoritaires et ont un caractère plus « manipulateur » que les suggestions directes. Elles peuvent revêtir de multiples formes qu'il serait oiseux d'énumérer, l'essentiel étant de saisir leur principe commun.

11. En linguistique, la *fonction phatique* du langage sert à maintenir le contact entre locuteurs, à vérifier ou à confirmer que l'on est « en ligne », par toutes sortes de vocalisations, de gloussements, de grognements, d'interjections, de mots (du « allo, vous m'entendez » aux « oui...oui », « non mais », « que me dites-vous là », « écoutez », « absolument », etc.). Bien des signaux corporels jouent aussi ce rôle (hochements du chef, clignement des paupières, haussement des sourcils, moues et grimaces diverses).

Tantôt *métaphore*, tantôt *récit* ou *anecdote*, tantôt *allusion* ou « méditation à haute voix » du thérapeute, la suggestion indirecte joue sur la *substitution analogique* (outil n° 26) et fait partie intégrante de l'hypnose conversationnelle en général (outils n° 23 à 27), du *yes set* (outil n° 8), de la technique de l'*acceptation* de certaines formes d'induction (outils n° 13 à 22), ainsi que de nombre de stratégies élaborées (outils n° 28 à 33). Elle peut aussi recourir au *paradoxe* (outil n° 11). Son effet vise à faciliter chez le patient un processus élaborant davantage comment « laisser venir » le changement plutôt que « quoi faire » pour changer.

Les suggestions indirectes correspondent donc à de véritables stratagèmes (qui ne sont pas sans rappeler, comme nous l'avons relevé dans le chapitre 4, consacré aux techniques hypnotiques, les anciennes stratégies guerrières chinoises). Selon *L'art de la guerre* de Sunzi, déjà, antérieur aux *Trente-six stratagèmes*, « attaquer les places fortes est la plus mauvaise politique ». Il est préférable de ne pas s'aventurer sur le terrain le plus défendu, mais d'amener l'adversaire sur un autre terrain. C'est ce que préconise le 15^e stratagème : « attirer le tigre de la montagne vers la plaine »¹². L'exemple clinique du bègue décrit au chapitre 5 illustre ce stratagème lorsque le thérapeute amène le patient sur un terrain moins défensif que le langage : le ping-pong, discipline dans laquelle le patient excelle. Autre exemple clinique, raconté plus loin au chapitre 14, sous le titre *La fille qui retrouva la parole en inventant une histoire* : le subterfuge du recours à la caméra vidéo fait « oublier » à l'enfant son mutisme et l'amène à participer activement à la rhapsodie narrative qui se construit avec le thérapeute.

La suggestion indirecte fait naturellement partie du discours de l'hypnothérapeute de « style ericksonien », elle utilise une rhétorique variée dont il est difficile d'épuiser le répertoire.

L'*allusion* en est un exemple. Ce procédé de communication favorise les associations psychiques dans le sens souhaité par le thérapeute (évoquer l'air du large pour faire mieux respirer un sujet angoissé, décrire la façon dont un chat fait la sieste tout en surveillant calmement l'environnement avec ses oreilles, pour suggérer la relaxation à un patient crispé et hypercontrôlé, etc.).

Le *questionnement* est une autre façon indirecte de suggérer une pensée, un comportement, une sensation, etc. (« Savez-vous par hasard comment s'y prennent les grands comédiens pour mettre leur trac à profit au lieu d'en souffrir ? Y pensent-ils volontairement ou cela se passe-t-il à leur insu ? »).

12. En pinyin : *diao hu li shan* ; en caractères chinois : 调虎离山. Voir aussi les traductions et commentaires de Harro von Senger (1992) ou de François Kircher (1991) à propos des *Trente-six stratagèmes*.

Le *saupoudrage* consiste à glisser dans un discours apparemment anodin ou confus des suggestions indirectes visant à faciliter une détente ou à opérer un recadrage ayant pour effet, par exemple, de dédramatiser une situation pénible vécue par le patient, d'ouvrir des perspectives inattendues, de tirer parti d'une épreuve, etc.

Exemple clinique (fragment de propos hypnotiques mêlant divers types de suggestions indirectes auprès d'un enfant souffrant de bégaiement posttraumatique) :

« Alors, tu le vois ce ruisseau ?... Bon, observe-le bien un instant... Comment s'écoule-t-il ?... en saccades turbulentes et agitées... ou de façon fluide, très calme et continue ?... Ah, parfois comme ci, parfois comme ça... je vois... c'est normal d'ailleurs, tu sais... oui, tu le sais bien, même s'il y a des choses que tu sais et que tu oublies que tu les sais... tous les ruisseaux sont comme ça... tantôt turbulents... tantôt fluides... et calmes, si calmes... et si précis dans leur parcours... Ah, on dirait que ça devient plus fluide... Observe bien maintenant, qu'est-ce qui coule au juste ?... est-ce bien de l'eau ?... ou du lait ?... ou du sirop ?... ou du miel ?... mieux vaut ne pas décider toi-même, contente-toi d'observer... (etc.) »

Outil 11 : Suggestions paradoxales

La compréhension du rôle des paradoxes dans les relations humaines, de leurs effets pathogènes ou favorables, de leur usage en thérapie, a été longuement et génialement élaborée dans le domaine des thérapies systémiques et des mécanismes de *double contrainte* (*double bind*). Nous avons déjà étudié ces approches dans d'autres articles et ouvrages (Salem, 2009a) et nous ne y attarderons pas ici. Rappelons simplement que les échanges entre Erickson et le groupe de Palo Alto ont joué un rôle déterminant dans l'utilisation des paradoxes en thérapie de famille comme en hypnothérapie.

Du point de vue de la logique, un paradoxe est une proposition qui est à la fois vraie et fausse. Une *suggestion paradoxale* se caractérise par le fait qu'elle demande quelque chose sans le demander, ou en demandant en même temps le contraire de cette chose, ou en laissant un choix impossible entre deux propositions, etc. L'utilisation des suggestions paradoxales favorise la dissociation hypnotique et active puissamment le fonctionnement inconscient. On comprend donc sans peine que leurs applications cliniques soient devenues courantes en hypnose, notamment lorsqu'il s'agit de dérouter le patient en semant la confusion dans sa ligne défensive (« je préfère que vous ne m'obéissiez pas »). L'utilisation de la *double contrainte thérapeutique* peut aussi revenir à donner une double

injonction contradictoire, sur deux plans différents (l'une sur le canal verbal et l'autre sur le canal non verbal : par exemple, secouer la tête et afficher une moue dubitative tout en disant : « oui, faites ça, c'est une très bonne idée »). En hypnothérapie, elle connaît plusieurs variantes.

La *prescription paradoxale* est la prescription d'un comportement pour provoquer le comportement inverse (compte tenu des mécanismes défensifs et de la « cuirasse logique » de certains patients). Elle peut prendre tantôt la forme – désormais célèbre – de la *prescription du symptôme* (« j'aimerais que pendant quelques minutes vous augmentiez votre mal de tête »), tantôt celle de la *connotation positive* d'un comportement aberrant (« vous avez sûrement d'excellentes raisons d'être sujet à des paniques »), tantôt la forme de la *suggestion négative paradoxale* (« et la prochaine fois que votre mari vous prendra dans ses bras, ne pensez surtout pas au prochain dégel de votre frigo »), et ainsi de suite.

L'*alternative illusoire* est une autre forme de double contrainte. En voici quelques exemples en thérapie :

- Est-ce votre main gauche ou votre main droite qui ressentira en premier ces petits picotements de la transe ?
- Je ne sais pas si vous préférez entrer en transe dans ce fauteuil-ci ou sur cette chaise-là... tout de suite ou seulement dans cinq minutes, à vous de voir...
- Je me demande si vos yeux se fermeront avant ou après que je le dise.
- Si votre inconscient désire vous voir entrer en transe, votre main droite se soulèvera, sinon c'est votre main gauche qui se soulèvera (Erickson, Rossi et al., 1976).

La *prétérition* est une figure de rhétorique consistant à dire que l'on ne dit pas ce que néanmoins l'on dit, et qui a pour effet de renforcer la vigueur du propos (Molinié, 1992). Comme toute feinte, elle permet, en clinique, de faire par exemple une anticipation qui hypothèque la résistance. On attend l'assentiment du patient en impliquant que s'il manifeste son désaccord, ce serait faire preuve d'une compréhension limitée. « Il existe une solution relativement simple, mais je suis certain qu'elle ne vous plaira pas » ; « Évidemment, ça a l'air ridicule, mais on pourrait dire que... »

L'*injonction du ralenti* (*go slow technique*) consiste à prescrire au patient de ralentir ses progrès, de ne pas aller trop vite dans la transe, de ne pas exagérer dans l'utilisation de ses ressources inconscientes, etc. Ici aussi, il s'agit d'une variante de *prescription paradoxale*.

Avec une patiente sévèrement boulimique, après avoir mis en évidence comment ses crises de boulimie et de vomissements étaient connectées à sa « fringale » d'affection ou à ses rejets émotionnels dans ses relations intimes, nous venions de conclure que de telles crises étaient finalement

une preuve de sa spontanéité dans l'expression de ses sentiments. Je lui ai alors prescrit, pour les jours à venir, de « dédier » chaque crise à une personne clé de son entourage (son père, sa mère, sa sœur, son ami, etc.). Mais je lui demandais de coller au préalable, à la porte du frigorigifère, une photographie du dédicataire, et de vivre pleinement sa crise en la contemplant. Les crises ont subitement cessé, et n'ont plus connu de récurrence pendant plus d'une année, permettant à la patiente d'explorer ses compétences plus largement, de poursuivre plus paisiblement ses études et de passer ses examens.

Un exemple d'induction paradoxale, proposé par Gaston Brosseau¹³, psychologue, ancien président de l'association québécoise d'hypnose, est la prescription de « ne rien faire », exercice favorisant le lâcher prise, particulièrement lors d'un premier contact avec un patient. Il est demandé à celui-ci de s'installer confortablement et de fermer les yeux, puis il lui est suggéré de ne rien faire. « *Vous n'avez même pas à m'écouter, une partie de vous va demeurer à l'écoute et cela sera amplement suffisant... Vous avez le loisir d'aller vous promener intérieurement où vous le désirez... Sentez-vous libre de toute contrainte... Vous ne faites rien, vous n'avez pas d'effort à faire pour vous détendre, vous ne dépensez aucune énergie à tenter de vous relaxer... Ces économies d'énergie s'accumulent en vous et vous pourrez les utiliser à votre guise...* » Au cas où le patient ressent quelque malaise, symptôme ou gêne, il est invité à ne rien faire pour les diminuer, et peut se contenter de les identifier. En même temps, il lui est suggéré d'explorer ses perceptions sensorielles. « *Malgré que vous ne faites rien, vous prenez conscience que vos sens vous fournissent un cadre de référence qui vous aide à vous situer par rapport à l'extérieur... Cela vous rassure, cela vous permet d'établir votre point d'origine, cela vous met en contact avec votre propre identité... Vous continuez de ne rien faire...* » etc.

Outil 12 : LE TRICOT (« *Pacing and leading* »)

Ce procédé indirect, autre application de la fameuse métaphore du cheval d'Erickson (voir au chapitre 5), est un véritable enchaînement de suggestions. Il consiste à établir un lien entre ce que le patient est en train de faire et ce que l'hypnothérapeute souhaiterait qu'il fasse. À la manière d'un tricot, les *ratifications* du thérapeute alternent avec ses *suggestions*. Le message implicite est celui-ci : « alors que vous êtes en train d'expérimenter X, vous pouvez commencer à expérimenter Y ». Cette technique ericksonienne (appelée initialement *accepting and utilizing*) est devenue

13. Brosseau G. (2005), *Ne rien faire : l'induction paradoxale*. In : Benhaïem J.-M. (dir) – *L'hypnose aujourd'hui*. Paris, Ed. In-Press, p. 121-124.

en programmation neurolinguistique le *pacing and leading* (ponctuer et conduire) de Bandler et Grinder (1975).

On distingue trois modes d'enchaînement entre l'expérience vécue actuellement par le patient et celle que le thérapeute l'incite à vivre :

- Simple *conjonction de coordination* : par exemple « et », « ou », « mais » ;
 - « vous pouvez fixer ce point... et vous sentir confortable dans ce fauteuil »,
 - « vous pouvez entendre le tic-tac de l'horloge... mais permettre au temps de s'écouler plus lentement » ;
- *l'implication causale* : formules du type « tout en », « tandis que », « pendant que » ;
 - « tout en remarquant que vous vous relaxez, vous pouvez laisser vos yeux se fermer » ;
 - « tandis que vous écoutez mes propos, votre esprit conscient peut se promener ailleurs » ;
- le *prédicat causal* : par lequel le lien causal est plus fortement souligné ;
 - « le simple fait de respirer comme vous le faites va augmenter votre sensation de relaxation » .

Chacun de ces enchaînements constitue une sorte de passerelle entre ce que le patient éprouve et fait, et ce qu'il *pourrait* éprouver et faire. Ce procédé évoque la figure de rhétorique appelée *concaténation*, par laquelle le locuteur reprend dans chacune de ses phrases un segment de la phrase précédente, ce qui produit un effet répétitif et incantatoire (Molinié, 1992).

Exemple clinique :

« Oui... je vois que depuis un instant vous êtes absorbé dans la contemplation de cette aquarelle au mur... C'est bien... continuez cette petite expérience... Laissez votre regard se laisser absorber davantage... tout en observant comment d'autres petits phénomènes peuvent survenir en même temps dans votre corps... c'est intéressant de constater comment... le simple fait de contempler ainsi cette aquarelle... peut amener une sensation de confort dans votre dos... et vos épaules... et tout en laissant ce confort s'installer peu à peu dans tout votre corps... vous pouvez sentir votre cage thoracique s'emplier d'air... et tandis que vous la sentez se remplir d'air... vous pouvez permettre à vos yeux de se fermer... et tandis que vos yeux se ferment... vous pouvez laisser votre conscience retourner à un souvenir ancien... peut-être en relation avec cette aquarelle... ou avec ce confort... et tandis que vous laissez s'installer en vous ce souvenir ancien... vous pouvez commencer à me le décrire... (etc.) »

Une autre illustration clinique du tricot est donnée dans le récit intitulé *Un chien de ma chienne*, au chapitre 14 (« Histoires d'hypnose »). Ici, le *pacing and leading* s'applique au processus global de la relation étrange qui s'établit entre le patient phobique et le thérapeute. Celui-ci semble non seulement approuver sa phobie des chiens, mais la goûter intensément parce qu'elle le fait rire et le met de bonne humeur, si bien qu'il ne semble nullement pressé d'appliquer l'hypnose – il risquerait de guérir ! Le thérapeute encourage donc le patient à lui raconter ses dernières frayeurs de la semaine, avec une sorte de « gourmandise » (*accepting* puissant, qui va même jusqu'à la *prescription du symptôme* ; en d'autres termes : *pacing*). Ce faisant, il *recadre* aussi le problème en soulignant ses aspects amusants (*suggestion dédramatisante*) et même conviviaux (récits sollicités et appréciés par le thérapeute, *reconstruction narrative*)¹⁴ (en d'autres termes : *leading*).

Outil 13 : Induction visuelle

Initialement mise au point par Braid, l'induction visuelle (ou « fixation oculaire ») a longtemps été l'image d'Épinal de l'hypnose. Pour provoquer la transe, l'opérateur demandait au sujet de fixer une mire hypnotique (spirale tournoyante), ou un objet brillant, un pendule, ses propres yeux, etc. Ces procédés (non dénués d'intérêt) sont souvent utilisés par les hypnotiseurs de spectacle, et encore utilisés par certains thérapeutes, le plus souvent sur un mode directif et autoritaire.

Une façon plus souple d'opérer consiste à demander au sujet de choisir lui-même un point à fixer des yeux, en se laissant absorber dans cette expérience et en respectant la règle de ne pas détacher son regard pendant quelques instants. Les commentaires du thérapeute viennent ponctuer l'expérience par une série de suggestions indirectes, qui favorisent chez le patient une attitude d'attente curieuse (et « sans projet particulier »), tout en observant et en ratifiant les réactions du patient. Les changements se produiront peu à peu, non seulement dans la perception visuelle de celui-ci, mais dans la sensation générale et subjective de l'installation de la transe. L'essentiel est de favoriser comme toujours l'instauration de la dissociation hypnotique, en sollicitant l'observateur caché (*hidden observer*) du patient (voir chapitre 2), et en utilisant un langage approprié (outil n° 23), et des métaphores adaptées à la situation et à la personnalité du patient. La voix du thérapeute, sa monotonie et ses modulations constituent en même temps un autre stimulus inductif, de type auditif.

14. Pour les procédés narratifs en hypnothérapie, voir aussi Salem : *Le baiser du Prince* (2009b).

Exemple-type :

« Installez-vous confortablement, si vous le voulez, sinon conservez votre position actuelle (*la suggestion du confort n'est pas toujours indispensable, c'est un cliché de l'hypnose*). Choisissez un point au-dessus de la ligne d'horizon de vos yeux... Vous y êtes ?... Bien, maintenant je vous demande simplement de fixer ce point... tranquillement, sans intensité... et d'attendre un peu... Peut-être allez-vous constater à un moment donné que ce point se modifie légèrement, qu'il devient plus flou ou plus net, que sa texture change, qu'il devient plus brillant ou plus terne, qu'il se dédouble, alors que le champ optique se rétrécit autour de lui... Peut-être allez-vous sentir un picotement, une petite brûlure ou même des larmes dans vos yeux... C'est ça (*ratification*)... Observez en même temps comment, à chaque expiration, vous pouvez sentir vos bras, votre corps s'engourdir un peu, éventuellement s'alourdir, peut-être même se détendre... Ne cherchez pas à obtenir ces effets, laissez plutôt faire votre corps et contentez-vous d'observer seulement, c'est plus intéressant comme ça... Peut-être que votre vision périphérique se trouble encore, que le point que vous fixez se modifie de plus en plus... que vos yeux picotent de plus en plus... pendant que vos bras deviennent de plus en plus lourds et ramollis, et confortables... c'est comme une sorte de torpeur, de fatigue agréable... Et, tout en sentant ces picotements dans les yeux, il se peut que vos paupières deviennent plus lourdes, qu'elles se mettent à cligner... Oui, c'est ça... Vos yeux auront peut-être même l'envie de se fermer... mais peut-être pas, ça n'a pas d'importance... Ne décidez rien surtout, laissez faire votre corps, il sait faire exactement ce qu'il faut... C'est ça... observez encore comment, à chaque fois que vous relâchez l'air... pendant que vos yeux continuent leur travail... vos muscles peuvent se détendre davantage, s'ils en ont l'envie... et votre corps peut vous offrir d'autres sensations... oui, comme ça, à chaque expiration... Il se peut que votre corps ait envie de bouger un peu, laissez-le faire... à moins qu'il ait envie de s'abandonner davantage au fauteuil... en devenant confortablement lourd... Je vois que vos yeux se sont fermés... goûtez cet instant... c'est intéressant comme vous pouvez sentir plus nettement votre corps... ou certaines parties de votre corps... Observez comment vous pouvez vous sentir à la fois lourd et léger... ou comment certaines parties de votre corps peuvent vous donner la sensation de modifier leur volume, leur forme... C'est curieux et intéressant... Et si vos yeux ont envie de s'ouvrir parfois, laissez-les décider à leur gré... »

Outil 14 : Induction cénesthésique

Il existe des formes courantes d'induction cénesthésique, dans la vie quotidienne. Le bercement d'un bébé, un bain chaud, les caresses amoureuses,

la danse, la marche dans la nature, la course à pied, le simple fait de s'allonger pour se détendre. Certaines formes sont des pratiques rituelles, par exemple les massages énergiques, le shirodara ayurvédique, ou même les surprenantes fessées d'endormissement décrites par Cyrulnik (1997, p. 98). Citons-le : « *L'enfant est couché à plat ventre sur les genoux de la congäi familière qui dispose sa main en creux pour ne pas faire mal à l'enfant. Elle tape au niveau des fossettes sus-fessières, assez fort pour que l'enfant ne puisse s'intéresser à rien d'autre, avec un rythme parfait, pour que le petit, captivé par ce métronome, attende le coup suivant. En moins d'une minute, il s'endort. Mais l'acculturation des gestes est si précoce que, lorsqu'une mère européenne veut utiliser ce procédé, l'enfant se retourne, indigné et proteste parce que, pour lui, les coups d'une mère occidentale signifient une fessée, alors que de la part d'une congäi, ils annoncent un rituel d'endormissement* ».

En hypnothérapie, le thérapeute invite le patient à se concentrer sur ses sensations corporelles actuelles (sans chercher à les associer forcé-ment au confort, à la détente ou à la relaxation). Tantôt l'attention peut être focalisée sur une sensation unique et élective, choisie par le patient, pour dériver ensuite progressivement vers d'autres sensations corporelles, par un effet d'onde (*ripple effect*), puis parvenir à la transe. Par exemple à partir d'un simple pincement du pouce et de l'index, variante commode pour l'autohypnose ; ou à partir de la sensation d'appui des pieds contre le sol (*grounding*). Tantôt l'attention peut s'exercer d'emblée de façon plus « panoramique » et séquentielle sur de multiples sensations cénesthésiques de nature différente (contact, proprioception, chaleur, poids, etc.). Ici aussi, comme dans les inductions visuelles, la voix du thérapeute joue un rôle important et à l'induction cénesthésique se combine alors naturellement l'induction auditive, surtout si le thérapeute accorde le tempo de ses commentaires au rythme respiratoire du patient.

Exemple-type (variante panoramique-séquentielle, sous forme de questions) :

« Pouvez-vous un instant vous concentrer sur les zones de contact de votre corps avec votre fauteuil ?... le contact de votre dos contre le dossier... de vos bras sur les accoudoirs... de votre bassin au creux du siège ?... Pouvez-vous simplement sentir ces choses-là, sans chercher à les influencer ou à les interpréter ?... Et le contact de vos pieds contre le sol ?... de vos cuisses contre le fauteuil ?... de votre main posée sur votre genou ?... Pouvez-vous simplement sentir ces choses-là, sans projet particulier ?... Pouvez-vous sentir votre poitrine se soulever et s'abaisser au rythme de votre respiration ?... et votre ventre ?... et l'onde de ces mouvements dans vos épaules et vos bras ?... et dans votre dos ?...

Pouvez-vous sentir l'air entrer et sortir par vos narines ?... et jusqu'où le sentez-vous ?... Pouvez-vous sentir l'air entrer à une hauteur différente ?... Avez-vous remarqué si la température de l'air est différente quand il entre et quand il sort ?... Pouvez-vous le sentir... peut-être même le voir passer entre vos deux yeux... circuler dans votre gorge, dans vos bronches... sentir vos poumons qui se remplissent et se vident... au rythme de votre respiration ?... Et votre cœur... pouvez-vous sentir battre votre cœur ?... le voir se contracter puissamment, régulièrement, tranquillement ?... Pouvez-vous sentir le sang couler dans vos veines, dans vos artères ?... sentir la chaleur de votre sang ?... le calme avec lequel il remonte le long de vos veines jusqu'au cœur ?... Pouvez-vous sentir tous les points de votre corps en contact avec le siège et le sol... et tous les points de contact entre votre corps et votre corps ?... »

Autre exemple : fixation de l'ongle du pouce, bras tendu (technique mixte, visuelle et cénesthésique) :

« C'est la lunule de l'ongle qu'il faut fixer. On tient le bras raide, pas trop tendu mais assez droit, et puis on garde les yeux collés sur la lunule de l'ongle. C'est un très bon moyen de se relaxer rapidement... Et qui mêle une sensation cénesthésique, c'est-à-dire physique, musculaire, cutanée, osseuse, que sais-je, dans certaines parties du corps, à une sensation visuelle... Pour cela, il suffit de garder les yeux fixés sur la lunule et d'attendre... Et ce n'est pas vous qui décidez, mais à un moment donné, c'est votre bras qui va décider de descendre... Rassurez-vous, il ne va pas rester là 20 ans, il sera bien contraint de descendre tôt ou tard, mais c'est lui qui choisit le moment, pas vous... Vous, contentez-vous de rester juste attentif à ça... Oui, comme ça... Et vous sentez peut-être que votre bras se met à osciller un peu, ces oscillations sont dues aux jeux antagonistes des muscles, pour maintenir la stabilité... Elles sont dues aussi à la respiration, au va et vient de votre cage thoracique... Une espèce de doux tangage, un bercement... Et à un moment donné, vous sentirez que la main commence à descendre. Ce n'est pas vous qui décidez, c'est elle... Contentez-vous de garder les yeux collés à cette lunule de votre pouce... Et au fur et à mesure que la main descendra, vous pourrez même vous amuser à lui résister un petit peu... Pas trop, ça n'est pas un concours, mais juste un peu, comme si l'on se faisait prier par le bras... Et vos yeux sont comme collés à la lunule du pouce... Et au fur et à mesure que le bras va descendre, les yeux vont suivre, et lorsque la main touchera votre genou, c'est à ce moment qu'elle va se détendre, en s'ouvrant, en se posant tranquillement... Et à ce moment-là, vos yeux seront peut-être clos, et dans tout votre bras, vous sentirez, qui sait, une merveilleuse détente, qui va se propager dans tout votre corps, jusqu'aux orteils, comme une vague bienfaisante... On a tout notre temps, il y a des gens qui y parviennent

plus vite, d'autre plus tranquillement... Cela n'a aucune, mais aucune importance... Il n'y a qu'à laisser faire le corps... Et chaque fois que vous inspirez, vous sentez ces petites oscillations du bras comme une petite antenne qui vous donne d'utiles indications. Et peut-être sentez-vous déjà circuler dans les bras, dans tout votre corps, cette sensation de détente... Et maintenant, vous pouvez aussi vous concentrer sur l'expiration... Chaque fois que vous expirez, vous êtes attentifs à la façon dont vos muscles se détendent, la façon dont le dos s'abandonne contre le dossier de la chaise, la façon dont vos semelles sentent le sol, elles sont peut-être même comme soudées au sol... Tout le corps est détendu... Et vous vous sentez peut-être à la fois ici et ailleurs... à la fois concentré et distrait... tendu et détendu... Vous laissez faire votre corps, il sait y faire... il sait faire le travail réparateur, il est plus malin que vous et moi, plus savant que tous nos livres... »

Outil 15 : Induction auditive

Les inductions auditives sont également très variées dans leurs formes d'application. Comme les autres méthodes d'induction, elles sont rarement limitées à un seul type de stimulus et utilisent souvent plusieurs voies sensorielles parallèles dans leur effet, en plus du contenu sémantique des suggestions du thérapeute.

La *musique* : une méthode très courante est d'utiliser la musique, non pas forcément de ces musiques *new age* (*space music* et autres compositions synthétiques sirupeuses), mais n'importe quelle musique qui peut convenir et plaire au patient, et qui ait un caractère répétitif. Certains morceaux d'ethno-musique s'y prêtent bien et ont l'avantage d'associer à l'expérience de l'induction un climat de voyage et d'ailleurs, propice à l'établissement de la transe (cloches tibétaines, mélopées africaines ou indiennes, chants soufis, etc.). Mais ceci n'est pas valable pour tout le monde. Certains patients profiteront tout autant du *Boléro* de Ravel ou de certaines compositions de Philip Glass, quand ce n'est pas simplement d'un son répétitif et monotone (tic-tac d'une pendule, métronome, etc.). À ce fond musical s'ajoute en contrepoint l'influence de la voix et des suggestions du thérapeute.

La *voix du thérapeute* : l'induction auditive peut aussi se limiter à la voix du thérapeute (situation la plus fréquente). En ce cas, elle peut se faire en demandant au préalable au patient de fermer simplement les yeux (pour éviter les stimuli visuels et mettre en exergue l'effet acoustique). Mais chez les sujets inquiets de perdre le contrôle de l'environnement, il peut être indiqué de laisser les yeux ouverts en combinant au besoin à l'induction auditive une induction visuelle. Il est devenu classique de recommander une voix monocorde, dont

l'impact est reconnu comme plus efficace que celui d'une voix normale. En réalité, les choses sont plus subtiles, les nuances de la voix, ses modulations, sa vibration, son timbre grave ou léger ont un effet inducteur très puissant, surtout si ces modulations sont adaptées au contenu des suggestions formulées et aux réactions idéomotrices du patient. Enfin, le débit, les pauses, le tempo adapté au rythme respiratoire du patient (parler pendant l'expirium de celui-ci !) jouent un rôle incomparable dans la réussite de l'induction. Chaque thérapeute en vient peu à peu à trouver sa « voix hypnotique », qui est rarement semblable à celle d'une conversation normale (il n'est pas obligatoire d'adopter le ton presque chuchoté de confessionnal, tendance en « murmure ecclésiastique » curieusement partagée par beaucoup de thérapeutes ; une voix forte et bien timbrée convient tout aussi bien.)

Exemple-type (extrait d'une séance avec un musicien déprimé) :

« Voilà, puisque vous le voulez bien, nous allons faire l'expérience d'une transe... c'est quelque chose que vous connaissez bien... sans même savoir que vous la connaissez... Car il y a des choses que vous savez, et vous ne savez pas que vous les savez... Je vous demande simplement de fermer un instant les yeux pour mieux vous concentrer sur ma voix... Non pas que ma voix ait une quelconque importance, mais vos oreilles peuvent jouer un peu avec elle, comme d'un instrument... et pour l'utiliser à votre profit... comme vous devez certainement le faire avec d'autres voix que la mienne... les voix d'autres personnes... et ceci quand ça vous chante... consciemment ou inconsciemment... Et tout en vous concentrant un instant sur ma voix, vous pouvez... c'est intéressant d'ailleurs... vérifier qu'une partie de vous-même se donne le droit de rester distraite, de penser à autre chose... de faire ce qui lui chante... en utilisant ma voix comme une berceuse lointaine... Et tout en faisant cette expérience, vous pouvez peut-être... déjà... observer de subtiles modifications en vous... par exemple la façon dont votre corps se manifeste à vous... ou la situation de votre corps dans cette pièce... sa posture... son orientation... la distance des objets et des murs par rapport à lui... et cette manière d'être là sans être là... d'être là, maintenant, ou pas vraiment... peut-être un peu avant, par exemple une heure avant notre rencontre... ou déjà après, quand vous me quitterez... Et tout en jouant avec ces perceptions... étranges et si familières... vous pouvez peut-être entendre... sans l'entendre... cette autre voix que la mienne... une voix interne, venue du plus loin de vous-même... une voix étrange et si familière... qui vous rappelle certaines choses précieuses... qui vous appartiennent... de vieux souvenirs tout frais... (etc.) »

Outil 16 : Induction olfactive-gustative

Plus rarement utilisées, ces méthodes d'induction peuvent convenir à certains patients dont la personnalité ou le métier les rendent spécifiquement sensibles aux stimuli olfactifs et/ou gustatifs. Du reste, ce type d'induction joue un rôle plus important qu'on ne le pense dans la vie de tous les jours. Le fumet délicat d'un mets, le bouquet d'un vin, l'arôme d'une pipe, les effluves d'un encens, le parfum d'une femme, le goût d'un rouge à lèvres, sans parler de fragrances plus intimes, ont un effet hypnotique qu'il est bien difficile de nier. Ce sont des facteurs inconscients qui jouent un rôle essentiel dans les conduites d'attachement (rappelons entre autres l'importance de ces phéromones en éthologie animale). Il paraît même évident que l'odorat a des implications d'autant plus significatives dans les interactions humaines qu'il est généralement tabou (notamment la puanteur).

Déjà, dans sa célèbre *Psychopathia Sexualis*, le neuropsychiatre Von Krafft-Ebing (1963) mentionnait au début du siècle quelques cas de fétichisme des odeurs, entre autres l'histoire d'un étrange séducteur qui utilisait son mouchoir imbibé de sueur axillaire pour faire tourner la tête à ses conquêtes féminines. En Chine, l'histoire de la jolie concubine ouïgoure, nommée Xiangfei, dont était follement épris l'empereur Qianlong, est tout aussi troublante : cette « favorite parfumée », comme on l'appelait, était réputée pour l'exquise fragrance de ses aisselles...

Dans une tout autre perspective, les méthodes d'induction privilégiant les canaux olfactifs et gustatifs peuvent être indiquées auprès de patients souffrant de déficits sensoriels (surdité, cécité, surdi-cécité) ou accusant des symptomatologies fonctionnelles rares, telles que la cacosmie ou l'agueusie hystériques. La façon d'utiliser ce type d'induction dépend beaucoup (comme toujours) de l'imagination du thérapeute. Certaines idées ne sont pas à négliger : usage d'un flacon de parfum, d'un bâton d'encens, d'un clou de girofle, de bonbons, de pastilles aromatisées qu'on laisse fondre lentement sur la langue, etc.

Exemple-type (auprès d'une jeune institutrice cacosmique et déprimée) :

« Nous savons vous et moi à quel point cette mauvaise odeur continuelle vous obsède et vous fait souffrir... nous savons aussi combien de méthodes vous avez essayées pour l'enrayer... et que tous les spécialistes que vous avez consultés vous ont dit qu'il fallait vous résigner à l'accepter pour le restant de votre vie... et combien cette situation vous révolte... et combien vous espérez – sans trop y croire – que l'hypnose pourrait vous aider (yes set)... Je vois que vous n'avez pas oublié d'apporter ce flacon de parfum... C'est bien, je me réjouis d'expérimenter avec vous la

façon dont votre corps... votre nez en particulier... mais aussi votre cerveau conscient... et inconscient... qui gouverne la sensibilité de votre nez... pourraient aujourd'hui nous surprendre favorablement... si c'est le bon moment... en permettant à votre nez d'explorer la façon dont le parfum peut jouer avec la mauvaise odeur... je dis bien : jouer avec elle... C'est ça, vous avez bien raison de fermer les yeux (ratification)... vous êtes ainsi mieux concentrée sur les sensations olfactives... et comme nous l'avons déjà expérimenté la dernière fois, vous pouvez commencer par donner une note à la mauvaise odeur, telle qu'elle se manifeste aujourd'hui, en cet instant... une note entre 1 et 10... cherchez bien... ne tentez pas d'améliorer le score... nous ne sommes pas là pour ça... nous nous contentons d'explorer... combien avez-vous dit ?... la note 7 ?... bien... Prenez encore un peu de temps pour vérifier que cette intensité est constante... que cette note est à peu près fidèle à ce que vous sentez... oui ?... très bien... Et maintenant, dès que vous vous sentirez prête... vous pourrez déboucher le flacon de ce parfum choisi par vous... c'est ça... vous pouvez maintenant laisser vos muqueuses olfactives jouer avec ce parfum... en même temps qu'elles jouent avec la mauvaise odeur... tout en laissant la mauvaise odeur et le parfum jouer ensemble... comme des enfants dans le préau de l'école... sans vous en mêler... avec le regard bienveillant et un peu distrait d'une maîtresse qui surveille les enfants tout en les laissant faire... (etc.) »

Outil 17 : Induction par comptage

Cette méthode, utilisant des suggestions généralement directes (mais pas forcément), consiste à induire la transe en comptant du chiffre le plus élevé vers le chiffre le plus bas (métaphore de la « descente en profondeur »), en glissant des suggestions dissociatives entre chaque chiffre. Habituellement, on compte de 10 vers 1. Longtemps considérée comme « classique », encore utilisée dans les spectacles et autres démonstrations populaires d'hypnose, elle n'est pas sans intérêt et reste parfois valable chez un certain nombre de patients (à condition que le thérapeute, lui aussi, se sente à l'aise dans son emploi). Une variante est de demander au patient de compter lui-même de 100 vers 1, lentement, pendant que le thérapeute glisse des suggestions entre chaque chiffre (il est rare que le patient parvienne au bout de ce comptage, ayant à un moment donné, du fait des premiers signes de transe, toutes les peines du monde à se repérer, à ne pas confondre les chiffres, etc. [Yapko, 1990]).

Lors de la première utilisation de ce procédé, il convient de compter lentement, de prendre son temps entre chaque chiffre, en glissant suffisamment de suggestions dissociatives. Puis, lors des séances suivantes, il est possible d'aller plus vite, surtout si une suggestion posthypnotique faite lors de la première séance y a préparé le patient.

Exemple clinique (technique utilisée une fois chez un comptable souffrant de phobie sociale) :

« Et maintenant, puisque vous vous sentez suffisamment prêt à tenter cette petite expérience d'une transe de sécurité... transe que vous pourrez reproduire plus tard, chaque fois que ce sera nécessaire... je vous propose de vous concentrer simplement un instant sur quelque chose que vous connaissez si bien... quelques chiffres... et de laisser votre conscience et votre corps jouer avec eux... sans trop vous en occuper vous-même... Je vais par exemple compter lentement, à l'envers, de 10 à 1... et au fur et à mesure que ma voix articulera ces chiffres... vous pourrez peut-être observer la façon dont votre corps se détend un peu plus... et comment au moment où je parviendrai au chiffre 1, vous vous sentirez vraiment beaucoup plus détendu et confortable... Et je vais commencer... maintenant... par le chiffre 10... pendant que vos muscles se relâchent un peu... et que votre corps devient agréablement lourd... et que vos poumons respirent tranquillement... au rythme qui vous convient le mieux... et maintenant 9... pendant que la relaxation gagne un peu du terrain, de proche en proche... des jambes vers les bras, ou des bras vers les jambes... et 8, de l'arrière vers l'avant... ou de l'avant vers l'arrière... allez savoir... vous seul pouvez vérifier ces subtils petits changements... et 7, n'est-ce pas... juste au rythme qui convient... ni trop vite, ni trop lentement... étape par étape... et 6, bien sûr, degré par degré... c'est vraiment intéressant de laisser ainsi les chiffres jouer avec votre conscience et votre corps... en toute sécurité... (etc.). »

Outil 18 : Induction par jeu de rôle

Cette technique d'induction est particulièrement adaptée aux patients résistants, ou critiques, ou méfiants, et pourtant désireux d'essayer l'hypnothérapie. Ici, on va demander au patient de faire « comme si » il expérimentait une véritable transe, en lui décrivant au préalable les signes auxquels on reconnaît un état hypnotique progressif, et en lui annonçant qu'on lui rappellera ces signes pendant le jeu de rôle, au fur et à mesure que le thérapeute fera lui aussi « comme si » il induisait la transe chez le patient, à charge pour celui-ci de faire comme s'il répondait réellement aux suggestions...

Erickson était manifestement un maître en la matière, lui qui devait parfois démontrer devant un auditoire la force des effets hypnotiques même chez les personnes les plus sceptiques. On devine aisément la force suggestive et autohypnotique contenue dans ce genre de situation de type *as if* (que l'on songe simplement aux recherches d'Eckman sur le *facial feedback*, qui tendent à démontrer que les mimiques jouées provoquent dans l'organisme des réactions neurovégétatives en accord avec la mimique [Eckman, Levenson et al., 1983]). Il est souvent difficile et assez ambigu de définir à quel moment le patient fait toujours « comme

si » ou s'il est réellement en état hypnotique, puisque dans les deux cas les réponses sont du même type (surtout si le thérapeute aide le patient à mieux « imiter » les signes de transe).

Une variante de cette technique consiste à demander au patient d'hypnotiser le thérapeute, pour lui permettre de constater comment le thérapeute peut entrer lui-même en transe et ce qu'il peut en faire. Nous avons eu l'occasion de voir une fois François Roustang (1996) procéder de la sorte au cours d'un séminaire d'hypnose avec une participante.

Exemple didactique (avec un élève d'un de nos cours d'hypnose) :

« Bon, je vois que, bien que tu sois convaincu que tu ne peux pas entrer en transe, tu es prêt à essayer d'apprendre ce que c'est... en faisant semblant... Ce n'est pas une mauvaise idée, tu sais... Et je sais d'ailleurs que tu le sais, peut-être sans savoir encore que tu le sais... On apprend une foule de choses en imitant les gens... en faisant comme si... tu l'as certainement expérimenté des milliers de fois dans ta vie... depuis longtemps... mais tout ce que tu as à faire maintenant, c'est de faire comme si les suggestions que je vais formuler... ou que j'ai peut-être déjà commencé à formuler depuis un petit moment, peuvent provoquer en toi les réactions habituelles de quelqu'un qui va dans une transe... Tu peux par exemple faire comme si tu étais très concentré sur ce que je dis... même si ton esprit se balade ailleurs... du reste ce n'est pas si faux, c'est souvent ce qui se passe en hypnose... Tu peux laisser faire ton corps, comme si tu sentais autrement le contact de ton dos et de tes fesses contre ta chaise... ou celui de tes pieds contre le sol... et que cette simple sensation allait détendre ton corps un peu plus... et laisser ton esprit battre la campagne... Par exemple cela pourrait se voir au fait que ton regard devient plus vague... oui, comme ça, très bien... tu es un excellent imitateur... ou que tes paupières s'alourdissent peu à peu... attention, pas trop vite... (go slow) subtilement... et qu'elles ont envie de clignoter un peu... et que tes yeux piquent un peu... et que tes yeux ont envie de se fermer... mais n'en fais pas trop, hein ?... juste ce qu'il faut... ce que tu sens comme juste... car tu m'as l'air franchement doué pour comprendre ce qu'est l'hypnose... peut-être instinctivement... comme si tu le savais sans savoir que tu le sais... D'ailleurs, l'essentiel pour toi et moi en ce moment... oui, comme ça, c'est très bien... l'essentiel c'est que tu sois juste en train de faire comme si... ou comme si tu faisais juste... n'est-ce pas ?... l'essentiel c'est que toi et moi nous sachions que tu es en train de faire semblant, même si tu imites très bien l'hypnose... et que ça a l'air d'être une transe pour de vrai... ne va tout de même pas trop vite... pour que ça ait l'air d'être une transe vraiment vraie... comme si nous avions oublié que nous faisons comme si... moi avec mes suggestions, toi avec les réactions de ton corps et de ta conscience... (etc.). »

Outil 19 : Induction par le lieu de sécurité (*safe place*)

La *safe place* est la formule anglo-saxonne désignant la représentation tranquillisante et réconfortante d'un « lieu » ou d'une « scène » qui a pour effet de créer ou de renforcer un sentiment personnel de sécurité. Cette forme d'évocation peut varier à l'infini selon les gens : souvenir de voyage, « jardin secret », « cercle magique », « *air bag* intime », île réelle ou fantasmagique, « grenier aux trésors », cabane dans un arbre, cachette d'enfance, etc. Elle peut aussi se condenser autour d'un personnage-fétiche, réel ou fictif : grand-père rassurant, Jiminy Crickett, héros de roman ou de film, camarade protecteur de l'enfance, « Mary Poppins personnelle », etc.; ou d'une scène correspondant à un souvenir cher, ou à une expérience inventée ou hallucinée, etc.

Il est assez courant, en hypnothérapie, de demander au patient d'évoquer sa *safe place* personnelle, ou de la construire au cours d'une ou de plusieurs séances. Souvent, le thérapeute ne se contentera pas de demander au patient d'évoquer simplement ce lieu de sécurité, mais de lui trouver un prolongement cénesthésique dans une sensation corporelle qui peut lui être associée, à l'instar d'un « écho sensoriel » (*ancrage*). L'objet d'un lieu de sécurité est d'être utilisé comme « bouée de secours » au bon moment, soit pendant une séance thérapeutique éprouvante par ses abréactions affectives violentes, soit lors de confrontations quotidiennes à des situations stressantes ou traumatisantes, soit encore de façon plus ciblée, lors de la mise à l'épreuve thérapeutique d'une phobie, de crises de panique, de conduites de dépendances diverses, etc.

Il est également possible d'utiliser l'évocation du lieu de sécurité comme technique d'induction. Il suffit pour cela d'expliquer d'abord au patient en quoi consiste ce genre d'évocation, en donnant au besoin quelques exemples rapportés par d'autres personnes (ou vécus par le thérapeute lui-même), puis de lui demander de se concentrer en « laissant venir » l'évocation que son inconscient lui proposera. Lorsque le patient confirme qu'une *safe place* semble montrer le bout du nez, le thérapeute lui demande d'en décrire les caractéristiques le plus fidèlement possible. Au fur et à mesure que le patient décrira son lieu de sécurité, il pourra « s'y voir », « s'y sentir », autrement dit il accédera progressivement à un état de dissociation hypnotique (« ici et là-bas » en même temps).

Une variante de cette méthode consiste à inventer un lieu de sécurité pour le patient, quand celui-ci se dit bien incapable d'en retrouver ou d'en élaborer une lui-même. Cette stratégie peut être indiquée auprès de certains patients gravement traumatisés, ou chez des patients souffrant de pensée opératoire et d'alexithymie (personnalités à structure psychosomatique). En ce cas, la manœuvre est plus délicate et exige une

grande finesse de la part du thérapeute, qui évitera de composer de toutes pièces une *safe place* à « inoculer » au patient, mais s'efforcera d'en « reconstituer » une à l'aide d'indications conscientes et inconscientes données par le patient (*feedback*). L'art de cette approche consiste à trouver le détail touchant, la petite couleur propre au patient (en tenant compte de ce que celui-ci a confié ou montré consciemment ou inconsciemment, dans son langage, son comportement, etc.). En même temps, il faut savoir rester assez vague, pour laisser place aux contenus représentationnels propres du patient, sans l'envahir avec les projections du thérapeute.

Voici des exemples de diverses évocations du lieu de sécurité (mentionnées par des élèves lors des cours d'hypnose) :

- « cette petite plage au Sénégal, lors de mes vacances il y a trois ans » ;
- « le jeu du soleil dans le feuillage des arbres, au pied de la montagne » ;
- « la petite caisse de bois dans la remise, chez ma grand-mère » ;
- « mon oreiller, le matin... que j'emporte même dans mes voyages » ;
- « la main calleuse de mon grand-père, qui contient la mienne » ;
- « ce petit coin en montagne, où je me suis tenu à l'abri de la pluie » ;
- « le visage souriant de ma mère quand elle me bordait » ;
- « le bateau de mon parrain avec ses mains et les miennes sur le gouvernail » ;
- « ma balade à bicyclette vers Liverpool, pour aller au match tant attendu ».

Outil 20 : Induction par lévitation de la main

Cette technique d'induction convient particulièrement aux patients à préférence sensorielle cénesthésique (mais pas seulement). Lors d'une première séance d'hypnose, elle a l'avantage de surprendre le patient.

Procédure-type (inspirée partiellement de Milton Erickson) :

« Laissez-vous simplement aller contre votre fauteuil et relaxez votre corps... tout en prêtant attention à vos mains posées sur vos cuisses... et vous pouvez explorer cette sensation de la texture de votre vêtement sous vos doigts... sous la pulpe de vos doigts... Maintenant, si vous commencez à sentir la texture de votre vêtement sous vos doigts... sous la pulpe de vos doigts... cela évoquera certainement pour vous d'autres sensations, d'autres expériences que vous avez déjà éprouvées... Et, tout en continuant... tout en continuant à explorer cette sensation... la texture de votre vêtement sous la pulpe de vos doigts... il se peut que vous sentiez

votre main devenir plus légère... Oui, il se peut que vous sentiez cette main devenir plus légère... et plus légère... et plus légère... Voilà... maintenant, je ne sais pas, je ne sais vraiment pas lequel de vos doigts a envie de bouger en premier... Peut-être le pouce... ou l'index... ou le majeur... ou l'annulaire... ou le petit doigt... mais dès que ce doigt commencera à bouger, vous sentirez probablement que votre poignet a envie de se soulever un peu... Alors que votre poignet commence à se soulever... peu à peu... vous pourrez remarquer que votre coude a envie de se plier... Et alors que votre coude commence à se plier... votre poignet continue à se soulever, se soulever... de plus en plus haut... et encore plus haut... et au fur et à mesure que votre poignet se soulève, il se peut que vous sentiez vos paupières s'abaisser, en même temps que votre main se soulève... Et tandis que votre main se soulève... de plus en plus haut... il se peut que votre coude ait envie de se soulever, lui aussi... de plus en plus haut... de sorte que votre main se rapproche peu à peu de votre visage... Et tandis que cette main se rapproche de votre visage... vous pouvez constater qu'elle le fait lentement... lentement... jusqu'à ce que vous soyez prêt à prendre une profonde inspiration... et à fermer les yeux complètement... et à entrer dans une transe... Votre main s'approche, s'approche lentement de votre visage... mais vous n'entrez pas encore en transe... pas avant que votre main ait touché votre visage... Il est probable que vous ne serez pas vraiment capable d'identifier cette transe... du moins pas tout de suite... pas avant que votre main s'abaisse lentement, lentement, jusqu'à votre genou... ce qui veut dire que vous allez entrer encore plus profondément dans la transe... serez-vous alors capable de reconnaître la transe ?... »

Outil 21 : Induction par catalepsie du bras

La technique de catalepsie du bras est une technique d'induction rapide assez classique. Elle convient particulièrement aux patients à sensorialité préférentielle cénesthésique, mais également dans n'importe quelle situation où une intervention hypnotique urgente peut s'avérer utile.

Procédure :

On commence par expliquer au patient qu'il peut rester pleinement conscient pendant l'intervention et conserver le contrôle de la situation. On ajoute que l'expérience qu'il va vivre est un processus parfaitement naturel et qu'il lui suffit de permettre à ce processus de se dérouler tout seul.

« *Maintenant, vous pouvez vous relaxer si vous le voulez, pendant que je soulève votre bras comme suit* ». Le thérapeute saisit le poignet du patient entre pouce et index et soulève son bras jusqu'à hauteur de l'épaule environ, puis le mobilise sur le plan horizontal et de façon légèrement circulaire jusqu'à ce que toute résistance musculaire disparaisse. Lorsque le thérapeute

sent qu'une certaine *cataplexie* (inhibition des mouvements volontaires) s'installe et qu'il peut lâcher le poignet sans que le bras retombe, il le fait très progressivement, en ajustant ses mouvements à la respiration du patient et en ajoutant un commentaire du genre : « *Maintenant... il doit y avoir un point de l'espace ou votre bras voudra rester de lui-même... là, oui... suspendu dans l'air... flottant par lui-même... sans que votre volonté s'en mêle... et bientôt ce sera comme s'il ne s'agissait même plus de votre bras... tout juste d'une chose suspendue en l'air... sans le moindre effort* ».

À ce stade, la dissociation hypnotique est normalement acquise et le thérapeute suggère une généralisation de la transe : « *C'est ça... il flotte de lui-même comme vous pouvez le constater... c'est curieux et intéressant, non ?... vous pouvez, si vous le désirez, permettre à cette curieuse sensation de détente et de flottement de se propager dans le reste de votre corps...* »

Un approfondissement de la transe peut être obtenu en ajoutant des suggestions de lourdeur du bras (technique de lévitation inversée), jusqu'à ce que celui-ci s'abaisse et touche le genou (on suggère que ce contact entre la main et le genou sera le signal d'une « plongée » plus profonde dans la transe).

Au cas où le bras du patient reste très lourd et n'accède pas à la cataplexie, on « récupère » la résistance en suggérant que le bras va choir de façon très flasque sur le genou, et que dès que celui-ci sera touché, le patient pourra entrer « pour de bon » dans la transe.

Outil 22 : Approfondissement de la transe

Au terme d'une induction, il peut s'avérer nécessaire d'approfondir la transe, pour aider le patient à accéder à des niveaux plus refoulés ou plus riches, pour mobiliser l'inconscient de façon plus significative, pour élaborer un travail cathartique plus délicat, etc. C'est le cas par exemple lors de la technique de *régression en âge* (outil n° 30), ou lorsque l'on doit aider un patient à revivre une scène traumatique très pénible, qui sera suivie d'une amnésie protectrice, etc. Ou plus simplement, pour améliorer le confort d'une transe, ou une récupération plus complète lors d'un état d'épuisement, etc.

Les méthodes d'approfondissement sont nombreuses. Elles consistent le plus souvent à évoquer l'image d'une progression dans l'espace. Par exemple la descente d'un escalier, marche après marche. Ici l'image d'une descente plutôt que d'une montée est une métaphore adaptée à l'idée de la « profondeur ». Le thérapeute évoque cette image et compte les marches, en glissant entre chaque marche diverses suggestions dissociatives adaptées au patient et à son problème. La façon d'enchaîner les suggestions est importante, elle est idéalement concaténatoire, comme dans la méthode du *pacing and leading* (outil n° 12). D'autres images fréquemment utilisées sont celles de l'ascenseur, ou de la plongée sous-marine, etc. Relevons toutefois que la *métaphore de la descente* n'est pas

toujours forcément indiquée, par exemple si le patient a vécu une scène traumatique dans une cave, un souterrain, ou sous l'eau, etc. La technique du *fractionnement* consiste à laisser le patient entrer-sortir-entrer dans la transe, en glissant la suggestion posthypnotique signifiant que chaque transe nouvelle sera plus rapide et plus profonde que la précédente. Enfin, le *simple silence* du thérapeute, survenant à point nommé, est également une incontestable technique d'approfondissement.

Une autre méthode assez efficace et souvent utilisée est celle de l'*arc-en-ciel*. On évoque pour le patient l'image d'un arc-en-ciel, dont on passe en revue les couleurs, l'une après l'autre, en glissant au passage des suggestions dissociatives et de détente plus profonde, et en associant à l'image de l'arc-en-ciel celle d'un escalier dont on descend les marches. On peut aussi choisir de n'utiliser, comme effet de gradation, que la gamme des couleurs de l'arc-en-ciel, ainsi que l'illustre l'exemple ci-dessous.

Exemple-type :

« Peut-être pouvez-vous imaginer un paysage après la pluie... vous savez, quand l'air est tout propre et que tout paraît neuf et lumineux... et parfois, dans le ciel, ce petit miracle : un arc-en-ciel... Un arc-en-ciel aux couleurs puissantes et riches... comme dotées de vertus secrètes... vous savez que certaines personnes pensent que les couleurs peuvent agir sur nous, sur notre âme, sur notre corps... je ne sais pas si c'est vrai, mais cette idée est plaisante... et vous pouvez jouer avec elles... jouer avec les couleurs... les laisser agir sur vous et vous emmener plus loin dans la transe... Et d'abord la couleur *rouge*... un superbe rouge, comme le rubis qui chatoie dans la nuit... ou comme les cerises gorgées de pulpe juteuse... ou comme les frais coquelicots le long du chemin, en été... ou comme les lèvres de la bien-aimée... ou comme tout ce qui peut se présenter à vous en cet instant... et qui vous plaît... et qui est rouge... et qui vous apaise... et vous emmène un peu plus loin dans la transe... Et puis la couleur *orange*... comme le bel oranger qui luit au matin... orange comme une délicieuse orange... l'ange resplendissant d'une antique enluminure... l'orange qui vous enchante et vous inonde de bien-être... ici, dans ce fauteuil... Et voici le *jaune*... jaune comme le Fleuve Jaune... comme les champs de colza ondoyant sous le vent... comme l'or précieux d'un trésor au cœur d'une île mystérieuse... le jaune qui vous irrigue de lumière et d'euphorie dans les plus petits coins de vos muscles... Vous voilà à mi-chemin... et comme un peintre en son atelier... vous laissez votre regard errer vers les autres couleurs... qui vous attendent... sur l'arc-en-ciel de votre palette... Et vous trouvez le *vert*... comme la cime des arbres... comme le jeu de la lumière dans le feuillage ou dans l'herbe... et saviez-vous, comme disait Erickson, qu'il n'y a pas un seul brin d'herbe qui ait le même vert qu'un autre brin d'herbe ?... oui, plus profond, plus loin encore dans la transe... Et maintenant, le *bleu*... (etc.) »

Outil 23 : Hypnose conversationnelle (1)

C'est l'une des méthodes les plus intéressantes et les plus complexes d'induction hypnotique. Ici, nulle « cérémonie sensorielle », nul besoin de fixer l'attention sur un point, un son, une perception cénesthésique. Le thérapeute se contente de converser tranquillement avec le patient, tout en favorisant le climat dissociatif grâce à la trame spécifique de la communication hypnotique (voir ci-après). La spontanéité et l'improvisation caractérisent cette méthode d'induction, d'où la difficulté de la « standardiser » ou de la « ritualiser » (même dans un souci didactique).

Tout en écoutant le patient, le thérapeute s'efforce de capter l'attention de celui-ci en reprenant ici et là quelques éléments significatifs de sa démarche actuelle, en le surprenant aussi, par un comportement peu « classique » ou prévisible, par exemple en lui narrant diverses anecdotes thérapeutiques qui évoquent d'autres situations analogues. Cette *focalisation de l'attention* du patient fonctionne d'autant mieux si le thérapeute relève et ratifie en passant les premières réactions hypnotiques du patient (respiration ralentie, postures cataleptiques, relâchement musculaire, etc.), tout en suggérant (directement ou indirectement) que ce type de réaction involontaire peut aller s'intensifiant (attitude « permissive »). La transition graduelle entre une conversation banale et une conversation hypnotique se fait très subtilement. N'importe quel comportement spontané ou involontaire du patient pendant cette phase est « accepté » et « utilisé » comme un signe d'installation progressive de la transe (*pacing and leading*). Même les résistances apparentes du patient (sourires sceptiques, interruptions, agitation, etc.) sont acceptées et recadrées dans le même sens.

Le comportement paraverbal et non verbal du thérapeute joue un rôle non négligeable dans cette approche : changements de tonalité vocale, couplage des suggestions avec le rythme respiratoire, les postures, gestes, mimiques, « trafics de regards » (autant d'ancrages de l'expérience en cours). Chacun de ces procédés doit avoir pour effet d'orienter l'attention vers le vécu intérieur du patient (réactivation de ressources « endormies », de souvenirs oubliés, de sentiments refoulés).

Quelques techniques plus spécifiques facilitent cette stratégie. Elles sont décrites dans les quatre rubriques suivantes. Comme toutes impliquent la maîtrise de la « petite grammaire » de la communication hypnotique, déjà décrite dans le chapitre 5 consacré à l'hypnothérapie, nous nous contentons de rappeler ci-dessous les points principaux de cette « grammaire » :

- suggestions simples, faciles à suivre ;
- langage du patient ;

- le patient définit son monde ;
- temps présent et tournures affirmatives ;
- tournures encourageantes et valorisantes ;
- canal sensoriel préférentiel du patient ;
- au lieu d'expliquer-justifier, décrire-narrer ce qui se passe ou peut se passer ;
- ajustement au rythme du patient ;
- signaler au patient les initiatives du thérapeute ;
- adapter la voix à ce qui se passe et à ce qu'il faut faciliter ;
- rhétorique du « corps-sujet » ;
- formulations « ouvertes » au lieu de tournures « fermées ».

Outil 24 : Hypnose conversationnelle (2)

Référence à une expérience hypnotique antérieure

Le patient peut avoir déjà vécu l'expérience d'une transe hypnotique « officielle » (par exemple auprès d'un autre thérapeute). Par ailleurs, il « connaît » déjà l'expérience de la transe informelle « ordinaire » et naturelle (*everyday trance*). Dans un cas comme dans l'autre, le thérapeute va se référer à cette expérience préalable en guise d'induction d'une nouvelle transe. Le procédé consiste donc en une évocation d'une expérience déjà éprouvée de l'état hypnotique, cette simple évocation (habilement formulée) ayant pour effet de réactiver cet état.

Dans le premier cas (transe thérapeutique « officielle » préalable), le thérapeute prendra d'abord la précaution de s'informer sur la façon dont cette première expérience s'est passée. Est-ce un bon ou un mauvais souvenir ? Comment l'a-t-il vécu ? Qu'en a-t-il retiré ? Si l'expérience était positive, le thérapeute pourra demander au patient de se la remémorer et de la lui décrire en détail, autant que faire se peut.

Dans le deuxième cas (transe spontanée « de tous les jours »), le thérapeute commence par expliquer au patient en quoi consiste ce genre de phénomène banal et quotidien, en demandant au patient s'il le reconnaît dans sa propre vie quotidienne. Ce faisant, il glisse dans sa description des suggestions hypnotiques indirectes, amalgamant l'expérience déjà vécue avec celle qui peut être vécue ici et maintenant, au fil de la conversation. Il peut au besoin augmenter cet effet d'induction en décrivant – avec des accents de plus en plus hypnotiques – ses propres expériences de la transe. La séquence des suggestions se fait à peu près sur le mode du *pacing and leading*, selon le principe implicite : « tout en faisant l'expérience de ceci, vous pouvez déjà amorcer l'expérience de cela... ».

Exemple-type (en évoquant une transe ordinaire et spontanée) :

« J'imagine qu'il vous arrive parfois, comme à moi, comme à tout le monde, d'être pris de rêverie, d'être comme on dit « dans la lune », n'est-ce pas ?... Ou d'être absorbé dans une expérience curieuse, où se mêlent en même temps distraction et concentration, par exemple lorsque notre regard est comme capté par un coin de table, une tache sur le mur, le chat en train de se lécher – alors que notre esprit est en train de vagabonder ailleurs... Ou d'être immergé dans une méditation ou une prière au point d'être à la fois présent et absent en même temps... Ou encore, d'être tellement fasciné par un film ou un livre ou un orateur captivant... que vous en oubliez tout le reste... tout en constatant par instants que votre corps est tout à fait détendu et confortable... qu'il a adopté spontanément sa position favorite... alors que votre esprit reste merveilleusement actif... et calme en même temps... tout en apprenant sans fatigue une foule de choses précieuses, sur vous-même et sur la vie en général... Oui, comme en ce moment peut-être, ici même, dans ce fauteuil... alors que votre respiration devient plus lente... que votre réflexe de déglutition est comme inhibé... Et peut-être avez-vous remarqué que... tout en étant absorbé dans cette activité de l'esprit... il vous est parfois arrivé de fermer un instant les yeux... comme pour mieux vous concentrer encore... et goûter davantage le plaisir de cette expérience pourtant si ordinaire (etc.). »

Outil 25 : Hypnose conversationnelle (3)

Progression de l'extérieur vers l'intérieur

Ici, le principe est à peu près le même que dans le procédé précédent, mais il se situe dans l'espace et non dans le temps. Au lieu de se référer à une expérience antérieure, le thérapeute stimule l'attention actuelle du patient vers l'environnement immédiat, en glissant peu à peu des suggestions qui orientent son attention vers ses perceptions intérieures. La technique suggestive est toujours celle du *pacing and leading*, par un renversement progressif du rapport entre choses perçues de l'environnement extérieur (E) et choses perçues de « l'environnement » intérieur (I).

$$E/I \Rightarrow I/E$$

Il est évident que ce rapport est très variable pour chaque personne selon les situations et la disposition d'esprit du moment. Tantôt notre attention est captée de préférence par l'environnement, tantôt orientée vers l'intérieur. La stratégie conversationnelle suivie ici par le thérapeute vise à favoriser la *focalisation interne* de l'attention. La description des perceptions externes implique forcément un certain nombre de

truismes et le fait de les formuler a un caractère insolite qui, ajouté à l'alternance progressive de perceptions internes observables ou déduites par le thérapeute, contribue au climat dissociatif.

Exemple-type :

« Comme vous pouvez le voir (E), vous êtes assis dans votre fauteuil et moi dans le mien... Et vous avez accepté de m'écouter un instant (E) pour expérimenter l'état hypnotique... Et tout en m'écoutant (E) vous pouvez laisser votre regard circuler dans cette pièce (E)... s'attarder sur les tableaux des murs (E)... sur mes livres par terre (E)... peut-être en souriant en dedans de vous-même de mon désordre (I)... Et vous pouvez aussi entendre tous ces bruits familiers autour de nous (E)... les va-et-vient dans le couloir et la salle d'attente (E)... les portes qui s'ouvrent et se ferment (E)... le téléphone de ma secrétaire (E)... tout en appréciant de rester vous-même à l'abri de cette agitation, tranquillement (I)... et en sentant aussi le contact du fauteuil sous vos fesses et dans votre dos (E)... et celui du sol sous vos semelles (E)... en goûtant cette curieuse expérience d'être au calme dans un environnement agité (I)... en me laissant parler sans être contraint de me répondre (I)... en vous autorisant même à rêvasser un peu (I)... d'être agréablement distrait (I)... tout en réalisant que votre corps fait de temps en temps quelques ajustements de posture (E)... pour être plus confortable encore (I)... en toute sécurité (I)... pendant que votre esprit fait des associations fantaisistes (I)... évoque peut-être des images personnelles (I)... qui le rendent actif et lui permettent d'apprendre quelque chose de neuf (I)... sans effort... sans intention particulière, du moins consciente (I)... (etc.). »

Outil 26 : Hypnose conversationnelle (4) Induction et recadrage métaphoriques (« Ça me rappelle une autre histoire... »)

La *métaphore* est une figure de rhétorique impliquant une comparaison entre des choses ou des événements qui ne sont pas littéralement semblables. Ce procédé de langage consiste donc à employer de préférence un terme concret dans un contexte abstrait, par *substitution analogique*, sans qu'il y ait d'éléments introduisant formellement une comparaison. *Le Petit Robert* cite par exemple : « une source de chagrin », « un monument de bêtise ». Aristote donnait quelques exemples de métaphores où le rapport analogique était complètement explicite : « Ce qu'est la vieillesse à la vie, le soir est au jour. On dira donc le soir vieillesse du jour et la vieillesse soir de la vie. » (*In* : Perelman et Olbrechts-Tyteca, 1970).

Les symptômes peuvent être décodés comme autant de métaphores communicationnelles (Bateson) qui reflètent l'expérience du patient et ce qu'il cherche inconsciemment à communiquer au thérapeute. Si ce dernier est suffisamment expérimenté, il doit savoir lire entre les lignes, entendre ce qui n'est pas dit. Au lieu de se contenter de réagir par des interprétations savantes (attitude réductionniste reflétant médiocrement la complexité de l'expérience humaine), Erickson préférait faire davantage confiance à l'inconscient. Celui-ci semble en effet avoir pour caractéristique de communiquer sur plusieurs niveaux de sens en même temps. Pourquoi ne pas en attendre autant du thérapeute ? Ne doit-il pas, lui aussi, favoriser une communication à plusieurs niveaux ? Autrement dit, favoriser des associations utiles entre une expérience vécue et une autre expérience riche d'enseignement et capable d'initier un changement bénéfique.

L'utilisation des métaphores comme stratégie d'induction et de recadrage est une technique typiquement indirecte. Au lieu de se cantonner dans l'expérience du patient, le thérapeute mentionne l'expérience de quelqu'un d'autre, réelle ou fictive (expérience d'un autre patient, expérience personnelle du thérapeute, scène de roman ou de film, témoignage entendu, fait divers, anecdote, etc.). Raconter une histoire permet de capter l'attention du patient pendant qu'à un autre niveau, par substitution analogique, son esprit découvre et apprend d'autres façons possibles de réagir, de penser, de sentir, de décider... Au mécanisme de *distanciation*, qui évite au patient de se sentir trop directement impliqué, s'ajoute celui d'une *identification* « en douceur » à la situation décrite par le thérapeute (ce qui ménage les mécanismes défensifs, la méfiance éventuelle, les craintes). En effet, « ceci est arrivé à quelqu'un d'autre, ailleurs, à un autre moment »... mais « je peux en retirer quelque chose pour moi, ici, maintenant ». C'est de cette façon, par identification ou, si l'on veut, par un effet mimétique de *modeling* à un niveau conscient et inconscient, qu'agissent les contes de fées, les récits traditionnels, les mythes, les légendes, les histoires drôles, etc. (Nous ne sommes pas loin ici de l'objet transitionnel de Winnicott.).

La *technique narrative* pourrait s'appeler : « ça me rappelle une autre histoire »... Erickson était un artiste en la matière, comme en témoignent ses écrits et particulièrement les histoires qu'il racontait à ses patients, rassemblées entre autres par son élève Sidney Rosen dans un excellent petit livre (1986). Il va de soi qu'il ne suffit pas simplement de raconter « cette autre histoire », mais de la raconter en adaptant les mots, les images, l'atmosphère à la personnalité du patient qui l'écoute, après avoir appris un certain nombre de choses de lui (habitudes, passe-temps, goûts et dégoûts, préférences sensorielles, expériences positives ou traumatisantes, etc.). Cette modulation du récit constitue une technique suggestive indirecte qui vient renforcer l'effet de la métaphore utilisée.

Exemple-type (avec un patient souffrant d'attaques de panique dans le cadre d'une phobie sociale ; ici, pour le détail, la préférence sensorielle était cénesthésique) :

« Oui, je commence à entrevoir... et même à *sentir* un peu... à quel point ces moments de panique vous empoisonnent la vie... Ce n'est vraiment pas drôle et je vous plains, vraiment... même si, sur un autre plan, tenez, ça va sûrement vous paraître bizarre, je *ressens* l'envie de ne pas vous les enlever trop vite, ces crises, avec des médicaments ou même l'hypnose... Peut-être parce que, d'une certaine façon, elles doivent vous être utiles... Comment au juste ? Je l'ignore... mais quelque chose en vous le sait peut-être, dans votre esprit inconscient, ou dans vos *muscles*, ou vos *os*, ou votre *peau*, ou votre *cœur*, ou vos *poumons*... Bien sûr, ça paraît saugrenu, n'est-ce pas ?... Mais aussi, ça me rappelle cette histoire, vous savez, celle de l'enfant qui n'avait jamais peur, contée par les frères Grimm, je crois... Un petit garçon qui avait tout pour être heureux... des parents, une jolie maison, des amis, un petit chien... mais il était toujours triste, parce qu'il lui manquait encore une chose, une seule, la peur... Il n'avait jamais connu la peur et trouvait cela bien injuste... Il en venait à envier les autres gens de savoir ce qu'était cette émotion si particulière... parfois si forte, parfois si discrète, car ça peut changer d'intensité, et ça peut partir pour quelque temps, c'est bien connu... alors que lui n'en avait pas la moindre idée, et que son *corps* restait parfaitement calme... Et ce petit garçon grandissait, grandissait, sans jamais ressentir la peur... malgré les efforts faits par ses proches, pour lui rendre service... vous savez, ils se cachaient derrière la porte et lui faisaient « bouh ! », ou bien ils se déguisaient en fantômes la nuit, avec des chaînes et tout... ou bien ils le perdaient au plus profond d'une forêt... mais lui restait *de marbre*, ne perdait jamais la tête, et son cœur battait toujours lentement, et il *respirait* calmement... ses muscles restaient détendus... »

La suite de ce récit développe une intrigue progressive, qui voit finalement notre petit héros – en train de devenir grand – aller à la rescousse d'une princesse enlevée par le diable en personne, la délivrer de sa prison sinistre, pour l'épouser et... éclater en sanglots la nuit des noces, puisque malgré les aventures normalement terrifiantes qu'il vient de vivre, il n'a toujours pas éprouvé la moindre peur. Et c'est sa jeune et belle femme qui trouvera l'astuce pour lui faire – enfin – découvrir ce merveilleux sentiment ! Nous laissons au lecteur la saveur de cette chute et le plaisir d'y opérer – consciemment ou inconsciemment – de très personnelles substitutions analogiques.

Les techniques narratives en psychiatrie connaissent de féconds développements ces dernières années, aussi bien dans le champ de la psychothérapie systémique (en thérapie de famille surtout) qu'en art-thérapie et, bien entendu, en hypnothérapie. Les travaux sociolinguistiques ont

beaucoup contribué à la compréhension de l'importance des récits dans les relations humaines et à leur utilisation judicieuse en thérapie (Gergen et Gergen, 1984). La notion de *construction narrative* et de déconstruction narrative a été particulièrement étudiée dans le cadre de la cybernétique de second ordre, en parallèle avec l'art conversationnel (Anderson Goulishian Winderman, 1986). Des études approfondies des mécanismes narratifs, de la construction narrative thérapeutique, comme la mise au point plus technique de certaines interventions thérapeutiques de ce type ont été publiées par divers auteurs, dont l'auteur de ces lignes, ceci aussi bien dans un setting individuel, que dans le setting habituel de la thérapie de famille, de couple ou de groupe (Salem, 2002a, 2009b ; De Shazer, 1999).

Nous renvoyons le lecteur au chapitre 14 de ce livre (« Histoires d'hypnose ») pour se familiariser avec la technique conversationnelle et narrative en hypnose, par le truchement d'un « métalogue » entre l'auteur et une petite fille consacré à l'art de soigner en psychiatrie, et de quelques histoires cliniques illustrant divers types de recadrages métaphoriques ou narratifs.

Outil 27 : Hypnose conversationnelle (5) Induction par les techniques de confusion

Il s'agit de techniques de communication qui intensifient la dissociation hypnotique en brouillant le système logique habituel du patient, en semant un certain degré d'incertitude dans son esprit. Une anecdote attribuée à Erickson l'aphorisme selon lequel « de la confusion peut jaillir l'illumination ». Les certitudes conscientes du patient peuvent lui jouer le vilain tour d'entretenir sa souffrance (surtout s'il a tendance à intellectualiser et à rationaliser ses troubles). Pour provoquer un changement fécond, il convient parfois de le dérouter dans son dispositif logique, et induire de la sorte une transe qui lui permettra de se « connecter » à ses ressources inconscientes. Cette approche n'a de sens, bien entendu, que si elle est bien maîtrisée par le thérapeute et si elle tient compte des impératifs éthiques habituels¹⁵.

Le procédé consiste à capter l'attention consciente du patient en l'incitant à découvrir une signification à un discours qui n'en a guère, du moins en surface, ce qui « ouvre » l'inconscient aux suggestions thérapeutiques. Deux types de techniques peuvent être utilisées : les *techniques d'interruption* et celles de *saturation de la pensée* (l'une et l'autre exigeant du thérapeute un certain entraînement et... un minimum de bagout).

15. Elle est particulièrement développée dans l'ouvrage intitulé *Le combat thérapeutique* (Salem, 2011).

Les *techniques d'interruption* consistent en déclarations ou gestes du thérapeute qui interrompent le raisonnement habituel du patient à propos de tel ou tel sujet. Cela s'obtient de diverses façons : en modifiant certains paramètres du raisonnement conscient du patient, en amplifiant inadéquatement les implications de ce raisonnement, en altérant le type de réponse normalement provoquée par ce raisonnement, en provoquant de nouvelles associations par des interventions surprenantes, en faisant un geste insolite, en adoptant une posture particulière, etc. L'effet de surprise peut aussi être obtenu par une simple plaisanterie, une remarque paradoxale, une prescription du symptôme, une métaphore, un recadrage bizarre, etc. Pendant que, sur un plan cognitif et rationnel, le patient s'efforce de résoudre ce rébus ou même de comprendre ce qui se passe, sur un plan affectif et inconscient, il devient plus accessible aux suggestions thérapeutiques (par exemple l'analgésie chez un patient douloureux).

Les *techniques de saturation* se caractérisent par de nombreuses répétitions et une surcharge délibérée des canaux sensoriels, combinées ici aussi à des suggestions thérapeutiques (effet de *saupoudrage*). Les répétitions créent ici une sorte de toile de fond (quelque peu ennuyeuse) sur laquelle les suggestions thérapeutiques n'en ressortent que plus intensément. La surcharge sensorielle a pour effet d'amplifier le travail inconscient; une façon originale de la provoquer est la technique de la *double induction* de Stephen Gilligan (1987) : deux thérapeutes assis de part et d'autre du patient font l'induction en même temps en s'adressant chacun à « l'hémisphère cérébral correspondant », l'un par un discours plus rationnel dans l'oreille droite, l'autre par un discours plus imagé dans l'oreille gauche. Ce procédé se réfère à la théorie des deux cerveaux reprise en théorie de la communication par Paul Watzlawick (1980).

Exemple clinique (auprès d'un patient souffrant de violentes nuqualgies sans lésion sous-jacente) :

« Et je peux, si vous le souhaitez bien sûr, de façon ordonnée ou désordonnée, vous renouveler cette ordonnance avec des mots anti-maux qui peuvent remplacer vos maux ou mots par des mots ou maux, puisqu'il y a, comme vous le savez, un temps pour chaque chose et que chaque chose a sa cause pendant que vous et moi on cause. Bien sûr, bon sang de bon sang ! Et d'ailleurs savez-vous quel mot se cache (en regardant subitement ma montre) en médecine sous le mot « mo » pour calmer les maux déguisés en mots ou les mots déguisés en maux, je veux dire bien sûr vraiment calmer, avec un merveilleux soulagement qui vient tout seul comme vient parfois la pluie... douce fraîcheur dans la chaleur torride de l'été... qui vient toute seule et apaise la nature comme les ordonnances

ou désordonnances rédigées de façon ordonnée ou désordonnée et qui peuvent soulager merveilleusement en déplaçant ou en diluant ou en désordonnant et ordonnant les mots sous les mots... vous savez bien... et les plots sous les plots... et le trop sous le trop... et les os sous la peau... (etc.). »

Dans cette même ligne voici, à titre indicatif, une liste de troublantes questions métaphysiques, assimilables à des koans zen, et pouvant servir d'induction conversationnelle (nos élèves l'ont baptisée la « litanie des mystères ») :

Pourquoi « séparé » s'écrit-il tout ensemble et « tout ensemble » séparé ?

Pourquoi « abréviation » est-il un mot si long ?

Pourquoi les kamikazes portaient-ils des casques ?

D'où vient l'idée de stériliser l'aiguille qui va servir à une injection létale pour un condamné à mort ?

Pourquoi les choses se trouvent-elles toujours au dernier endroit où on les cherche ?

Quel est le synonyme de « synonyme » ?

Suis-je de mon avis ?

Je veux acheter un boomerang neuf, comment me débarrasser du vieux ?

Pourquoi les établissements ouverts 24h/24 ont-ils des serrures ?

Pourquoi ne fabrique-t-on pas les avions avec les mêmes matériaux que ceux de leur boîte noire ?

Si un mot est mal écrit dans le dictionnaire, comment peut-on faire pour le savoir ?

Adam avait-il un nombril ?

Si Superman est tellement malin, pourquoi est-ce qu'il met toujours son slip par-dessus son pantalon ?

Si un chat retombe toujours sur ses pattes et une tartine beurrée toujours du côté du beurre, que se passe-t-il si on attache une tartine beurrée sur le dos d'un chat et qu'on le jette par la fenêtre ?

Outil 28 : Le colloque invisible

Le diagnostic de « personnalité multiple », chimère surtout américaine des années 1980 (devenu aujourd'hui le « trouble dissociatif de l'identité », ou DID dans le DSM-IV), soulevait une question qui s'était déjà posée dans les travaux d'Eugen Bleuler sur la schizophrénie et dans les études de Pierre Janet sur l'hystérie. Le patient présente des alternances d'états de personnalité, et passe d'un état à l'autre de façon imprévisible, et sans maîtriser ce processus. Dans cette rubrique, il ne s'agit bien évidemment pas de provoquer je ne sais quel trouble dans la personnalité du patient, mais bien au contraire, d'élargir sa perception de

lui-même et de se connecter aux ressources contenues dans les aspects plus discrets ou carrément cachés de lui-même.

Le narrateur du roman de Luigi Pirandello, *Un, personne et cent mille* (1982), se réveille un beau matin, hanté par la question que lui pose sa femme : sait-il de quel côté son nez est tordu ? Et lui qui ne le savait même pas, que son nez était tordu ! Mais est-ce vrai ? Il s'observe dans la glace, sous tous les angles, s'interroge sur la manière dont il se perçoit, dont les autres le perçoivent, sa famille, son épouse, ses amis, ses collègues. Il doit bien se résoudre au fait que chacun est multiple... C'est le thème-clef de cette technique semi-conversationnelle.

Après que le patient ait exposé son problème (peur, douleur, dilemme, souffrance quelconque), et dès que l'alliance est acquise, on fait l'exercice suivant, qui se développe en plusieurs étapes.

Pour l'induction, on demande au patient de s'installer comme il veut, de prendre conscience de son corps, puis d'évoquer une situation dans laquelle il était – ou il est habituellement – de bonne humeur, plutôt gaie, au point même de se sentir pris de rire (accompagnement facilitateur par un petit rire du thérapeute). On lui suggère alors de « saluer » (ratifier) cette partie de lui-même, de la remercier d'être *capable* de tant de bonne humeur, puis de la « laisser aller dans la salle du colloque invisible, tout là-bas, en lui ».

Ensuite, il est proposé au patient d'évoquer une situation dans laquelle il lui arrivé de se sentir – ou dans laquelle il se sent habituellement – triste, un peu triste, ou très triste (timbre de voix plus mesuré et plus grave du thérapeute). On lui suggère de nouveau de saluer cette partie de lui-même, *capable* de tant de tristesse, de la remercier d'exister aussi, avant de la prier d'aller rejoindre le personnage gai et joyeux dans la salle du colloque invisible, tout-là-bas en lui.

Après quoi, le thérapeute enchaîne sur le même mode avec d'autres « visages » du patient, quand il se sent colérique et agressif, seul et misérable, craintif et anxieux, calme et réfléchi, curieux d'apprendre ou indifférent, sûr de lui et confiant dans la vie, etc. Cette fresque est bien entendu adaptée au patient, appropriée à son histoire et à sa souffrance, à ses vulnérabilités comme à ses atouts aussi. Le nombre de visages différents invités au colloque invisible peut varier, il est inutile d'en faire trop, l'important étant le principe de diversité.

On achève cette espèce d'inventaire en évoquant en dernier lieu une situation dans laquelle le patient est lui-même un thérapeute, un médecin, un soignant disponible pour autrui, évoquant sa sensibilité à la peine d'autrui et son aptitude à aider et à faire du bien à quelqu'un. Il est invité à saluer cette partie de lui-même aussi, avant de la prier de rejoindre les autres dans la salle invisible, tout-là-bas en lui.

Enfin, on suggère au patient de « laisser toutes ces parties discuter entre elles », tout là-bas, dans la salle du colloque, sans s'occuper de ce débat, ni s'en inquiéter, et de se concentrer simplement sur ses perceptions corporelles, ici et maintenant. Il est invité à faire confiance au colloque qui est en train de trouver la bonne solution au problème.

Puis, retour de transe.

Outil 29 : Passerelles affectives (« *affect bridging* »)

Cette technique est une variante des techniques de régression et de progression en âge. Elle peut être plus spécifiquement utilisée lorsque la souffrance actuelle du patient reste connectée à la première fois ou à l'une des premières fois qu'il l'a éprouvée. Méthode indirecte d'exploration et de « réparation », elle s'appuie sur la *métaphore des passerelles (bridge)*, jetées hypnotiquement entre l'expérience actuelle et l'épisode de sa survenue initiale. Il est possible d'inclure dans ce travail de connexion psychologique d'autres étapes du passé et de l'avenir, en ajoutant autant de « piliers » qu'il faudra pour jeter d'autres passerelles. À l'instar de toute technique de reviviscence d'expériences vécues, ce procédé peut déclencher de fortes abréactions affectives et doit être bien maîtrisé par le clinicien, qui l'appliquera en connaissance de cause auprès de patients capables d'en tirer profit.

La procédure à suivre est assez ritualisée. Après l'induction et la vérification d'une bonne mise en place de la communication par *feedback* avec le patient (réponses verbales ou *signaling* idéomoteur), le thérapeute convient avec celui-ci quelle émotion particulière, ou quel symptôme, ou quelle sensation spécifique, identifiable ou non, ils vont explorer ensemble au cours du travail hypnotique. Puis il l'aide à reconstituer un *épisode récent du symptôme* ou de la sensation-émotion. À ce point est construit un *premier « pilier »*, tout en intensifiant au maximum le vécu du patient, à l'aide de suggestions en chaîne (toujours en se repérant sur les *feedbacks* du patient). Puis le thérapeute utilise une *technique de confusion* pour désorienter le patient et amplifier encore la sensation ou le symptôme.

Après quoi vient une *nouvelle régression en âge* jusqu'à l'épisode de la *survenue initiale* du symptôme (ou de l'émotion, de la sensation), et la construction d'un *nouveau pilier* qui permet de relier les deux épisodes par l'*affect bridge*. Les passerelles peuvent bien entendu être parcourues dans les deux sens, vers le passé ou vers le présent, ou même l'avenir (technique de *progression en âge*, outil n° 31). C'est pendant ces divers parcours que se font les suggestions thérapeutiques qui permettront de recadrer l'expérience de façon libératrice ou reconstructive.

Exemple-type (étapes d'un affect bridge avec une patiente souffrant d'un tic complexe) :

- Premier pilier : reconstitution d'un épisode particulièrement éprouvant survenu deux ans auparavant dans le contexte professionnel (moqueries de deux collègues) ; intensification des sentiments éprouvés lors de cet incident (humiliation, rage) ;
- technique de confusion et désorientation (ici, par la métaphore d'une clepsydre décorative que la patiente avait dans son bureau) ; amplification du vécu émotionnel ;
- deuxième pilier : retour plus lointain vers l'épisode initial du tic (au moment des premières règles) ; forte abréaction affective, avec sanglots et gémissements (pas de manifestation du tic) ; *recadrage* par le thérapeute de cette expérience en termes de libération (« et vous avez le droit de laisser sortir tout ce qui doit sortir... comme le signe d'une étape neuve et riche de votre vie... de votre croissance... qui peut vous dévoiler maintenant toute sa signification positive et prometteuse... et faire de vous une femme complète... ») ;
- troisième pilier : retour au présent, examen au passage sur la passerelle de tout ce qui a été appris entre-temps sans s'en rendre compte, de tout ce qui « s'épanouissait » normalement et qui peut aujourd'hui « compter » tant au présent que pour l'avenir ;
- quatrième pilier : anticipation d'une scène de sortie au restaurant puis au spectacle (*progression en âge*), lors de ses prochaines règles, avec sa meilleure amie actuelle, pour célébrer le fait que le tic sera « désormais de mois en mois de moins en moins nécessaire », etc.

Outil 30 : Régression en âge

C'est une technique de réactivation de la mémoire, consistant en une sorte de « voyage subjectif dans le passé ». Avant d'être un procédé hypnothérapeutique, il s'agit bien entendu, à un degré moins accentué, d'un phénomène parfaitement naturel et spontané, propre à n'importe qui (réactivation des souvenirs au fil d'une rêverie). Dans une perspective thérapeutique, cette technique peut servir simplement d'induction ou d'approfondissement de la transe (toute allusion à l'enfance ayant pour effet de faciliter la dissociation hypnotique). Elle peut aussi être utilisée de façon plus élaborée pour faire revivre au patient une période difficile et mal intégrée de son passé, afin de réaménager l'organisation actuelle de ses affects (surtout si ces expériences difficiles jouent un rôle significatif dans la souffrance actuelle, comme c'est le cas dans nombre de troubles posttraumatiques, [Erickson, Rossi et al., 1976]). Il ne faut pourtant pas perdre de vue qu'il s'agit ici davantage d'une reconstruction psychique que de je ne sais quelle « vérification

des faits » comme le veut une certaine mode naïve – et parfois dangereuse (phénomène des *faux-souvenirs* [Yapko, 1990, Loftus, 1993, 1997]).

Dans une toute autre intention, la technique de régression en âge peut au contraire viser à faire revivre au patient des souvenirs heureux et puissants, notamment des expériences fécondes. En effet, la ressouvenance de périodes où il allait bien et faisait des découvertes et des progrès, peut lui réinsuffler un peu de vitalité, de motivation, d'inventivité, stimulant en lui les processus de changement et d'apprentissage. La technique proprement dite consiste à induire une transe selon une méthode appropriée au patient et à la situation, ou en utilisant la régression en âge elle-même en guise d'induction, puis à réactiver les souvenirs du passé. Diverses métaphores peuvent être utilisées par le thérapeute en guise de support : par exemple, le voyage dans un train imaginaire en observant les changements du paysage par la fenêtre (et en y reconnaissant progressivement les décors de l'enfance) ; ou bien l'effeuillage à l'envers d'un « calendrier spécial », en remontant les années jusqu'à la période visée.

L'acte libérateur ou réparateur peut consister en la reviviscence de scènes de traumatismes ou de carences en y « intervenant » grâce au mécanisme dissociatif. Une partie de moi-même permet ainsi à la partie de moi enfant qui est « là-bas » de réagir autrement, de se défendre mieux, de « régler des comptes », d'exprimer enfin les sentiments jamais exprimés à tel parent maintenant décédé, etc. La dissociation est parfois accentuée par le mécanisme du *reparentage* (*reparenting*), qui amène le patient adulte d'aujourd'hui, « ici », à devenir le parent de cet enfant qu'il était, « là-bas », en lui prodiguant par exemple l'amour, la compréhension, le pardon, les encouragements qu'il ne pouvait alors recevoir.

Exemple clinique (fragment d'une séance d'hypnose avec une femme souffrant de boulimie et de vomissements) :

« Oui, je sais bien que vous refusez de revoir votre mère depuis des années... Et je ne vais pas insister pour que vous alliez lui rendre visite et que vous parliez avec elle de ces choses pénibles que vous ne lui pardonnez pas... Notez bien que je n'y renonce pas, vous vous en doutez bien... Mais je ne vais pas vous embêter avec ça aujourd'hui... Je comprends qu'une telle démarche n'est pas facile – même si je suis convaincu que cela vous serait bénéfique... aujourd'hui... de lui pardonner malgré tout sa froideur et son indifférence de jadis... Je vous propose donc simplement d'aller aider cette petite fille en vous... comme aurait dû le faire votre mère à l'époque... en devenant vous-même, un instant... en quelque sorte son autre mère... une bonne mère... et en lui donnant... à cette petite fille... ce qui lui manquait... juste un petit instant... Et tout en

restant avec moi, ici, dans cette pièce... vous pouvez laisser une partie de vous-même... la partie bonne maman... aller vers cette petite fille qui souffre, là-bas... pour la regarder avec douceur et compréhension... oui, comme ça... pour écouter ce qu'elle a sur le cœur... l'aider à exprimer ses sentiments... ses sanglots refoulés... sa colère... sa solitude si difficile pour une petite fille de son âge... peut-être même la prendre un peu dans vos bras... oui, comme vous vous prenez dans vos bras en ce moment... la nourrir un peu... lui donner ce dont elle a besoin... (etc.). »

Outil 31 : Progression en âge

En miroir avec la méthode précédente, la technique dite de progression en âge est une forme d'*anticipation subjective* des événements à venir, dans un futur proche ou lointain. On sait que le fait d'anticiper joue un rôle considérable sur la motivation et sur la façon dont l'affectivité peut, en dépit de la pensée rationnelle, servir ou saboter les projets, les décisions, les réalisations d'une personne. Cet effet de « prédiction autoréalisante » (*self-fulfilling prophecy*) illustre le mécanisme par lequel les attentes conscientes et inconscientes influent sur le comportement ou la santé, (c'est aussi, bien entendu, un facteur présent au cœur de tout phénomène hypnotique, naturel ou provoqué).

Chacun peut anticiper le pire ou le meilleur. Nombre d'étudiants à la veille d'un examen ou de comédiens avant le spectacle connaissent bien ce genre de doute. L'obsession de l'échec peut fonctionner à la façon d'une épée de Damoclès qui finit par choir. Quantité de patients souffrant de phobies, de troubles psychosomatiques, de conduites de dépendance, de maladies physiques récurrentes ou de dépression chronique expriment souvent un sentiment de fatalité face à l'avenir, un pessimisme indépassable, la crainte des « catastrophes à venir », quand ils ne se sentent pas simplement incapables d'imaginer leur futur. Dans la plupart des cas, la tâche du thérapeute est de réinsuffler un peu de confiance et d'espoir au patient. Un moyen élégant – bien plus efficace que toutes les arguties logiques – est le recours à la technique de progression en âge, en vue de faciliter un recadrage plus positif de l'avenir, et ce sur le plan conscient comme sur le plan inconscient.

Une fois la transe obtenue par une induction adaptée à la personnalité du patient, après avoir rappelé quelques-uns de ses atouts actuels et réactivé quelques-unes de ses ressources inconscientes, le thérapeute peut utiliser diverses métaphores de projection dans l'avenir (« boule de cristal », « film d'anticipation », etc.), ou demander simplement au patient d'imaginer un scénario du futur, tant de jours, de semaines, de mois ou d'années après la présente consultation. Pour ce faire, il tient compte de tout ce qu'il sait de la constellation de vie actuelle du patient,

en extrapolant quelques situations plausibles, plus ou moins éloignées dans le temps (vacances prochaines, fin d'une formation professionnelle, mariage ou naissance, décès d'un parent ou d'un ami, émancipation des enfants, vieillesse et retraite, etc.). Puis il invite le patient à « examiner » le scénario choisi en le visualisant à la lueur de ses ressources passées et actuelles, de quelques-unes de ses réussites, de ses aptitudes indéniables, de sa faculté d'apprendre, de sa liberté de penser et d'inventer, etc. Un tel processus peut être renforcé ou remplacé par un jeu de rôles hypnotique sur le même thème et avec la même stratégie de recadrage positif (sorte de « répétition générale », outil n° 18).

Exemple clinique (fragment d'une séance d'hypnose avec un quadragénaire suicidaire, accablé par un divorce dramatique) :

« Je me demande d'ailleurs tout ce que nous pouvons apprendre, vous et moi, aujourd'hui, de cette visite si inattendue, hier, de votre fille aînée... C'est vrai qu'elle vous a fait du bien... Et vous qui pensiez qu'elle vous avait oublié ou qu'elle vous snobait au nom de sa mère !... Et j'ai bien remarqué le ton détendu et le regard fier avec lequel vous m'avez annoncé qu'elle avait décidé de commencer les Beaux-Arts... Vous saviez cela depuis des années... depuis qu'elle était petite... vous saviez combien elle était une artiste douée... Peut-être même que cette intuition... cette certitude confiante qui venait de vous a renforcé son image d'elle-même... et l'a aidée à grandir... à développer ses talents... votre certitude et votre bienveillance de père... votre sensibilité... ont joué un rôle certain dans sa maturation... quelle qu'ait pu être votre vie conjugale... Et comme vous l'avez aidée... à grandir... elle vous aide aujourd'hui à grandir... en vous rappelant tout ce que vous savez faire sans savoir que vous le savez... en vous montrant combien vous pouvez faire du bien et être aimé... Elle vous aide à vous ressouvenir autrement de votre avenir... par exemple dans quatre ans... quand elle aura fini ses études... comme vous vous sentirez heureux et fier de fêter ça avec elle... et avec vos deux autres enfants... et avec vos amis... et vos amies... pouvez-vous imaginer un instant ce jour... où vous fêterez cet événement mémorable ?... (etc.). »

Outil 32 : Hypnose de groupe

Une psychothérapie de groupe met en présence un ou plusieurs thérapeutes et quelques patients (il n'est habituellement pas recommandé que ceux-ci dépassent la douzaine). Il existe une grande variété de psychothérapies de groupe, d'écoles et de méthodes fort différentes.

Le principe commun repose généralement sur la conversation thérapeutique entre patients et thérapeutes. Selon les modèles, l'accent est mis sur le soutien ou la résolution de troubles psychologiques, sur la socialisation, sur l'expression des émotions et la communication, sur l'affirmation de soi, le dépassement des inhibitions, etc. Les techniques utilisées sont variées : psychodrame, jeux de rôles, sculptures, narration, etc. Aux écoles psychanalytiques, cognitivo-comportementales, systémiques, transactionnelles, s'ajoutent encore quantité de modèles de thérapies psychocorporelles (Gestalt, bio-énergie, relaxation, hypnose, training autogène, méditation, sophrologie, *mindfulness*, etc.).

L'effet d'une psychothérapie de groupe repose sur nombre de mécanismes expliqués différemment selon les théories qui les sous-tendent. Citons par exemple des mécanismes tels que l'identification, la facilitation sociale (*effet d'audience*, *effet de coaction*), la substitution analogique, sur le soutien des aires fonctionnelles de la personnalité, sur l'exposition et l'affirmation de soi, sur les processus d'apprentissages relationnels, d'expression de soi et d'écoute d'autrui, etc.

L'usage de l'hypnose en thérapie de groupe connaît plusieurs variantes. Tantôt, les thérapeutes sont directifs, menant la séance selon un plan établi, en prescrivant les thèmes à aborder, les exercices à faire, etc. Tantôt ils sont plus en retrait, se contentant d'assurer la fonction contenante du cadre, laissant place à la spontanéité du processus groupal et à l'initiative de chaque patient. Dans la première variante, seuls les thérapeutes qui font les inductions et les suggestions hypnothérapeutiques, dans la seconde les patients sont invités à diriger à tour de rôle une transe de groupe, après avoir appris à le faire avec les thérapeutes.

Notre propre groupe est de ce deuxième type, il est considéré comme un groupe d'autohypnose et de « *self-help* » (principe du « aide-toi et le Ciel t'aidera »). Les patients y viennent, non pour se plaindre, mais pour développer et renforcer leurs ressources, leurs talents, leurs aptitudes résilientes. Ils sont également invités à soutenir les autres patients, dans le même esprit. L'expérience hypnotique partagée en groupe est assez paradoxale : chacun s'y sent relié aux autres, tout en étant en même temps seul avec lui-même, confronté au plus intime.

Les exercices d'hypnose, initiés par les thérapeutes, peuvent être inventés, mis au point et dirigés par les patients aussi, à tour de rôle, sous la supervision des thérapeutes. Après chaque exercice, les participants sont encouragés à exprimer ce qu'ils ressentent, comment ils tirent profit de cette expérience, quelles difficultés surgissent. Ce véritable processus d'apprentissage circulaire se déroule dans un climat de confiance, de solidarité et de respect mutuel. Chaque participant est invité à pratiquer chez soi les exercices d'autohypnose découverts en groupe.

Voici à titre d'exemple quelques extraits d'une tranche de groupe, conduite par un des animateurs de notre groupe¹⁶. Il s'intitule : *Le livre magique*.

« Je vous laisse vous installer dans la posture qui vous conviendra le mieux en vous rappelant qu'à tout moment, vous pouvez changer de position sur votre siège, que vous pouvez bouger ou vous lever si le cœur vous en dit. Sentez-vous libre d'agir comme vous le souhaitez. Retenez ce qui vous convient et rejetez le reste, comme vous le voulez, quand vous le voulez...

Imaginez-vous maintenant devant un livre de feuilles blanches, un magnifique livre que vous pouvez prendre dans vos mains, pour en apprécier le poids, afin d'en caresser la couverture. Sentez sous vos doigts la couverture de ce livre. S'agit-il d'un vélin ancien, d'un cuir craquelé, d'un papier glacé, d'une couverture cartonnée ?... Vous avez un stylo ou une plume, un crayon si vous préférez, dans la main. Peut-être un chat couché à vos pieds.

Ce qui différencie ce livre de tous les autres, c'est que c'est un livre magique, qui vous permet de vous projeter dans le moment inscrit sur ses pages, instantanément. Pour le moment, le livre est rempli de pages vierges.

Pour commencer, vous pouvez vous imaginer et vous voir en train d'écrire sur quatre pages que vous aurez choisies. Sur la première de ces pages, vous allez écrire : visite à un ami très cher, – et vous entendez le bruissement de votre stylo ou de votre plume sur le papier – sur la seconde : promenade avec un ami, – peut-être le papier « croche-t-il » ou au contraire est-il complètement lisse comme du papier glacé sous la main –, sur la troisième : bon repas avec un ami et enfin, sur la quatrième page : retour « ici et maintenant ». Lorsque vous lirez chacune de ces pages, l'une après l'autre gardez à l'esprit que ce livre est magique et qu'à la lecture de chaque phrase, l'action est immédiate et vous serez projeté dans l'action qu'elle décrit. À vous, alors, de créer votre propre univers, votre propre environnement.

Vous ouvrez le livre à la première page et lisez « visite à un ami très cher ». Sentez-vous partir instantanément vers cet ami, à pied, à cheval, à vélo, en voiture, en avion, en volant... peu importe. Regardez le trajet effectué, percevez les sensations que vous avez peut-être ressenties : le vent dans les arbres, le bruissement des feuilles, par exemple. La caresse de l'air sur votre visage, les teintes du paysage traversé. Avez-vous passé au travers d'un nuage ou dans le brouillard et sentez-vous l'humidité de l'air ? Ou avez-vous longé le bord de mer dont vous respirez les odeurs iodées ? Vous êtes libre d'inventer votre voyage, le

16. Nous remercions chaleureusement Christian Rossire de l'amicale autorisation qu'il nous a donnée de reproduire ici des extraits de son texte (non publié).

temps qu'il fait, la température, le paysage que vous traversez... Et peu importe le but de votre voyage, l'important est peut-être le chemin que vous allez emprunter.

Vous vous retrouvez face à cet ami cher. Comment vous saluez-vous ? Tombez-vous dans les bras l'un de l'autre (soyez attentif au parfum que vous sentez alors, à l'émotion qui vous traverse...), vous serrez-vous simplement la main (cette main est-elle forte, douce, chaude, froide, la pression sur la vôtre est-elle puissante ou comme une caresse), vous embrassez-vous ? Prenez le temps d'inventer ces retrouvailles.

Vous faites un arrêt sur image et ouvrez à nouveau votre livre et lisez la seconde page : « promenade avec cet ami ». Là encore, vous décidez du chemin, de votre conversation, ou s'il s'agit d'une promenade purement intellectuelle, vous choisissez les thèmes abordés, les sentiers que vous explorez ensemble. À votre convenance. Prenez tout le temps qu'il vous est nécessaire. Cela peut être long, très long ou court. Comme vous le souhaitez.

Au terme de cette balade, alors que vous pouvez garder en mémoire toutes les sensations ressenties, toutes les émotions positives qui ont surgi, tous les sons et toutes les odeurs, toutes les images que ce souvenir évoquent, vous ouvrez votre livre et lisez la troisième page : « un bon repas avec mon ami ».

Selon vos goûts et vos envies, vous pouvez imaginer un repas gastronomique enchaînant les plats divers, associés à de grands vins, vous pouvez vous réjouir d'une salade bien croquante ou d'une salade de fruits juteuse et parfumée. Vous pouvez déguster un bon dessert avec un thé ou du café. Quelles odeurs dégagent ces éléments ? Les effluves sont-ils discrets ou forts, piquants ou doux, aromatiques ou frais ? Parmi tous ces plats choisissez-en un que vous prenez le temps de déguster : quel goût sur les papilles, salé ou sucré, acide ou amer, chaud ou froid ? Le parfum s'associe-t-il au goût ou, au contraire, permet-il l'étonnement ? Selon l'endroit dans lequel vous vous trouvez maintenant, posez la main sur la table, vos doigts rencontrent-ils du bois un peu râpeux, une nappe amidonnée, une table de verre complètement lisse, une nappe au crochet ? Comment est le décor : coquet, simple, petit et intime, vaste et ouvert... ? L'endroit est-il nouveau ou vous est-il familier ?

Une fois que vous avez bien profité de ces instants passés avec votre ami, vous aurez alors assimilé toutes les sensations positives de cette visite, des retrouvailles, de la balade et du repas. Vous pouvez refermer le livre magique qui garde en mémoire le souvenir de cet instant magique. Et vous savez que vous pourrez retrouver ces moments en rouvrant le livre magique, que vous rangez quelque part. Et pourquoi pas, un jour, voudrez-vous rajouter des activités sur les pages restées vierges et inscrire quelque nouvelle idée sur l'une des pages blanches... Petit à petit, vous retrouvez les sensations de l'ici et de maintenant,

dans cette pièce, avec le bruit au-dehors : la circulation, les oiseaux, des voix peut-être. Vous reprenez contact avec notre ici et maintenant, en bougeant vos pieds, vos mains, en vous étirant comme un chat si vous en avez envie... »

Outil 33 : « *In the middle of nowhere* »

Cette stratégie indirecte de dissociation, inventée et souvent utilisée par Erickson, consiste à guider le patient vers un « lieu » appelé le milieu de nulle part. Expérience bien évidemment paradoxale à souhait, puisqu'il s'agit de cliver la personne en la situant ici et « nulle part » en même temps, comme l'indique la figure 7.2. En vue de faciliter la dissociation hypnotique, ce procédé utilise en même temps des suggestions directes et indirectes, des métaphores ou des techniques de confusion.

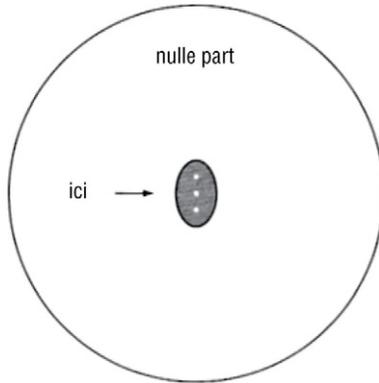


FIGURE 7.2. Au milieu de nulle part.

Ici aussi, une fois de plus, la dissociation a pour but de permettre au patient de « s'expérimenter autrement », en se libérant des contraintes immédiates de la situation (par exemple de violentes douleurs) et en accédant aux ressources de son inconscient. Dans la régression en âge, le fait de laisser ses sentiments retourner vers l'enfance alors que la partie adulte reste « ici et maintenant » participe au même processus paradoxal.

Il va de soi que cette méthode doit être utilisée avec précaution, par un clinicien expérimenté, et avec tous les ménagements nécessaires. Elle est contre-indiquée auprès des personnalités psychotiques (comme un grand nombre de techniques fortement dissociatives). En revanche, elle peut apporter beaucoup d'apaisement et de réconfort à certains patients victimes de violences, ou perclus de douleurs invasives, ou aux grands brûlés, ou aux patients cancéreux en phase terminale. Outre le répit momentané qu'elle procure, elle permet au thérapeute de glisser des

suggestions incitant l'inconscient du patient à élaborer des solutions palliatives ou « réparatrices » pour sa situation actuelle.

Exemple-type (modifié d'après Yapko, 1990) :

« Il est parfois plus facile que l'on ne pense de laisser une partie de soi-même ici... dans ce lit... pendant qu'une autre partie s'éloigne un instant... juste un instant... et se met à dériver agréablement... et dériver encore... sans même que vous sachiez jusqu'où cette partie de vous a envie d'aller... peut-être au milieu de nulle part... ce lieu sans lieu... où le temps est comme suspendu... au milieu de nulle part... où juste ma voix résonne encore un peu... et vos pensées... tout en goûtant le plaisir... et la liberté... d'être dans ce nulle part-là et pas dans un autre... alors qu'habituellement, vous devez bien être quelque part, à un moment donné... mais pas en cet instant... l'espace de cet instant... juste le temps de goûter le plaisir d'être au milieu de nulle part... et d'utiliser ce point de vue pour examiner calmement votre situation actuelle... et laisser surgir de nouvelles idées, qui pourraient vous apporter peut-être une aide que vous n'aviez pu imaginer jusque-là... (etc.). »

Outil 34 : Autohypnose (principes)

L'autohypnose est l'hypnose appliquée à soi-même. Elle consiste à induire une transe personnelle et à entrer en relation avec la partie inconsciente de soi-même, dans un but défini, plus ou moins élaboré. Son principe est extrêmement simple, puisqu'il reprend les mécanismes habituels de l'hypnose mais en s'utilisant soi-même comme partenaire (ou « patient »). En ce sens, l'autohypnose appartient aux stratégies d'autodétermination (courant *self help* des Anglo-Saxons), qui suivent toutes la bonne vieille règle du « aide-toi et le Ciel t'aidera ». La technique de l'autohypnose s'apprend donc selon le même schéma que l'hypnose en général. Le sujet apprend, avec l'aide d'un enseignant ou d'un thérapeute, à comprendre et à expérimenter ce qu'est une transe induite de soi-même à soi-même. Maintes techniques assez simples peuvent être utilisées (cf. outil suivant, n° 35). Il n'existe pas de technique en soi meilleure qu'une autre ; l'essentiel est de choisir et d'exercer celle(s) adaptée(s) à la personnalité du sujet, son tempérament, son contexte de vie, le type de problème qu'il souhaite résoudre, etc.

La première étape de l'autohypnose consiste à repérer en soi la zone de sécurité (*safe place*) et à l'ancrer par des exercices répétés (outil n° 19). C'est à cette zone de sécurité qu'il conviendra de recourir volontairement ou par une sorte de réflexe automatique (acquis par l'expérience) en cas de besoin. Un premier degré d'utilisation de l'autohypnose consiste à exploiter l'état de relaxation et de détente rapide et profonde

que la transe provoque dans l'organisme, par exemple pour calmer un état d'agitation, d'anxiété ou d'angoisse, pour vaincre le trac, pour surmonter une timidité ou une inexpérience, pour court-circuiter des défenses phobiques, etc. Le calme et la « distance » obtenus de la sorte permettent parfois de modifier de façon spectaculaire les performances d'une personne handicapée depuis longtemps par ses limites et habituellement dépendante de l'aide d'autrui, de médicaments ou de stratégies contraphobiques marginalisantes.

Un degré plus élaboré d'autohypnose consiste à utiliser l'état de transe pour « communiquer avec soi-même », soit pour se redécouvrir, soit pour se « reprogrammer » dans le sens souhaité. Dans le premier cas, cette forme de « débat intérieur » consiste à se poser une ou plusieurs questions au sujet de tel dilemme, sans chercher de réponse rationnelle, mais en guettant les réponses de type analogique (images, souvenirs, représentations symboliques ou semi-oniriques du langage inconscient). En ce sens ? l'autohypnose est voisine de maintes techniques de méditation venues d'Asie, ou même de la méditation chrétienne et de la prière. Il s'agit de guetter (sans acharnement) une forme de « révélation » intérieure inédite, qui va ouvrir une nouvelle piste. Dans le deuxième cas, il s'agit de dialoguer avec la partie inconsciente de soi-même en se reformulant tel désir, telle intention, tel acte de confiance, en vue de modifier graduellement un comportement problématique ou même pathologique. On s'en remet alors à « cette partie de moi-même qui sait ce qu'il faut faire, même si je ne sais pas que je le sais ». Cette partie « savante » et inconsciente de soi peut être sollicitée pour modifier des habitudes alimentaires pathologiques (boulimie, anorexie), des conduites de dépendance (alcoolique, tabagique ou toxicomaniaque), des conduites phobiques, des obsessions (rituels de vérification, de lavage, de « conjuration », etc.), des états d'angoisse, des troubles du sommeil, etc. Elle peut également aider à prévenir ou atténuer des symptômes physiques (tachycardies et palpitations psychogènes, hypertension artérielle), migraines, céphalées de tension, douleurs rebelles, troubles respiratoires, troubles digestifs (dysphagie anxieuse, constipation opiniâtre, crampes et coliques nerveuses, brûlures gastriques, aérophagie, etc.), troubles allergiques à composante psychogène (certaines formes d'eczéma, d'alopecie, de rhinite, etc.), troubles urinaires (mictions anxieuses, énurésie), troubles sexuels (frigidité, vaginisme, troubles de l'érection ou de l'éjaculation), problèmes obstétricaux (contrôle des contractions et de la respiration, de la douleur pendant le travail ou l'expulsion, etc.).

Il ne s'agit ici en aucune manière d'une « panacée miraculeuse », mais d'un moyen assez simple – et bien plus imaginatif que le principe d'auto-suggestion de la méthode Coué – de s'aider soi-même en comptant sur le « travail d'équipe » que nous pouvons réaliser avec notre inconscient. Enfin, il nous paraît plus judicieux d'apprendre l'autohypnose avec

quelqu'un d'expérimenté plutôt que de façon autodidacte : le parti à en tirer sera bien meilleur (contrairement aux formules « *do it yourself* » préconisées par beaucoup d'ouvrages en vogue).

Outil 35 : Autohypnose : quelques techniques

Fixation visuelle simple

- Installe-toi confortablement.
- Fixe un point devant toi, un peu au-dessus de la ligne d'horizon.
- Attends tranquillement que tes yeux te donnent le signal de fermer tes paupières (picotement des yeux, brouillage de la vue, clignotement et alourdissement des paupières).
- Laisse tes paupières se fermer d'elles-mêmes (quand elles l'ont décidé et non quand tu l'as décidé).
- Observe comment les muscles de ton corps se relaxent à chaque expiration (en devenant plus lourds et/ou plus chauds, en modifiant les sensations d'autocontact et de contact avec le fauteuil).
- Guette le moment où ta zone de sécurité (*safe place*) va se manifester à ta conscience, sans chercher à la provoquer mais en la laissant venir (sensation particulièrement plaisante de telle partie du corps, image particulière, souvenir « privé » réconfortant, etc.).
- Après t'être assuré que cette zone de sécurité est bien là, examine le problème... avec la distance nécessaire, et laisse venir d'autres idées, d'autres images, d'autres suggestions de la partie profonde de toi-même.

Fixation visuelle du pouce

- Installe-toi confortablement.
- Tends le bras, poing fermé, pouce ouvert et tendu horizontalement vers l'intérieur.
- Fixe du regard l'ongle de ton pouce.
- Attends tranquillement que ton bras décide de s'abaisser de lui-même (et non quand tu le décideras), à son rythme.
- Sans cesser de fixer l'ongle du pouce, attends que ta main s'abaisse lentement jusqu'à toucher ton genou.
- Au moment où elle touchera ton genou, tes yeux seront fermés.
- Laisse alors ta main se détendre d'un seul coup, et du même coup détendre tout ton corps, en faisant le vide et le calme en toi.
[puis les trois dernières instructions du paragraphe précédent].

Poing(s) fermé(s) (induction cénesthésique rapide)

- Serre très fort le poing (ou les deux poings).
- Mets dans ce(s) poing(s) tout ce (ou tous ceux...) contre quoi (ou contre qui) tu te sens fâché ou en colère.

- Serre de plus en plus fort (yeux ouverts ou fermés, comme tu préfères).
- Au moment où la tension ou la douleur deviennent insupportables, prends une profonde inspiration et bloque l'air en toi le plus longtemps possible.
- Puis laisse tomber le(s) poing(s) contre ta (tes) cuisse(s) en relâchant brusquement l'air.
[puis les trois dernières instructions de la fixation visuelle simple].

Pince du pouce et de l'index (induction cénesthésique rapide)

- Serre la pulpe du pouce contre celle de l'index (d'une ou des deux mains), yeux ouverts ou fermés.
- Guette la pulsation du sang dans tes doigts au point de jonction ; au besoin, serre plus fort.
- Lorsque tu perçois la pulsation, prends une inspiration profonde puis desserre légèrement les doigts (en conservant toutefois la sensation de la pulsation).
- Laisse ton corps se détendre avec chaque expiration.
[puis les trois dernières instructions de la fixation visuelle simple].

La petite pause (induction essentiellement cénesthésique, Salem et Veuve, 1999)

Exercice de détente suivi de revitalisation. Convient bien pour une « récupération » rapide. Avec un peu d'entraînement, cet exercice peut être exécuté en quelques minutes à peine.

Phase 1 : recherche de la « petite pause »

Position assise, pieds bien à plat sur le sol.

La respiration se fait naturellement, sans effort.

Concentration maximale sur la fin de l'expirium.

Reconnaissance de la petite pause naturelle du cycle respiratoire entre fin d'expirium et début d'inspirium.

Phase 2 : « libération des tensions » (détente)

À chaque nouveau cycle respiratoire, concentration maximale sur le contact des pieds avec le sol pendant la petite pause.

La perception s'intensifie progressivement, à chaque retour de la petite pause.

Laisser « sortir » par les pieds « ce qui a besoin de sortir ».

Les pieds sont progressivement comme « soudés » au sol.

La sensation des pieds se confond presque avec le sol (*grounding*).

La sensation ne se limite pas seulement à la plante, mais s'étend à tout le pied (orteils, bords, talons, malléoles, toute la cheville : image des statues de Giacometti).

Phase 3 : « remontée d'énergie » (revitalisation)

À chaque nouveau cycle respiratoire, concentration maximale pendant toute la phase d'inspiration.

La concentration se fait sur la sensation de « plein d'énergie » venue du sol, dans la plante des pieds.

La sensation monte progressivement dans les chevilles, les mollets, les tibias, les genoux, les cuisses, les fesses, le bassin, le bas-ventre, le ventre, le thorax, les reins et tout le dos, le cou, les mâchoires, le visage, le front, le cuir chevelu, la nuque.

Quand la sensation est montée à son « faite », prendre une profonde inspiration volontaire, et bloquer l'air dans les poumons (entre glotte et diaphragme).

Garder l'air le plus longtemps possible, puis le relâcher brusquement et fortement avec une petite explosion de la bouche (« pah ! » ou « tah ! »).

Bouger doigts, mains, orteils et pieds. S'étirer copieusement.

Outil 36 : L'évocation

Tous les chemins mènent à Rome. Toutes les techniques hypnotiques mènent à l'inconscient, cette cité mythique et réelle à la fois, gardienne invisible de nos expériences passées et présentes, de nos splendeurs et nos misères. En son centre jaillit l'inépuisable fontaine des ressources. L'art du thérapeute est celui d'un cicérone chargé de conduire le patient à cette fontaine. Le mot *cicérone* désigne la fonction de guide appointé, qui explique aux touristes les curiosités d'une ville, d'un musée, d'un monument. Le dictionnaire nous dit qu'il a été forgé par allusion à la verbosité des guides italiens.

Il est vrai que l'hypnothérapeute doit faire preuve, parfois, d'une certaine faconde, d'un bagou maîtrisé (nombre de techniques nous laissent le penser). Mais là n'est pas l'essentiel, et la technique n'est pas tout. Le véritable talent du thérapeute tient avant tout à son art de l'évocation. Baudelaire disait que « manier savamment une langue, c'est pratiquer une espèce de sorcellerie évocatoire ». L'évocation est au cœur de l'hypnose. Évoquer, c'est « appeler, faire apparaître par la magie », nous dit *Le Petit Robert*. Il s'agit bel et bien de cela : faire venir de l'inconscient ce qui pourra libérer le patient de sa souffrance. Souvenirs enfouis, sentiments refoulés, personnages du passé, mais aussi tous les visages du patient, d'hier et d'aujourd'hui, toute la cohorte de ses « moi », (si la personnalité multiple n'est réellement qu'une pathologie,

nous sommes tous malades). Pourtant, l'hypnothérapie ne consiste nullement à « rendre conscient ce qui était inconscient ». Elle laisse l'obsession de l'*insight* à d'autres. Plutôt que de favoriser l'introspection et « d'éclaircir » les conflits internes en se fondant sur je ne sais quels dogmes explicatifs, elle fait confiance aux aptitudes inconscientes du patient et s'ingénie à les évoquer, les convoquer, les inviter à cette petite fête qu'est un changement thérapeutique.

L'art d'évoquer est quelque chose de plus subtil qu'une simple technique. Il s'agit ici de « l'outil des outils ». Erickson (1983) disait : « J'ai compris que peu de technique est nécessaire si vous êtes prêts à utiliser l'attention de votre patient ». Tous les procédés décrits dans cette « boîte à outils » obéissent à ce principe.

Comment s'aiguiser un tel talent chez le thérapeute, une fois l'apprentissage de base achevé ? Non pas en lisant tous les traités d'hypnose (même s'il faut en lire un certain nombre), non pas en participant à tous les congrès (même si quelques-uns sont une occasion propice de partager l'expérience et non des foires d'empoigne), mais bien davantage en redécouvrant le plaisir de la rêverie, de la méditation, le plaisir de jouer avec un enfant, de lire les poètes, d'écouter les chansons, de réveiller en soi la candeur nécessaire à toute rencontre authentique avec quelqu'un.

Références

- Anderson H., Goulishian H., Winderman L. (1986), Problem determined systems. Towards transformation in family therapy. *Journal of strategic and systemic therapies*, n°5, 1-13.
- Bandler R., Grinder J. (1975), *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson*. Vol. 1, Cupertino, Ca, Meta Publications.
- Bandler R., Grinder J. (1982), *Les secrets de la communication*. Le Jour.
- Brosseau G. (2005), *Ne rien faire : l'induction paradoxale*. In : Benhaïem J.-M. (dir) – *L'hypnose aujourd'hui*. Paris, Ed. In-Press, p. 121.124.
- Chew G. (1967), Closure, locality and the bootstrap. *APS Journal, Phys. Rev. Lett.* n°19, 1492-1495.
- Duruz N. (1994), *Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes à une analyse comparative*. Neuchâtel - Paris, Delachaux et Niestlé.
- Eckman P., Levenson R.W., Friesen W. (1983), Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, n°221, 1208-1210.
- Erickson M. (1983), *Healing in hypnosis*. New York, Irvington.
- Erickson M., Rossi E., Rossi S. (1976), *Hypnotic realities*. New York, Irvington.
- Fivaz-Depeursinge E. (1993), *L'apport des travaux de Daniel Stern à la compréhension de la famille*. CEF.
- Gergen M.M., Gergen K.J. (1984), In : *The social construction of narrative accounts*. *Historical Social Psychology*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Assoc. Inc. Publ. p. 173-190.
- Gilligan S. (1987), *Therapeutic trances. The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy*. New York, Brunner Mazel.

- Hersch J. (2003), *L'étonnement philosophique, Une histoire de la philosophie*. Paris, Ed. Gallimard, Folio Essais.
- Hoareau J. (1992), *Hypnose clinique*. Paris, Masson.
- Lenk W. (1985), Vorschläge zur Veränderung der Simonton Programms. In : *Hypnose und Hypnotherapie nach M. B. Erickson*. Peter, éd. Pfeiffer Verlag.
- Loftus E.F. (1993), The reality of repressed memories. *American Psychologist*, n°48, 518-537.
- Loftus E.F., Ketcham K. (1997), *Le syndrome des faux souvenirs*. Traduit par Y. Champollion. Paris, Exergue.
- Molinié G. (1992), *Dictionnaire de rhétorique*. Paris, Librairie générale française.
- Perelman C., Olbrechts-Tyteca L. (1970), *Traité de l'argumentation. La nouvelle rhétorique*. Bruxelles, Éd. Universitaire de Bruxelles.
- Rosen S. (1986), *Ma voix t'accompagnera. Milton H. Erickson raconte*. Paris, Hommes et Groupes éditeurs.
- Salem G., Veuve L. (1999), *La petite pause. Une technique d'autohypnose*. Lausanne, Ling.
- Salem G. (2002a), La narration thérapeutique. In : Stitelmann J. *Au-delà de l'image. Processus et émergences créatrices en art, en thérapie et lien social*. Genève, Éditions des Deux Continents, p. 91-120.
- Salem G. (2002b), *L'hypnose*. In : Duruz N, Gennart M. *Traité de psychothérapie comparée*. Genève/Paris, Médecine et hygiène, p. 345-373.
- Salem G. (2009a), *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris, Masson, 5^e édition.
- Salem G. (2006) (2^e édition, 2011), *Le combat thérapeutique*. Paris, Armand Colin.
- Salem G. (2009b), *Le baiser du prince*. In : Bonvin E, Storms E. *Nature et mouvements de la relation humaine. Hypnoses*. Genève, Ed. Médecine & Hygiène, p. 139-166.
- Shazer (de) S. (1999), *Les mots étaient à l'origine magiques*. Bruxelles, Sotas.
- Spiegel H., Spiegel D. (1978), *Trance and treatment. Clinical uses of hypnosis*. New York, Basic Books.
- Stern D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Von Krafft-Ebing R. (1963), *Psychopathia sexualis*. Paris, Payot.
- Watzlawick P. (1980), *Le langage du changement. Éléments de communication thérapeutique*. Paris, Seuil.
- Yapko D.M. (1990), *Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York, Brunner & Mazel.

PARTIE III

Autour de l'hypnose

CHAPITRE 8

Place de l'hypnose dans le champ des psychothérapies

E. Bonvin

« *L'hypnotisme est bien mort...
jusqu'à ce qu'il ressuscite.* »

Pierre Janet

Les trois dernières décennies ont vu l'éclosion de centaines de modèles et de techniques psychothérapeutiques différents. En 1980, Herink (1980) identifie au moins 250 formes de psychothérapie. En 1986, Karasu (1986) en dénombre plus de 400. Cet important pluralisme percuté l'identité des thérapeutes dans leur fonction et les amène à un recadrage constant de leur position qui peut aller du purisme à l'éclectisme le plus large (Duruz, 1994). Les personnes malades ou en quête de soins recourent fréquemment à différentes approches dans leur itinéraire thérapeutique tout en s'interrogeant fréquemment sur ce qui les distinguent les uns des autres. Aussi, le thérapeute doit-il pouvoir informer son patient sur les particularités de l'art qu'il exerce et des différences qui le distinguent d'autres approches. Afin de l'y aider, nous allons situer l'hypnose, et la suggestion qui en découle, dans le cours de l'évolution historique de la psychothérapie. D'autre part, nous allons préciser pourquoi l'hypnose, qui se pratique depuis plus de 150 ans, occupe toujours une place fondamentale, pertinente et d'actualité dans le domaine des soins.

Les prémices de la psychothérapie : de Mesmer à Bernheim

Franz Anton Mesmer (1734-1816) révèle à Vienne le « *magnétisme animal* » et, malgré les controverses dont il fait l'objet (Stengers, 1995),

parvient à intégrer cette notion, déjà traitée par Paracelse deux siècles plus tôt (Braun, 1994), dans un cadre scientifique (Stengers, 1995). La thérapeutique mesmerienne, ou cure magnétique, consiste alors en une magnétisation qui vise à provoquer une crise assurant à la fois la révélation patente du symptôme et le premier pas vers la guérison (Ellenberger, 1994). Louis XVI nomme alors une commission de l'Académie des sciences et de médecine qui conclut que le fluide, le magnétisme animal, n'ayant aucune existence matérielle, n'a pas d'existence du tout, si ce n'est celle de l'imagination. Bien que réfutant l'existence du fluide magnétique dont parle Mesmer, cette commission accorde, à son propre insu, une validation scientifique implicite au pouvoir de l'imagination et fait ainsi de Mesmer le précurseur non seulement de l'hypnose mais aussi de la notion même de psychothérapie, et donc, entre autres aussi, de la psychanalyse (Chertok et Stengers, 1988 ; Stengers, 1993, 1995). Le marquis de Puységur (1751-1825), élève de Mesmer, démontre ensuite la nature psychologique de cette cure magnétique et décrit en 1784 le somnambulisme artificiel ou sommeil hypnotique. Sans crise convulsive, cet état permet une communication verbale avec le sujet et Puységur inaugure ainsi la thérapie par le langage.

L'Abbé Faria (1755 env.-1819), autre élève de Mesmer, est reconnu par Pierre Janet (1919) comme étant le premier disciple de Mesmer à avoir décrit avec précision les méthodes et les effets de l'hypnose. Il entrevoit toutes les possibilités de la suggestion hypnotique dans le traitement des malades nerveux et Bernheim (1884) écrit à son sujet : « À de Faria appartient incontestablement le mérite d'avoir le premier établi la doctrine de la méthode de l'hypnose par la suggestion et de l'avoir nettement dégagée des pratiques singulières et inutiles qui cachaient la vérité ».

Le XIX^e siècle est ensuite une grande époque pour la psychothérapie. L'hypnose y connaît un essor tout particulier dès sa conceptualisation par James Braid (1795-1860) en 1843, et cela jusqu'à la fin du siècle. Elle connaît alors son apogée dans la grande rivalité qui oppose l'École de Nancy, qui lui attribue des bases psychologiques sous l'effet de la suggestion, et l'École de la Salpêtrière, qui la considère comme une manifestation psychopathologique de l'hystérie.

Naissance de la psychothérapie

C'est en 1891 que Marcel Gauchet et Gladys Swain (1986) font dater la consécration du vocable *psychothérapie*, dans la langue médico-psychologique, année de la publication du livre de Bernheim (1891) : Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Mais Gauchet et Swain précisent aussi que l'intelligibilité du phénomène à sa naissance exige de distinguer

trois sources qui vont tantôt se mêler, tantôt s'échanger et tantôt jouer contradictoirement :

- un courant de pensée médico-psychologique attaché à l'idée de « l'influence de l'esprit sur le corps » ;
- la réactivation de l'héritage psychiatrique du traitement moral à la faveur de l'émergence d'une nouvelle problématique des névroses. Cela sous deux aspects : institutionnel et individuel. Weir Mitchell (1887) avait recommandé dès 1875 et 1877 le traitement des maladies nerveuses par le repos absolu et la suralimentation. L'idée va peu à peu s'insinuer que l'élément réellement actif dans ce type de traitement, c'est moins le facteur physique qu'avait en vue son promoteur – combattre l'épuisement – que le facteur psychique mis en œuvre au travers de l'isolement. Ainsi, ce cheval de bataille des premiers aliénistes va retrouver une seconde vie ;
- l'impulsion centrale, décisive en matière de fondation des psychothérapies est venue, on le sait, de la réinterprétation par l'École de Nancy des phénomènes hypnotiques spectaculairement promus par l'École de la Salpêtrière. Là où Charcot et ses élèves voyaient des faits de névrose artificielle de nature hystérique, Bernheim va peu à peu imposer, de 1884 à 1891, l'idée que l'état hypnotique est un « sommeil déterminé par suggestion », laquelle suggestion n'est que l'exagération d'une disposition présente chez la plupart des individus. Bernheim va déplacer l'immense intérêt suscité par une pathologie extraordinaire sur une thérapeutique extraordinaire. C'est la découverte d'un nouveau pouvoir de l'homme sur l'homme. Bernheim (1891) écrit alors : « J'ai établi définitivement que le sommeil provoqué n'est pas nécessaire pour obtenir les phénomènes dit hypnotiques ; que tous ces phénomènes, anesthésie, catalepsie, actes automatiques, obéissance passive, hallucinations, effets thérapeutiques, peuvent être obtenus chez certains à l'état de veille sans manœuvre préalable, par la seule parole ». Comme le décrit Janet (1919), entre 1888 et 1896, la suggestion dans sa version nancéienne connaît un engouement mondial spectaculaire. Il décrit aussi comment elle a cessé d'être pratique en vogue avant de vivre une quasi-dissolution. Mais il parle d'éclipse passagère. Durant le XIX^e siècle, l'hypnose alimente de nombreuses variantes psychothérapeutiques qui alimentent considérablement la première psychiatrie dynamique. Elle est ensuite aussi à la base de nombreuses psychothérapies issues des nouvelles conceptions qui caractérisent l'approche du psychisme au XX^e siècle, à l'exemple de l'analyse psychologique et thérapie dynamique de Janet, de la méthode analytique réductrice, de la méthode cathartique, et plus tard encore de l'imagination dirigée de Desoille et Jung (Ellenberger, 1994).

Du déclin de la suggestion à la réponse par la persuasion

Au passage du XIX^e au XX^e siècle, l'hypnose subit un grand déclin et cela dès la fin du conflit opposant les écoles de Nancy et de la Salpêtrière. Les questions des limites de la suggestion se posent alors avec détermination : superficialité du traitement révélée par l'amélioration éphémère qu'elle apporte, influence externe avec substitution momentanée de la volonté du médecin à la volonté du patient, résistance du patient à la suggestion et dépendance du malade envers l'hypnotiseur. Ainsi, très vite, une réaction va se dessiner chez les praticiens et va conduire à une résurgence assez étonnante du vieux traitement moral dans sa notion même et dans son dispositif pratique. Ainsi, la thérapie doit passer dorénavant par une exigence d'approfondissement, par l'élucidation des racines du trouble et une connaissance partagée en plus d'une thérapie subie. Ainsi en va-t-il de la nécessité de la participation du patient au plan du moyen thérapeutique et d'une exigence claire quant au but du traitement, car une vraie guérison psychique ne peut être que libération vis-à-vis du mode de traitement et vis-à-vis de la personne du médecin.

Ainsi va naître, à l'opposé de la psychothérapie par suggestion, une psychothérapie par persuasion impliquant un effort de volonté de la part des patients. Il faut savoir inculquer au malade cette conviction qu'il va guérir. Il faut au médecin le don de persuasion (Déjerine et Gauckler, 1911). Mais en fait tout est conditionné par le poids affectif acquis par le médecin auprès de son malade. Le psychothérapeute doit, s'il veut modifier la mentalité et le moral de son malade, s'adresser à peu près uniquement au sentiment. Il y a là une recherche embarrassée d'une sorte de pouvoir du médecin sur son patient que Déjerine (Déjerine et Gauckler, 1911) appelle « la confiance absolue », qui est en fait l'amour : « savoir se faire aimer ». Mais le but est clair : il s'agit de trouver un équivalent de la mise à disposition entière du malade réalisée par l'endormissement hypnotique.

Le compromis de la psychanalyse

Les grandes découvertes sur le psychisme et l'inconscient s'imposent au début du XX^e siècle avec Josef Breuer (1842-1925), Pierre Janet (1859-1947), William James (1842-1910), Théodore Flournoy (1854-1920) et enfin Sigmund Freud (1856-1939). En regard de ces courants de base que sont la suggestion et la persuasion, on mesure à quel point ce qui a fait la force d'accréditation incomparable de la psychanalyse freudienne, c'est sa puissance explicative. Mais pas seulement, car remplacée dans ce contexte, celle-ci apparaît comme la démarche

synthétique par excellence¹. Ce que Freud a su faire, c'est trouver la voie médiane entre suggestion et persuasion, une voie de conciliation des opposés par leur approfondissement mutuel. Il ne s'est pas détourné de l'hypnose sans rien vouloir en prendre. Il a cherché à en pénétrer le principe actif, à l'isoler et le conserver dans la cure. Il est impossible de faire l'économie de cette position d'influence privilégiée révélée par le rapport de suggestion. Tout le développement de la théorie du transfert n'est intelligible qu'en fonction de cet effort pour dépasser l'aliénation suggestive, tout en jouant encore plus profondément de ses ressorts. Il est de même parfaitement illusoire de croire que l'on peut remplacer le tout pouvoir de l'hypnose par le tout savoir d'une confession sans réserve, comme si on n'allait pas buter de la même manière sur les résistances du patient.

La diversification des psychothérapies a marqué les débuts même de la psychanalyse. On connaît en effet la « défection » d'Alfred Adler en 1912, suivie de peu par celle de Carl-Gustav Jung en 1913, dissidences qui affectèrent beaucoup le maître de Vienne (Freud, 1914). Mais, on le sait, les divergences n'allèrent pas s'arrêter là : Otto Rank provoque Freud avec sa théorie du traumatisme de la naissance, Sandor Ferenczi insiste sur l'analyse active avec les patients psychotiques, etc. Chez les psychanalystes d'enfants, très vite, Mélanie Klein va croiser le fer avec Anna Freud. Lacan s'oriente vers le structuralisme alors que Binswanger initie l'existentialisme et l'antipsychiatrie de Laing. Wilhelm Reich, pour sa part, s'éloigne dans le freudo-marxisme et développe la végétothérapie qui devient la bioénergie avec Löwen. Sans oublier les travaux de Éric Fromm et de Hartmann qui inspirent les thérapies de groupe ou le culturalisme et l'ethnopsychiatrie de Georges Devereux. À la mort de Freud, la psychanalyse apparaît déjà bien éclatée. Il ne faut donc pas s'étonner que 50 ans plus tard, la diversification ait l'ampleur qu'on lui connaît (Roudinesco, 1986).

Retour du corps manquant

Bien que le compromis psychanalytique semble séduire les esprits du siècle par sa force explicative, celui-ci révèle une faiblesse de taille : l'absence du corps du champ thérapeutique. Ce point faible du modèle psychanalytique amène d'autres démarches à réaliser un autre compromis que celui de la psychanalyse en y insérant, entre suggestion et persuasion, le corps. L'idée de repos physique avait fait son chemin. En

1. En fondant l'édifice psychanalytique, Freud a aussi donné une place centrale à la remémoration et à l'histoire du sujet (développement). Il s'est ainsi fortement inscrit dans le courant dominant de la modernité qui pose l'histoire en *ultima ratio* et la mémoire en reflet de l'âme (voir à ce sujet notre chapitre sur l'hypnose et la mémoire).

effet, en 1875, Weir Mitchell (1887) avait déjà recommandé le repos absolu et la suralimentation pour le traitement des maladies nerveuses. Cette idée laissa peu à peu place à la notion de décontraction. C'est ainsi que Johannes Heinrich Schultz (1884-1970), médecin psychiatre formé à la psychanalyse, élève d'Oskar Vogt concepteur de l'autohypnose, et d'Edmund Husserl père de la phénoménologie, amène le constat suivant : la déconnexion hypnotique ne serait pas la cause de la décontraction mais sa conséquence. Partant de ce constat, il conçoit dès 1911, met au point et diffuse dès 1932 une technique autosuggestive qu'il nomme *Training autogène* (Schultz, 1958). Ce concept de détente et le training autogène ont été largement diffusés dans le monde occidental. L'explication psychodynamique décrit le training autogène comme une méthode psychothérapique comparativement plus brève que la cure psychanalytique, créant un moi thérapeutique auxiliaire qui développerait chez le patient un Surmoi bienfaisant, capable de résoudre des tensions inconscientes. Il s'agit donc selon Durand de Bousingen (Durand de Bousingen, 1961; Durand de Bousingen et Kammerer, 1968) « d'une autohypnose provoquée par des modifications volontaires de l'état tonique associée à une concentration de la conscience et du travail imaginaire ». La méthode comprend deux cycles : un cycle inférieur, au cours duquel le sujet apprend à induire la pesanteur puis la chaleur dans ses membres, à découvrir son cœur, à désinhiber sa respiration, à rafraîchir son front, etc., et un cycle supérieur, au cours duquel l'état hypnoïde induit sert à recevoir des « formulations organo-fonctionnelles et des formules intentionnelles » et à obtenir des images et des associations qui sont manipulées par le thérapeute. Le training autogène est donc très loin d'un simple repos contrôlé et doit être dirigé par un médecin spécialisé. C'est aujourd'hui la méthode de relaxation scientifique la plus répandue à travers le monde. Par cette remise en honneur de l'autohypnose (Lemaire, 1964), Schultz a ouvert la voie à de nombreuses autres approches, et a engendré plusieurs variantes dont nous citerons les plus connues :

- le training autogène selon Wolfgang Luthe, élève de Schultz et diffuseur américain de sa méthode qui comporte des « corrections » d'orientation psychothérapique mettant davantage l'accent sur la relation thérapeute-patient (Haumont, 1980) ;
- la rééducation psychotonique de De Ajuriaguerra et Lemaire qui utilise la détente de type training autogène tout en privilégiant les éléments relationnels dans une perspective psychanalytique (Ajuriaguerra et Cahen, 1972 ; Guelfi et al., 1987 ; Lemaire, 1964) ;
- le training autogène modifié (TRAM) des sophrologues Raymond Abrezol et Armand Dumont. Ceux-ci ont modifié le training autogène, purement statique, en y insérant des exercices dynamiques (Abrezol, 1989 ; Hubert et Abrezol, 1990).

Mais cette conception que revendique Schultz sur la détente physique suggérée comme inductrice d'un état hypnoïde a aussi une rivale d'obédience persuasive : la notion de relaxation d'Edmund Jacobson. Celui-ci prend pour point de départ le travail d'un Français du XVIII^e siècle, Alfred Fouillée (1838-1912), sur les sursauts involontaires chez l'homme. Il postule ainsi avec lui le principe suivant : la détente de la musculature volontaire fait le lit de la détente nerveuse. Mais il veut exprimer cela dans un langage exclusivement physiologique et définir la relaxation : c'est l'absence de toute contraction musculaire, traduite à l'enregistrement électromyographique par un potentiel égal à zéro, et cela même avec un appareillage très précis. Jacobson (1948), en 1929, ressuscite ainsi le terme médical alors vieilli de relaxation², si bien que la nouvelle carrière du mot a valeur d'anglicisme, qu'il définit comme une détente psychosomatique contrôlée. Jacobson postule que la détente des muscles striés puis lisses amène une détente corporelle globale, accompagnée du repos émotionnel. Il insiste sur le fait que la détente s'atteint par la passivité et se maintient par une économie d'énergie (Bernier, 1988). Cette méthode rejette en bloc la suggestion, l'hypnose et toute forme de psychothérapie (Haumont, 1980), elle se veut strictement persuasive à l'aide de l'instrument de mesure, l'électromyographe, qu'utilise le relaxateur. Cette méthode est à l'origine d'autres approches :

- la désensibilisation systématique de Wolpe, neuropsychiatre américain de l'École comportementaliste. Elle dérive de la méthode de Jacobson enrichie de données psychothérapeutiques non psychanalytiques. Mais là, le thérapeute n'hésite pas à utiliser la suggestion, voire l'hypnose pour hâter le traitement ;
- la technique du *biofeedback*, qui repose sur la théorie cybernétique des boucles de rétroaction, rendues perceptibles par des appareils de mesures biologiques : thermographique, électromyographique ou encéphalographique. On peut définir le *biofeedback*, ou rétroaction biologique, comme l'utilisation d'appareils de mesure servant à fournir à l'organisme une indication concernant l'état d'une fonction physiologique, habituellement afin d'y effectuer un changement. La théorie de l'apprentissage et, plus spécifiquement, du conditionnement opérant, constitue le cadre théorique auquel le *biofeedback* est le plus souvent rattaché (Borgeat, 1988).

Enfin, certaines méthodes ont combiné les méthodes de Schultz, de Jacobson et d'autres systèmes psychothérapeutiques : d'une part, la relaxation analytique mise au point par Jarreau et Klotz, qui emprunte au

2. Déjà en latin *relaxatio* signifiait relâchement d'un prisonnier et détente, repos. Le vieux français garda les deux sens, faisant de relaxation un doublet un peu pédant de relâchement (H. de Mondeville, 1314).

training autogène de Schultz le premier temps du cycle inférieur (pesanteur), et comme vecteur, la relaxation générale de Jacobson avec son « principe rationnel de solidarité entre tonus musculaire et tension psycho-affective » ; et d'autre part, la régulation active du tonus musculaire de Berthold Stokvis (Stokvis, Monserrat-Estève et al., 1972) qui a pour objet de modifier, chez l'être humain considéré comme une entité psychosomatique, le tonus musculaire jusqu'à ce qu'il atteigne un niveau optimal, ce qui permet une relaxation générale, tant physique que psychique. Cette régulation est dite active parce qu'elle exige une collaboration totale du patient. Celui-ci doit coopérer effectivement au traitement et se sentir entièrement responsable de sa guérison, dès qu'il commence à faire les exercices indiqués par le thérapeute (Haumont, 1980). En ce qui concerne les exercices, si les conditions sont proches de celles décrites par Schultz, le patient décontracte cependant ses groupes musculaires les uns après les autres, un peu à la manière de la méthode de Jacobson. Mais Stokvis attache plus d'importance à la sensation de décontraction musculaire qu'à la décontraction musculaire elle-même. Cette méthode a le mérite d'être plus brève que les autres, quels qu'en soient les résultats (Haumont, 1980).

De nombreuses études (Borgeat, 1982 ; Hillenberg and Collins, 1982 ; Shapiro, 1982) ont tenté de démontrer l'efficacité de ces diverses pratiques – de relaxation, de méditation, d'autocontrôle – et de les comparer entre elles. Bien que toutes ces pratiques montrent une efficacité significative, aucune ne montre de différence significative par rapport à une autre méthode (Thompson, Haber et al., 1981). Ce constat a mené Benson (1976) à une synthèse de ces différentes pratiques et l'a conduit à postuler que ces rituels amènent une réponse de relaxation de l'organisme qu'il nomme « *the relaxation response* ». Partant de cette notion, il a identifié quatre constantes communes aux méthodes de relaxation et de méditation :

- un environnement paisible, donc une réduction des stimuli visuels et auditifs ;
- un outil mental qui aide l'esprit à s'extraire de ses préoccupations habituelles, par la concentration sur une fonction corporelle (la respiration) ou même sur un objet (une bougie) ;
- une attitude passive qui implique une certaine indifférence vis-à-vis des résultats (les distractions constituent un phénomène naturel et ne doivent pas être considérées comme une erreur ou un échec) ;
- une position confortable qui favorise la détente musculaire (des positions moins passives ont été conçues pour éviter l'endormissement des personnes qui méditent durant des périodes prolongées (Bernier, 1988).

Ainsi, rappelons-le, les méthodes de relaxation tirent leur origine des méthodes de Schultz et Jacobson, en grande partie de l'autohypnose, et sont toutes issues d'un compromis entre suggestion, persuasion et corps.

Toutes appliquent le même principe : la détente de la musculature volontaire fait le lit de la détente nerveuse ou d'un état modifié de conscience. Ces techniques ont pris une place considérable dans les pratiques médicale et psychiatrique. Les méthodes de relaxation invitent à une expérience de décontraction, de relâchement, de passivité, associée à un arrêt volontaire des activités mentale et physique. La relaxation est définie comme un état situé sur un continuum entre l'état de veille et le sommeil. La capacité d'atteindre rapidement cet état et « à volonté » constitue l'objectif ultime de l'apprentissage des méthodes de relaxation d'ordre médical. Les techniques de relaxation constituent une ritualisation du processus de détente. La détente n'est alors pas une fin en soi mais un moyen de diminuer ou de faire disparaître des inconforts psychologiques (par exemple l'anxiété) ou des symptômes physiologiques (par exemple des céphalées de tension), et d'accéder à une meilleure qualité de vie.

Épuisement du modèle psychanalytique

Très tôt, certaines thérapies se sont constituées par opposition à la psychanalyse. Ainsi en est-il du psychodrame de Moreno (Cottureau, Manus et al., 1990) qui se veut une technique thérapeutique radicalement différente de la psychanalyse basée sur l'action et l'activité. Roger Vittoz (1954, 1955) considérait pour sa part, au début du siècle, que les névroses et même les psychoses ont pour origine non pas l'inconscient, mais bien un défaut du « contrôle cérébral », s'opposant en cela à la psychanalyse. Il propose par sa méthode une « rééducation du contrôle cérébral » par laquelle il vise à rendre conscient un certain nombre d'automatismes habituellement peu conscients (procédé qui n'est pas sans rappeler les méthodes cognitivistes actuelles).

Mais c'est dans les années 1960-1970 que l'hégémonie de la vision psychanalytique commence à s'estomper. Il y a tout d'abord l'avènement du mouvement systémique qui, sous l'impulsion de l'École de Palo Alto aux États-Unis et des travaux de Gregory Bateson (Bateson, 1977, 1980), donne naissance à un vaste courant psychothérapeutique écosystémique (Salem, 2000). Ce courant thérapeutique est lui-même très fortement influencé par la personnalité et la pratique de l'hypnose médicale de Milton Erickson (Haley, 1990). Portée par ce courant systémique, la suggestion retrouve ses lettres de noblesse dans sa version ericksonienne. Conjointement, le modèle comportementaliste se fait aussi une place de choix dans le champ des psychothérapies en s'inspirant des découvertes issues de sciences telles que la biologie, la médecine expérimentale ou l'éthologie. Mais le modèle analytique subit aussi une remise en question importante. En effet, la psychanalyse freudienne, qui a paru longtemps l'étalon du bon équilibre en matière de psychothérapie, paraît à son tour

atteinte par les critiques qui lui ont servi de stimulation de départ. Les cures interminables ramènent le reproche de la dépendance impossible à liquider envers le thérapeute. Le retour vers la racine de plus en plus précoce du trouble psychique débouche sur un inconnu vertigineux. On redécouvre, non sans quelque effroi, le côté suggestion de la relation analytique.

Nouveau compromis de la postmodernité

Sous-tendues par des philosophies différentes, dans des perspectives mystiques souvent opposées allant du panthéisme matérialiste au monothéisme personnel, de nombreuses tentatives se sont exprimées dans des conditions géographiques, historiques, économiques et sociales différentes, pour parvenir à une « meilleure réalisation de soi par soi » (*Selbstverwirklichung*), par l'intermédiaire de techniques psychophysiologiques (Lemaire, 1964). Depuis 1960, un nouveau courant de thérapies a émergé ; nouveau car il s'oriente non pas vers la cure de pathologies identifiées mais primordialement vers le développement personnel. L'éclosion de ce mouvement, caractérisée par la profusion des techniques utilisées et une multiplication des étiquettes, a été décrite comme le corollaire d'une augmentation du nombre de patients à la recherche d'une aide psychologique. Cependant, la demande semble avoir graduellement changé de forme : d'un appel à la résolution de symptômes, elle est devenue la recherche d'un sens existentiel (Crombez, 1988). Ces techniques se réclament de disciplines variées qui, au moins au premier abord, ne semblent pas correspondre à la description habituelle des techniques thérapeutiques : massages, danse, cri, méditations, peinture... Il nous semble plus important de les envisager comme le déploiement de différents aspects d'un même mouvement et comme la description de divers points de vue d'une seule réalité complexe. Toutefois, une telle intégration est d'autant moins simple que beaucoup de ces techniques naissent souvent en conflit, sinon par conflit les unes avec les autres et perpétuent leurs querelles (Crombez, 1988).

Sous l'appellation de thérapies expérientielles, ces différentes approches tentent une synthèse et un compromis entre :

- psychanalyse (Théodore Reik, Wilhelm Reich, Georges Groddeck, Otto Rank et Carl Gustav Jung) ;
- philosophie phénoménologique (Husserl, Heidegger, Hegel) et existentialiste (Kierkegaard, Sartre) et de l'analyse existentielle qui s'en inspire avec Ludwig Binswanger ;
- théories et techniques relatives aux états modifiés de conscience telles que les exercices de Saint Ignace de Loyola, l'hypnose, le *training auto-gène* de Schultz, les techniques de méditation ou de transe ;

- pensées orientales telles qu'hindouisme (yoga), bouddhisme zen ou tibétain (méditations), taoïsme, soufisme (technique d'évanouissement).

Ainsi, de façon explicite ou implicite, un certain nombre de notions sont véhiculées par les thérapies expérientielles :

- vision systémique de la vie : tout est constamment en relation avec tout, même si le tout semble séparé en éléments distincts ;
- vision dyadique de la dynamique du vivant : amour-haine, tension-détente, systole-diastole, inspiration-expiration, absorption-élimination, yin-yang, etc. (Brenner, 1981) ;
- vision cyclique de la vie marquée par des étapes évolutives : la vie procédant par cycles essentiels que l'individu doit vivre dans leur totalité, sans quoi il se produira chez lui un déséquilibre persistant ;
- notion orientale de *self* comme dénomination d'une existence essentielle, en deçà de toutes formes mouvantes perçues quotidiennement, qui signifie aussi le lieu de rencontre d'une entité personnelle et d'une réalité transpersonnelle ;
- notion de complétude des expériences de la vie ;
- notion de mémoire inscrite : les événements de la vie sont inscrits dans la personne, tant au niveau de son corps (cuirasses caractérielles de Reich [1971]) que de son esprit. Ainsi l'abord du corps est perçu comme tout à fait pertinent pour une reprise de contact avec l'histoire personnelle ;
- notion de conflit organisée autour de celle d'expériences non complétées du passé qui marquent le présent. Par contre, les expériences complétées sont intégrées et, d'une certaine manière, sont oubliées ;
- les problèmes ne sont donc pas considérés dans le sens d'une pathologie mais dans celui d'un processus : les conflits deviennent des polarités, les symptômes des lieux de compromis et les résistances, des ressources nécessaires.

La thérapie intervient alors comme un processus d'exploration, d'association au contexte de vie, d'intégration du passé et donc de croissance de l'être. Elle devient le cadre d'une relation qui permet de compléter les expériences inachevées et partielles tout en assurant des fonctions de protection, de soutien, d'exploration et de signification.

Dans ce type de thérapies, le sujet se met en position d'observateur ou témoin de lui-même et des événements qui vont survenir en lui. Il va vers un élargissement de la conscience à ce qui est vécu, à la réalité de ses besoins, de ses attitudes et de ses perceptions.

Il est important que les personnes abordent les thérapies expérientielles de façon active et responsable ; ce point de vue évoque la notion de *self-support* mise en relief par Perls (Perls et Heferline, 1951).

Les expériences qui sont proposées au sujet varient selon :

- le champ de réalité et de représentation : mental, physique, corporel ou perceptuel ;
- leur mode d'induction et leur cible privilégiée : elles sont soit structurales, l'intervention vise alors à toucher la structure (armature rigidifiée), soit processuelles (le sujet laisse progressivement s'élaborer les événements qui surviennent suivant un rythme qui lui est propre [Crombez, 1988]).

Ainsi, parmi les techniques expérientielles qui visent à un changement par la modification des représentations corporelles, nous trouvons :

- les techniques bioénergétiques (structurales [Lowen, 1985 ; Reich, 1971]) et l'eutonie (processuelle [Brieghel-Muller, 1972]) qui travaillent toutes deux sur les postures ;
- la palingénésie (Orr, 1986) ou *rebirth* (structurale), la respiration douce et la technique néoreichienne (processuelles) qui travaillent toutes sur la respiration ;
- le *rolfing* (Rolf, 1977) ou intégration structurale (structurel) et l'intégration posturale (processuelle [Painter et Bélair, 1982]) qui travaillent avec le massage ;
- l'intégration fonctionnelle ou *feldenkrais* (structurale [Feldenkrais, 1967]) et le *trager* ou l'intégration psychophysique (processuelle) qui travaillent sur le mouvement ;
- la position méditative (processuelle [Hamann, 1978]) ;
- la sophrologie (Abrezol, 1989) qui recouvre plusieurs aspects du champ des représentations corporelles : postures, respirations, mouvements.

D'autres techniques expérientielles visent à un changement par la modification des représentations émotionnelles : la *Gestalt* (Perls et Heferline, 1951), la thérapie primale (Janov, 1982) et la concentration dirigée (*Focusing* [Gendlin, 1981]), ou encore des représentations perceptuelles comme la programmation neurolinguistique (Bandler et Grinder, 1982 ; Cayrol et Saint-Paul, 1984 ; Cudicio, 1988 ; Grinder et Bandler, 1975 ; Grinder et Bandler, 1976).

Les thérapies expérientielles ont aussi pris racine dans la *nébuleuse mystique-ésotérique* (Champion, 2000) apparue dans le sillage des mouvements contestataires des années soixante-dix. Durant des années, cette nébuleuse se caractérisait par une extrême radicalité de ses pratiques en se fondant sur l'espérance d'un salut et l'espoir d'une libération complète de la souffrance. On y trouvait autant, dans certaines approches, l'exacerbation de l'exaltation émotionnelle (pratiques de décharge émotionnelle, états de transe et autres états modifiés de conscience extrêmes) que, dans d'autres, la répression émotionnelle ascétique (méditations, prières, régimes alimentaires). Mais l'idée d'une

transformation radicale de l'intériorité (le « nirvâna », « l'éveil », « l'extase mystique », « l'état sophronique ») a peu à peu laissé place à des ambitions plus modestes, visant un simple mieux-être. C'est ainsi que des techniques davantage basées sur la simple notion de sagesse reviennent au goût du jour. Parmi celles-ci, il faut relever que la plupart ont intégré autant d'adaptations et de nouvelles formes issues de l'hypnose : auto-hypnose, PNL, visualisation créatrice, *focusing*, *rebirth*...

Du pluralisme au marasme

Comme nous l'avons vu avec les thérapies expérientielles, quelques ingrédients de base (suggestion, persuasion qui sont le principe structurant du champ tout entier des psychothérapies contemporaines) et quelques orientations supplémentaires (existentialisme, approche corporelle, relaxation, pensée orientale, comportementalisme, groupes) permettent de varier à souhait les assemblages possibles, et cela, au risque de noyer aujourd'hui le champ des psychothérapies dans un pluralisme pléthorique. Mais, fondamentalement, derrière leur diversité, c'est toujours à cette même synthèse centrale que sont attelées les psychothérapies (Gauchet et Swain, 1986).

Dans cette mouvance apparaissent régulièrement des mouvements de synthèse qui, à leur tour, se laissent finalement diluer. Ainsi en est-il de la sophrologie³ qui, submergée par ce courant de métamorphoses permanentes, se sclérose dans un repli identitaire défensif en déposant la marque *Sophrologie Caycédiennne*, sortant ainsi du patrimoine collectif du savoir et perdant du même coup toute possibilité de poursuivre son travail de synthèse scientifique sur les états de conscience. Un autre exemple qui illustre les aléas de ce courant pléthorique est celui de la somatothérapie qui se veut être un terme scientifique et médical pour les psychothérapies qui intègrent le corps. En raison des nombreuses fonctions corporelles (mouvement, posture, détente, respiration, toucher, voix, états de conscience, émotion, etc.) et des modes d'organisation de la thérapie (analytique, comportementale, systémique, éducative, etc.) il existe des dizaines de méthodes somatothérapiques différentes et des centaines de variantes. Prise dans cette table de multiplication sans fin, la somatothérapie en est arrivée, lors de son septième congrès qui s'est tenu à Paris en 1996, à conceptualiser les huit étapes à suivre pour créer sa propre thérapie et se constituer thérapeute (1997). Ainsi, on l'imagine, les tendances psychothérapiques sont nombreuses, dans le courant actuel, à se positionner entre ces deux extrêmes que sont le repli identitaire de la sophrologie et le pluralisme pléthorique éclaté de la somatothérapie.

3. Voir à ce sujet le chapitre 8 (La sophrologie remplace-t-elle l'hypnose ?).

Retour aux sources de l'influence

Il est apparu qu'il existait dans les différentes techniques, un facteur d'efficacité lié à une bonne relation entre le médecin et son patient. On pourrait dire, en d'autres termes, qu'il s'agit d'un phénomène de suggestion et de relation. Sous ce nom, on a pendant longtemps vu uniquement la domination exercée par le médecin sur son malade au moyen d'injonctions verbales. On s'est aperçu, à la suite de la psychanalyse, que la relation comportait un élément archaïque non accessible à la verbalisation; l'interprétation, processus intellectuel, devenant moins importante que cette forme de communication affective intense, fusionnelle, symbiotique, que l'on appelle l'empathie. L'hypnose offre un modèle privilégié d'empathie. De sorte que, comme l'annonçait Léon Chertok (Chertok, 1989 ; Chertok et Stengers, 1988), la « psychanalyse, qui est issue de l'hypnose et a permis de mieux la comprendre, peut se trouver éclairée par elle ». Il y a là un étonnant renversement de situation si l'on considère que la constitution de la psychanalyse a amené la mise à l'écart de l'hypnose. Or, c'est à propos d'un concept fondamental de la psychanalyse que l'hypnose a fait son retour. On tenait jusqu'ici pour indubitable que le transfert avait éliminé l'hypnose dans la relation médecin-malade. Mais François Roustang (1990, 1994) se demande si le véritable ressort du transfert n'est pas identique à celui de l'hypnose. Identité qui a été soupçonnée par Freud, tandis que ses continuateurs, y compris Jacques Lacan, ont rejeté toutes les questions sur ce sujet. De plus, il existe aussi une importante forme de suggestion, qui est, selon Freud, « un phénomène originaire qu'on ne peut réduire davantage, un fait fondamental de la vie psychique de l'homme ». En réalité, Freud, après avoir abandonné l'hypnose, a toujours considéré que le médecin devait exercer une influence sur le malade (Freud, 1985). À la fin de sa vie, Freud écrira même que le moteur de l'analyse et le moteur de l'hypnose sont une seule et même chose. S'il n'y a pas d'influence, il n'y a pas de changement. Les relations thérapeutiques sont donc toujours des relations d'influence et elles sont toujours sujettes au fait qu'un « facteur dépendant de la disposition psychique du malade influence, sans aucune intention de notre part, le résultat de tout processus thérapeutique introduit par le médecin ». Cette « attente croyante », comme dit encore Freud, n'est « ni dosable, ni contrôlable, ni intensifiable ». Roustang rajoute aussi que dans le phénomène hypnotique, ce n'est pas la suggestion qui est opérante car elle vient buter sur les résistances, c'est le désir de changer (Roustang, 1990). L'hypnose rend réceptif au changement par la disponibilité et, dans le même temps, elle met au jour ce qui fait obstacle à ce changement.

Il n'est pas que la psychanalyse qui manifeste un regain d'intérêt pour l'hypnose (Adrian, 1995 ; Chartier, 1995 ; Petot, 1995), l'approche

systémique⁴ entretient déjà une longue histoire avec elle, alors que le courant cognitivo-comportementaliste s'y intéresse de plus en plus, et sans oublier l'approche biologique qui n'hésite pas à explorer avec elle la dynamique de la prescription médicamenteuse (Pignarre, 1995). Mais dans d'autres domaines, on le constate aussi chez des philosophes, en particulier René Girard, Jacques Derrida (1987) et ses disciples. L'un d'eux, Borch-Jacobsen, relève que, chez Freud, le transfert et la suggestion sont une seule et même chose. Dès lors, l'énigme qui entoure cette dernière contamine aussi le transfert et, par voie de conséquence, toute la psychanalyse. C'est le point de départ, chez le même auteur, pour une déconstruction de la philosophie du sujet. D'autre part, Serge Moscovici (1981) a remis au premier plan l'hypnose comme « modèle principal des actions et réactions sociales ». Il a tiré de l'oubli les travaux de Gustave Le Bon (1963), qui prenaient l'hypnose comme paradigme des influences relationnelles entre les masses et les meneurs. Il a montré comment Freud (1972), dans son propre ouvrage sur la psychologie des foules, s'est inspiré de Le Bon, en même temps qu'il proposait de nouvelles explications de l'hypnose faisant appel à des notions comme l'identification, la libido, le Surmoi, la horde primitive, etc. Plus récemment encore, c'est la notion d'influence qui suscite un intérêt croissant, tant au niveau de la psychologie sociale avec les travaux de De Montmollin (Montmollin, 1977), ou ceux de Pérez et Mugny (1993), qu'au niveau de l'effet des médias depuis les célèbres travaux de McLuhan (1968) et de la psychothérapie avec Roustang (1990), Chertok et plus récemment encore avec cette approche nouvelle que nous propose Pignarre (1995) sur la compréhension de l'effet placebo sous la loupe de l'influence.

Actuellement, face à la pléthore des techniques psychothérapeutiques et à l'impossibilité de prouver la supériorité de telle ou telle approche, il n'est pas étonnant que l'on assiste à une reviviscence des composantes de départ. L'hypnose d'un côté, certes, mais de l'autre aussi toutes les tentatives rationnelles et intellectualistes, dites « cognitivistes » en terme plus moderne, qui n'ont pas été une mince composante, on l'oublie trop, de la genèse du fait psychothérapeutique tel que nous le connaissons. Comme si, un cycle achevé, nous en revenions à la donne initiale. Comme s'il nous fallait reprendre l'équation primordiale pour un nouvel approfondissement de sa solution (Gauchet et Swain, 1986).

Comme nous avons pu le constater, l'hypnose est non seulement à la base même de la notion de psychothérapie mais elle a su se maintenir, malgré toutes les tentatives de mise à l'écart qu'elle a subies, en filigrane

4. Plus particulièrement l'école de Palo Alto qui, rappelons-le, y est pour beaucoup dans la diffusion des travaux de Milton H. Erickson.

dans toute l'histoire et dans toutes les transformations de la psychothérapie. Pierre Janet, à l'époque, ne se trompait donc pas, avec son constat sur le déclin de l'hypnose au début de notre siècle, en parlant d'éclipse passagère et du fait que « bien des traitements psychologiques qui se sont développés depuis cette époque ne sont que des métamorphoses, des dissimulations de la suggestion, on essaye d'exploiter l'hypnotisme sans l'hypnotisme... Ces transformations et ces résurrections nous indiquent déjà que le rôle de la suggestion est loin d'être complètement terminé » (Janet, 1919). Juste vision des choses rajoutent Gauchet et Swain (1986) en cette fin de siècle : le pouvoir hypnotique ou suggestif a pu devenir inavouable ou pratiquement inutilisable ; il n'en est pas moins un modèle structurant par rapport auquel situer et comprendre désormais tout « traitement psychologique » possible. Nous concluons en rejoignant cette affirmation d'Edgar Morin : « L'hypnose est un des nœuds gordiens pour toute connaissance non seulement de l'esprit de l'homme mais peut-être pour comprendre quelque chose de vital ».

Références

- 7^e Congrès International de Somatothérapie. (1997), *Aesculape* n°4, 48-50.
- Abrezol R. (1989), *Tout savoir sur la sophrologie*. Lausanne, Favre.
- Adrian J. (1995), L'hypnose : une alternative à la psychanalyse ? *Le Journal des Psychologues*, n°127, 30-33.
- Bandler R, Grinder J. (1982), *Les secrets de la communication*. Le Jour.
- Bateson G. (1981), Communication. In : *La Nouvelle communication*. Paris, Seuil.
- Bateson G. (1977), *Vers une écologie de l'esprit*. vol.1, Paris, Seuil.
- Bateson G. (1980), *Vers une écologie de l'esprit*. vol.2, Paris, Seuil.
- Benson H. (1976), *The Relaxation Response*. New York, W. Morrow and Co.
- Bernheim H. (1884), *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris, Études Nouvelles.
- Bernheim H. (1891), *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*. Paris, Fayard.
- Bernier D. Relaxation. In : *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*. Lalonde et Grunberg, édts. Gaëtan Morin, Boucherville, Québec.
- Borgeat F. (1988), *Biofeedback. Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*. Boucherville, Québec, Lalonde et Grunberg, édts. Gaëtan Morin.
- Braun L. (1994), *Paracelse*. Genève, Slatkine.
- Brenner P. (1981), *Life is a Shared Creation*. California, De Voss & Co.
- Brieghel-Muller G. (1972), *Etonie et relaxation*. Neuchâtel, Delachaux & Niestlé.
- Cayrol A, Saint-Paul J.D. (1984), *Derrière la magie. La Programmation Neuro Linguistique*. Paris, Inter Éditions.
- Champion F. (2000), Thérapies et nouvelles spiritualités. *Sciences Humaines* n°106, 32-35.
- Chartier J. (1995), De l'héritage au dialogue. *Le Journal des Psychologues* n°127, 21.
- Chertok L. (1989), *L'hypnose*. Paris, Payot.

- Chertok L, Stengers I. (1988), From Lavoisier to Freud. A Historical Epistemological Note with Contemporary Significance. (Éditorial). *Journal of Nervous and Mental Disease*, n° 176, 645-646.
- Cottureau M.J., Manus A., Martin A. (1990), *Manuel de thérapie psychiatrique*. Paris, Masson.
- Crombez J.-C. (1988), Les psychothérapies expérientielles. In : *Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale*. Boucherville, Québec, Lalonde et Grunberg, éd. Gaëtan Morin.
- Cudicio C. (1988), *Maîtriser l'art de la PNL. Programmation neurolinguistique*. Paris, Les Éditions d'Organisation.
- Déjerine J., Gauckler E. (1911), *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie*. Paris.
- Derrida J. (1987), *Psyché. Invention de l'autre*. Paris, Galilée.
- Durand De Bousingen R. (1961), *La relaxation*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Durand De Bousingen R, Kammerer T. (1968), Considérations sur la structure du langage dans l'expérience de la relaxation vécue à travers le training autogène. *Revue de Médecine Psychosomatique*, n°10, 1-10.
- Duruz N. (1994), *Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes à une analyse comparative*. Neuchâtel - Paris, Delachaux et Niestlé.
- Ellenberger HF. (1994), *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Traduit par Joseph Feisthauer. Paris, Fayard.
- Feldenkrais M. (1967), *La conscience du corps*. Paris, Laffont.
- Freud S. (1914), Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique. In : *Cinq leçons de psychanalyse*. Paris, Payot.
- Freud S. (1972), *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot.
- Freud S. (1985), *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot.
- Gauchet M, Swain G. (1986), Du traitement moral. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie. *Confrontations Psychiatriques*, n°26, 19-40.
- Gendlin ET. (1981), *Focusing*. Bantam.
- Grinder J, Bandler R. (1975). *The structure of magic*. vol. 1. Palo Alto California, Science and Behavior Books.
- Grinder J, Bandler R. (1976). *The structure of magic*. vol. 2. Palo Alto California, Science and Behavior Books.
- Haley J. (1990), *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. Paris. Épi.
- Hamann A. (1978), L'abandon corporel. *Santé Mentale au Québec*, n°3, 85-95.
- Haumont C. (1980), *Relaxation et sophrologie*. Verviers, Marabout.
- Herink R. (1980), *The psychotherapy handbook : The A to Z guide to more than 250 different in use today*. New York, Amendian Books.
- Hubert J.-P., Abrezol R. (1990). *Traité de sophrologie. tome 2. vol. 2*. Paris, Le Courrier du Livre.
- Jacobson E. (1948), *Progressive relaxation*. Chicago, University of Chicago Press.
- Janet P. (1919), *Les médications psychologiques*. Paris.
- Janov A. (1982), *Prisonniers de la souffrance*. Paris, Laffont.
- Karasu TB. (1986), The specific versus non specific dilemma : Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, n°143, 687-695.
- Le Bon G. (1963), *La psychologie des foules*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Lemaire J.G. (1964), *La relaxation*. Paris, Payot.
- Lowen A. (1985), *La Bio-Énergie*. Traduit par Michelle Fructus. Paris, Sand.
- McLuhan M. (1968), *Pour comprendre les médias*. Paris, Seuil.

- Mitchell W. (1887), *Fat and blood, and how to make them*. Philadelphie.
- Montmollin GD. (1977), *L'influence sociale. Phénomènes, facteurs et théories*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Moscovici S. (1981), *L'âge des foules*. Paris, Fayard.
- Orr L. (1986), *L'éveil à la respiration*. Québec, L'Entier.
- Painter J, Bélaïr M. (1982), *Le massage en profondeur*. Montréal, Édition du Jour.
- Pérez JA, Mugny G. (1993), *Influences sociales. La théorie de l'élaboration du conflit*. Neuchâtel Paris, Delachaux et Niestlé.
- Perls F, Heferline R.F. (1951), *Gestalt Therapy*. New York, Delta Book.
- Petot J.-M. (1995), De la différence à la complémentarité. *Le Journal des Psychologues*, n°127, 41-46.
- Pignarre P. (1995), *Les deux médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*. Paris, La Découverte.
- Reich W. (1971), *L'analyse caractérielle*. Paris, Payot.
- Rolf I. (1977), *Rolfing : The Structural Integration of Human Structure*. Boulder, Colorado, Rolf Institute.
- Roudinesco E. (1986), *La bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France*. Paris, Seuil.
- Roustang F. (1990), *Influence*. Paris, Les éditions de Minuit.
- Roustang F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris, Les éditions de Minuit.
- Salem G. (2009a), *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris, Masson, 5^e édition.
- Schultz J.H. (1958), *Le training autogène, méthode de relaxation par autodécontraction concentrative. Essai pratique et clinique*. Trad. française par R. Durand-de-Bousingen Y. Becker. Paris, Presses Universitaires de France.
- Stengers I. (1993), *Importance de l'hypnose*. Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.
- Stengers I. (1995), Le médecin et le charlatan. In : *Médecins et sorciers., Les Empêcheurs de Penser en Rond*. Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.
- Stokvis B., Monserrat-Estève S, Guyonnaud J.P. (1972), *Introduction à l'hypnose et à la sophrologie*. Paris, Maloine.
- Thompson J.K., Haber J.D., Ternan BH. (1981), Generalization of Frontalis Electromyographic Feedback to Adjacent Muscle Groups : A Critical Review. *Psychosomatic Medicine*, n°43, 19-24.
- Vittoz R. (1955), *Angoisse ou Contrôle*. Édition du Levain.
- Vittoz R. (1954), *Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral*. Paris, Baillière.

CHAPITRE 9

La sophrologie remplace-t-elle l'hypnose ?

E. Bonvin

*« Il paraît qu'il faut parler aux éléphants
et aux tigres quand ils nous chargent, mais je ne sais
pas ce qu'il faut leur dire. »*

Boris Cyrulnik

Les trois dernières décennies de notre siècle ont favorisé l'écllosion de centaines de modèles et de techniques psychothérapeutiques différents. Au sein de cette multitude, la plupart des approches sont en fait le résultat de variations évolutives de fondements communs. Cette situation amène souvent des problèmes de définitions et d'identité qui alimentent un climat hostile, voire conflictuel, entre ces différentes approches. Beaucoup de ces techniques naissent souvent en conflit, sinon par conflit les unes avec les autres et perpétuent leurs querelles. Dans ce contexte, une approche comparative différenciée entre hypnose et sophrologie nous semble utile, dans la mesure où elles sont à la fois proches et opposées. Nombreux sont ceux qui considèrent la sophrologie comme totalement assimilable à l'hypnose. Les sophrologues s'en défendent tout en reconnaissant que la sophrologie, comme avant déjà la psychanalyse, a surgi pour une bonne part de l'observation pratique des phénomènes hypnotiques (Abrezol, 1989).

Afin de mieux différencier l'une et l'autre de ces approches, nous allons les comparer tout d'abord de façon diachronique au travers de leurs histoires respectives, puis sur un plan synchronique entre les différents niveaux de leurs savoirs : philosophique, épistémologique, méthodologique et pratique. Nous laisserons ensuite la place à une discussion critique sur ces deux approches.

Approche historique

Approche historique de l'hypnose

L'approche historique révèle déjà des différences fondamentales entre hypnose et sophrologie. L'hypnose trouve ses racines dans les théories qu'apporte Franz Anton Mesmer à la fin du XVIII^e siècle sur le magnétisme animal et que développent ensuite le marquis de Puységur et l'Abbé de Faria avant que James Braid la conceptualise en 1843. L'hypnose du XIX^e siècle est à la base de la psychiatrie dynamique. Elle se développe de façon déterminante lorsque l'École de Nancy met en valeur la suggestion comme mécanisme central du phénomène hypnotique. La psychanalyse s'est édifiée en bonne partie sur l'étude et la critique de la relation entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé. Le courant psychanalytique, par la place qu'il a occupée jusque dans les années 1960, a lui-même tenté de reléguer l'hypnose et la suggestion à de pures manifestations rétrogrades de la pensée magique. Mais ce discrédit est lancé sans compter sur le propre épuisement du modèle psychanalytique (absence du corps, cures interminables et onéreuses...), ni sur le renouveau que connaît l'hypnose. Renouveau tout d'abord indirect par les techniques de relaxation issues du training autogène que Johannes Heinrich Schultz (1958) a développé à partir de la technique d'autohypnose d'Oskar Vogt. Ces techniques de relaxation permettent à de nombreux thérapeutes d'obédience analytique de combler l'absence du corps du champ thérapeutique analytique. Puis vient un renouveau direct, dans les années 1960-1970, grâce au développement de l'approche originale de Milton Erickson aux États-Unis, aux recherches d'Ivan Petrovitch Pavlov en Union Soviétique et de Léon Chertok en France.

Approche historique de la sophrologie

Historiquement, la sophrologie s'inscrit dans le courant des psychothérapies expérientielles (Crombez, 1988). Ce dernier se caractérise par la permanence d'éléments issus de la psychanalyse, de la phénoménologie, des théories et techniques relatives aux états modifiés de conscience (hypnose, méditation, etc.) et des savoirs issus d'autres cultures, essentiellement orientales. Proposant chacune une autre variation de l'assemblage de ces éléments, de nombreuses approches thérapeutiques s'inscrivent dans ce courant. En 1960, Alfonso Caycedo, médecin psychiatre, fait de nombreuses observations sur sa pratique de l'hypnose clinique. De l'hypnose de Nancy, Caycedo retient le caractère universel de ce phénomène. Contestant de nombreux aspects de l'hypnose, comme nous le verrons plus loin, il décide de s'intéresser aux diverses méthodes modernes et anciennes susceptibles de modifier l'état de conscience de l'homme, puis d'en faire une étude et une synthèse sous

le nom de sophrologie. Alfonso Caycedo propose alors ce terme au V^e Congrès international de psychothérapie à Vienne, en août 1961. Le mot *sophrologie* trouve son origine dans le dialogue de *Charmidès* de Platon, où l'on peut lire que : le *terpnos logos* agit sur le *thymos* pour produire l'état *sophrosyné*. Sophrologie découle donc de *sophrosyné*, bien que son étymologie soit plus vaste avec les racines grecques : *sos* = sérénité, harmonie, *phren* = conscience, cerveau et *logos* = discours rigoureux, science, étude. D'où *sophrologie* qui se définit, alors, comme l'étude de l'harmonie de la conscience.

En 1962, après avoir créé la Société espagnole de sophrologie avec Lopez Ibor, Caycedo fait un stage à Kreuzlingen en Suisse chez Ludwig Binswanger, concepteur de l'analyse existentielle issue de la phénoménologie. Ainsi, Caycedo se familiarise avec la pensée phénoménologique des philosophes Edmund Husserl et Martin Heidegger. Il donne alors une tournure phénoménologique à l'École de sophrologie privilégiant l'étude des phénomènes de conscience en relation directe avec le principe fondamental de la « réalité objective ». De la phénoménologie, il retient l'importance de s'interdire au maximum les suggestions qui n'ont, selon lui, qu'une action le plus souvent limitée. Suite à cette transformation phénoménologique, l'idée maîtresse de la sophrologie devient *Ut conscientia noscatur*, soit « afin que la conscience soit connue ».

En 1963, Caycedo préside la Société internationale de sophrologie et de médecine psychosomatique qui est représentée dans plusieurs pays. De 1965 à 1967, suivant les conseils de Binswanger, il séjourne en Orient afin d'étudier les différentes écoles et traditions orientales ainsi que leur conception de la conscience humaine : yoga, bouddhismes zen et tibétain. Il rapporte de ce séjour ses techniques originales qu'il nomme Relaxations Dynamiques et écrit à leur sujet : « Je propose le nom de Relaxation Dynamique pour désigner une méthode d'entraînement sophrologique qui se pratique au niveau du groupe avec des objectifs thérapeutiques et prophylactiques ; cependant sa pratique ne nécessite aucune croyance de l'homme ». Selon Raymond Abrezol (1989), c'est à partir de ce moment que la sophrologie s'est définitivement éloignée de l'hypnose. C'est aussi à ce moment-là qu'elle entre pleinement dans le courant des psychothérapies expérientielles.

Dès 1967, de nouvelles techniques prennent forme. En octobre 1970, a lieu à Barcelone le 1^{er} Congrès mondial de sophrologie réunissant plus de 1 400 spécialistes de 42 pays différents. Schultz doit en être le président d'honneur mais meurt quelques jours avant son ouverture. Erickson ainsi que d'autres personnalités du monde entier sont présentes. Ce congrès marque l'apogée de l'École de sophrologie.

L'année 1974 marque un virage significatif dans l'histoire de la sophrologie. En effet, Caycedo décrète l'abolition du mot hypnose. Il affirme également qu'avec l'entraînement collectif sophronique, est

inauguré un chapitre des plus importants de la sophrologie, celui de son ouverture au niveau social. Il éveille les premiers signes de scepticisme à son égard. Les ambitions sociales de Caycedo (1997-a) pour la sophrologie se confirment ensuite dans sa déclaration de Récife du 25 août 1977, prononcée à l'université de Pernambuco au Brésil. Ambitions qui engendrent de vives réactions de la part de l'École française de sophrologie, déjà dirigée par Jean-Pierre Hubert, qui se désolidarise alors de Caycedo. Cet élargissement conceptuel implique un remaniement de l'enseignement de la sophrologie. Abrezol, Hubert, Dumont et d'autres encore, fondent le Collège international de sophrologie médicale à Neuchâtel, en Suisse, le 22 janvier 1977, alors qu'en 1978 Caycedo introduit la sophrologie sociale en Colombie et inaugure en 1983, à Bogota, la première Université de sophrologie sociale (Hubert, 1988b).

Actuellement, Caycedo (1998-a) préside à Andorre, avec divers membres de sa famille, la Fondation Docteur Alfonso Caycedo. En réaction aux diverses variantes de la sophrologie ainsi qu'aux sophrologues dissidents (qu'il qualifie de sophrologues cui-cui !) qui ne lui conviennent pas, il a décidé de faire de sa méthode et de son enseignement des marques déposées sur le plan juridico-économique. À Andorre, Caycedo enseigne et remanie sans cesse la méthode de formation de *Sophro Analyse Vivantielle Caycédienne* permettant la diffusion de la *Méthode Caycedo* qui constituent toutes deux la *Sophrologie Caycédienne*. La sophrologie médicale est toujours enseignée par l'École française, dite « bioénergétique », de sophrologie qui est restée autonome, et, en Suisse, par l'Académie suisse de formation en sophrologie caycédienne, anciennement dénommée Collège international de sophrologie médicale.

L'approche historique de ces deux disciplines que sont l'hypnose et la sophrologie permet déjà une différenciation fondamentale entre elles. L'hypnose a servi durant plus d'un siècle de creuset dans lequel a non seulement été conçue la psychothérapie, mais aussi pratiquement toutes ses variantes (que ce soit par variation ou par contestation du processus hypnotique ou de la suggestion). La résurgence actuelle de l'hypnose, notamment autour du concept d'influence, s'explique en bonne partie comme un retour au creuset originel qu'elle représente alors qu'aucune technique parmi les centaines actuellement pratiquées dans la société moderne, n'a réellement pu démontrer une efficacité supérieure à la sienne. La sophrologie, pour sa part, apparaît durant cette seconde moitié de siècle. Par les influences reçues à la fois de la psychanalyse, de la phénoménologie, de l'hypnose et de la pensée orientale, elle s'inscrit entièrement dans le vaste champ des thérapies expérientielles qui a fait son apparition dans les années 1960 et qui s'est largement répandu depuis.

Approche philosophique

Approche philosophique de l'hypnose

L'hypnose, qui tire sa source du magnétisme animal que Mesmer ramène au devant de la scène à la fin du XVIII^e siècle, a baigné dans la mouvance de la modernité naissante entre pensées des lumières et romantisme. Ce qui la caractérise, c'est le fait qu'elle ait toujours été considérée et employée comme une technique : d'influence, de relation, d'investigation, d'inspiration et de soins. Elle n'a jamais donné naissance à un quelconque mouvement de pensée ou une quelconque philosophie et ne s'en est jamais réclamée. Par contre, bien des penseurs se sont inspirés du phénomène de l'hypnose, que ce soit par curiosité ou par crainte. L'hypnose, par la suggestion, est à la base de la notion même de psychothérapie et du développement de celle-ci. Durant la seconde moitié du XIX^e siècle, elle a suscité de très nombreux débats entre médecins, philosophes et écrivains. Depuis les années 1960, elle inspire aussi des philosophes tels que René Girard, Jacques Derrida et ses disciples. Aujourd'hui, l'hypnose comme concept de base de la notion d'influence, s'inscrit nettement dans la réflexion et le débat relatifs aux stratégies de communication, aux influences de groupes, à celle des médias, etc. Serge Moscovici (1981) l'a remise au premier plan comme « modèle principal des actions et réactions sociales ». Il a tiré de l'oubli les travaux de Gustave Le Bon (1963), qui s'inspirent du fait hypnotique comme d'un paradigme à la base des influences relationnelles entre les masses et les meneurs. Enfin, pour François Roustang (1994), l'hypnose peut même devenir un ingrédient efficace et discret de la vie quotidienne, une sorte d'art de vivre. Si l'hypnose bénéficie de nos jours d'un regain d'intérêt, elle le doit, selon lui, peut-être à un épuisement de l'individualisme occidental et du souci de soi.

Approche philosophique de la sophrologie

La sophrologie, pour sa part, apparaît dans la mouvance culturelle de la postmodernité. Sur le plan philosophique, elle revendique clairement son appartenance au mouvement de la phénoménologie de Husserl, et plus précisément à ce mouvement qui allie phénoménologie et psychanalyse : l'analyse existentielle ou *Daseinanalyse* de Binswanger. La définition que donne Caycedo en 1995 (1995-b) de la sophrologie est la suivante : « La sophrologie est une École Scientifique que j'ai créée en ma condition de médecin neuropsychiatre inspiré par l'École Phénoménologique Existentielle, pour l'étude de la conscience humaine et des valeurs de l'existence, par des procédés qui me sont propres et originaux ». Caycedo poursuit donc la démarche de Binswanger en proposant la notion d'analyse vivantielle de la conscience humaine.

En se basant sur ces différents fondements philosophiques, essentiellement phénoménologiques, la sophrologie se définit comme une philosophie en soi. Son but est la recherche de l'équilibre de la personne humaine (Rager, 1973). Elle donne un système particulier de valeurs à l'existence de celui qui la pratique. Elle prétend amener progressivement l'être humain à une meilleure connaissance de lui-même, favorisant par conséquent aussi la connaissance d'autrui et le développement harmonieux des relations interhumaines. Le changement radical d'attitude à l'égard du monde que propose Husserl avec la réduction phénoménologique s'inscrit, pour la sophrologie, dans une démarche personnelle, un cheminement qui suit un projet de vie idéale. Pour illustrer ce cheminement vers cet idéal, la sophrologie a recours à la célèbre « allégorie de la caverne » de Platon. Ce principe de cheminement personnel vers l'être idéal est aussi illustré par de nombreuses références aux pensées traditionnelles orientales telles que le bouddhisme et le taoïsme. Caycedo (1997-a) prétend même avoir posé les jalons d'une nouvelle conscience humaine dans sa « Déclaration des Valeurs de l'Homme » faite à Récife en 1977. Il la décrit comme base et orientation pour l'avenir de son École, et comme les débuts du développement d'une conscience nouvelle, unique solution à la maladie de masse dont souffre l'humanité. Déclaration qui, on s'en doute, a suscité de vives réactions.

Le tableau 9.1 récapitule l'approche comparée entre hypnose et sophrologie sur les plans historique et philosophique.

TABLEAU 9.1. Histoire et philosophie

<i>Niveaux de comparaison</i>	<i>Hypnose</i>	<i>Sophrologie</i>
<i>Histoire</i>		
Situation historique	Depuis le début de l'humanité (chamanisme) modernité	Postmodernité
<i>Philosophie</i>		
Domaine du savoir	Influence - Altérité	Phénoménologie
Représentation de l'homme	L'homme poreux et l'influence : L'homme est en relation avec le monde par son âme sentante (sensorialité animale), il est poreux. C'est par leurs pores sensoriels que les êtres peuvent être en relation, qu'ils peuvent s'influencer mutuellement.	L'homme idéal : L'homme est une chrysalide qui doit se métamorphoser en papillon (allégorie de la caverne de Platon). Il peut intentionnellement évoluer vers un état plus évolué par la prise de conscience des contenus positifs de sa conscience.

TABLEAU 9.1. Histoire et philosophie (suite)

<i>Niveaux de comparaison</i>	<i>Hypnose</i>	<i>Sophrologie</i>
Relation à l'autre	Dynamique hétérogène s'inscrivant dans la relation à l'autre (Altérité) : exploration du lien, de l'espace vide entre deux êtres qui s'influencent.	Dynamique autogène, de prise de conscience de soi, de relation à soi, de développement de soi : exploration de la conscience, individuelle et collective, et de ses limites.
Principe de causalité	Action spontanée, complexe, aléatoire	Action réflexe de cause à effet
Structures humaines concernées	Sensorialité animale en relation avec l'environnement (âme sentante de Hegel)	Conscience humaine et ses phénomènes

Approche épistémologique

Contexte épistémologique de l'hypnose

L'hypnose est un état de conscience particulier difficilement définissable. Connue depuis la plus haute Antiquité, elle a toujours été entourée d'un halo de mystère auprès du grand public, pour qui elle revêt une apparence magique, exerçant à la fois un effet d'attraction et de crainte. Malgré les études expérimentales qui ont été entreprises depuis la fin du XVIII^e siècle, sa nature profonde n'a pas encore été dévoilée. Mais certaines de ses manifestations sont maintenant mieux comprises par les chercheurs.

La relation entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé représente la forme la plus ancienne de la relation psychothérapique. L'hypnose est ainsi, à la base, une technique relationnelle induisant un état modifié de conscience, appelé transe hypnotique. La découverte de cet état est à l'origine de nombreuses théories sur l'esprit humain comme celles de la suggestion d'Hippolyte Bernheim, de l'hystérie de la première psychiatrie dynamique, de la dissociation de Josef Breuer et de la psychanalyse. L'observation de l'émergence d'un contenu psychique inconnu pendant les trances hypnotiques amène, par exemple, Sigmund Freud à poser la question de l'inconscient (Collot, 1991). Bien plus tard, la sophrologie naîtra aussi à partir de travaux sur l'hypnose.

Pourtant, l'hypnose n'a jamais pu être totalement conceptualisée et instituée en tant que savoir systématisé, tant le trouble et le mystère qu'elle recèle restent insolubles. Ils restent à ce point insolubles qu'ils ont même fait échouer toutes les tentatives de démystification, d'exclusion du savoir et des pratiques académiques, de polémique à son sujet.

Ainsi en a-t-il été de la pensée rationnelle, de la psychanalyse et finalement de la sophrologie. L'hypnose renferme un étrange ingrédient qui heurte, voire même blesse narcissiquement (Chertok et Stengers, 1989, 1990) tous ceux qui croient enfin l'avoir démystifiée, et qui fascine ceux qui la découvrent ou la pratiquent.

Contexte épistémologique de la sophrologie

La sophrologie, pour sa part, est un système de valeurs et de connaissances qui a évolué depuis sa conception. Son concepteur, Caycedo (1995-a), l'explique ainsi : « Le processus d'historicité phénoménologique vécu par la sophrologie peut être étudié au travers de sa terminologie. On peut suivre la création progressive de la nouvelle sémantique que j'ai dû concevoir et inventer au fur et à mesure que progressaient mes propres recherches vivantielles ». Suivons-le donc dans cette affirmation sur l'évolution qu'il imprime à la définition même de la sophrologie :

- 1960 : « *J'ai créé le terme « Sophrologie » pour désigner une École Scientifique que j'ai fondée à Madrid en 1960 en ma condition de médecin neuropsychiatre, pour l'étude de la conscience en médecine* » (Caycedo, 1995-a);
- 1972 : « *Nouvelle École Scientifique que j'ai créée à Madrid en 1960 pour l'étude de la conscience humaine en partant de nouvelles conceptions ; elle recherche ses structures et possibilités, ainsi que ses modifications produites par des méthodes chimiques, physiques et psychiques, pour son emploi en médecine* » (Caycedo, 1972).

En 1970, le 1^{er} Congrès mondial de sophrologie de Barcelone que nous avons évoqué plus haut, fut probablement le point culminant de cette grande entreprise à caractère heuristique et pluraliste. Jusqu'en 1974, la sophrologie s'inscrit dans le domaine de la médecine psychosomatique. Son champ d'étude est alors extrêmement vaste puisqu'il englobe la totalité des phénomènes capables de provoquer des modifications de la conscience humaine. Parmi ceux-ci se trouvent les techniques de relaxation, les méthodes psychophysiques orientales telles que le yoga ou le zen, ainsi que des états de conscience obtenus par des méthodes plus ou moins primitives chez certains peuples et certaines sectes. Cette définition de la sophrologie donnée en 1972 reste en vigueur aujourd'hui encore dans les courants non caycédiens.

Durant l'année 1974, sont apparus les premiers signes d'un changement de climat et d'orientation de la sophrologie. Un premier schisme apparaît en 1977, à la suite de la déclaration de Récife, et les signes d'une attitude plus défensive de la part de Caycedo deviennent perceptibles. Vingt ans plus tard, la définition de la sophrologie reflète bien l'orientation qu'elle a prise après ce virage :

- 1995 : « *École Scientifique que j'ai créée en ma condition de médecin neuropsychiatre inspiré par l'École Phénoménologique Existentielle, pour l'étude de la conscience humaine et des valeurs de l'existence, par des procédés qui me sont propres et originaux* » (Caycedo, 1995-b).
- 1997 : « *Sophrologie est le nom créé par le médecin neuropsychiatre Docteur Alfonso Caycedo, pour désigner une École scientifique qu'il a fondée pour l'étude vivantielle de la conscience et des valeurs de l'existence* » (Caycedo, 1997-b) ;
- 1998 : « *La Sophrologie est une École inspirée dans la Phénoménologie Existentielle, créée par le médecin neuropsychiatre Professeur Alfonso Caycedo, pour l'étude de la conscience et les valeurs de l'existence par des procédés qui lui sont propres et originaux. La Sophrologie Caycédienne est une École scientifique et vivantielle qui propose l'emploi de la Méthode Caycedo en Médecine et en Prophylaxie sociale* » (Caycedo, 1998-c).

On le voit, la sophrologie, tout en se considérant toujours comme une École scientifique, a tout d'abord voulu étudier de manière très générale la conscience dans le domaine particulier de la médecine. Cette École a ensuite, toujours au sein du champ médical, circonscrit la notion de conscience à la conscience humaine, en partant cette fois de conceptions nouvelles. Elle cherche de façon générale, au niveau de la conscience humaine, les structures, les possibilités et les méthodes pouvant la modifier. Cette École ne s'est ensuite plus définie dans le champ médical mais précise sa filiation à l'École phénoménologique existentielle qui se situe à cheval entre le champ de la philosophie et de la psychanalyse. À l'étude de la conscience humaine s'ajoute maintenant celle des valeurs de l'existence et les procédés utilisés deviennent propres et originaux à Alfonso Caycedo lui-même. Finalement, cette École, sortant volontairement du patrimoine et du savoir collectifs, circonscrit davantage encore la spécificité de l'étude qu'elle fait de la conscience et des valeurs de l'existence : il s'agit maintenant d'une étude vivantielle de la conscience par des procédés propres à Alfonso Caycedo qui sont devenus des marques commerciales déposées : Sophrologie Caycédienne, Méthode Caycedo et *Sophrocay Vivential System SVS* (Caycedo, 1997-b, 1998-a, 1998-c).

Structures et dynamiques humaines en jeu dans l'hypnose

Autant Bernheim que Charcot se sont représentés l'hypnose selon le modèle alors en vogue de l'arc réflexe¹ et donc de l'humain fonctionnant tel un automate dont on pourrait mettre hors circuit certaines fonctions

1. Modèle sur lequel Freud a aussi, à la même époque, conçu la psychanalyse (Roustang, 2000).

telles que, en l'occurrence, la volonté ou la conscience (Gauchet, 1992 ; Starobinsky, 1999). Sous-tendues par ce postulat, les méthodes hypnotiques de cette époque consistaient à donner des instructions (stimulus) à l'hypnotisé afin que celui-ci s'exécute (réponse). C'était l'âge doré de l'hypnose directive. Néanmoins, cette représentation n'a pas survécu au développement des recherches sur l'hypnose et a même fini d'être achevée, dans les années soixante, par l'hypnose ericksonienne (Erickson, 1999). En effet, cette dernière, dont les fondements sont incompatibles avec le modèle de l'arc réflexe, démontre par exemple clairement que l'efficacité de l'hypnose non-directive surpasse celle de l'hypnose directive.

Descartes prônait les idées claires et distinctes, favorables à un univers ordonné, mais avec l'hypnose, il nous faut accepter, comme le dit François Dagognet (1994), l'existence de situations troubles, et, en conséquence, entrer dans une épistémologie de l'interférentiel et de la contamination. La phénoménologie de l'hypnose contredit, selon Chertok (Chertok et Stengers, 1990), tous nos savoirs théoriques dans les sciences expérimentales, parce qu'elle ne se fonde pas, comme eux, sur le modèle de l'action réflexe, c'est-à-dire de l'automate ou de la machine. Il faut donc faire appel à un pouvoir d'un autre ordre, d'un autre niveau logique, pour qu'un « univers de la possibilité » (Gauchet, 1992) puisse surgir de cet « autre » mode de réflexion. Bien qu'apparemment la seule structure de l'homme en jeu avec l'hypnose soit celle de la conscience modifiée, le mystère qu'elle recèle et les nombreuses recherches et observations faites à son sujet, démontrent que toutes les structures du vivant semblent concernées par ce phénomène. Structures complexes qui ne subissent pas purement et simplement les instructions de l'environnement mais qui les sélectionnent, en fonction de leurs besoins, et qui s'organisent pour interagir avec celui-ci. Cela signifie que le vivant « sait » ce par quoi il est nécessaire qu'il soit stimulé et ce face à quoi il est censé réagir. Il se base sur un *système sélectif de reconnaissance* pour utiliser les termes d'Edelman (2000) et que celui-ci illustre par le fonctionnement du système immunitaire : « Le système de reconnaissance engendre d'abord une population diversifiée de molécules d'anticorps pour ensuite sélectionner *a posteriori* celles qui s'ajustent le mieux. » C'est en faisant référence à ce principe que Roustang (2000) écrit que : « Si l'inconscient est pensé selon le modèle de l'arc réflexe, fut-il démultiplié, il ne pourra se vouer qu'à l'enregistrement et à la répétition, si au contraire il est pensé selon le modèle du *système sélectif de reconnaissance*, il sera susceptible de se réorganiser en fonction de ses propres expériences. » Ainsi, l'hypnose permet-elle, selon Roustang (1994), d'accéder à une instance organisatrice de l'humain. Nous sommes émerveillés ou effrayés des perspectives ouvertes par la médecine génétique. C'est pour les mêmes raisons que l'hypnose peut fasciner ou faire peur : nous avons agi sur le pouvoir organisateur.

Cette action est à l'image de celle que l'on peut avoir, avec la génétique et les neurosciences, sur le gène biologique responsable de la réforme générale de l'organisme, de son plan². Elle permet d'accéder à la potentialité en tant que telle, par delà la confusion et l'imagination. Cette potentialité se montrera tout aussi bien individuelle que collective, puisque c'est en elle qu'est à la fois constitué et communiqué le projet de nos actions. Il s'ensuivra que l'hypnothérapie peut être aux autres psychothérapies ce que la médecine génétique est à la médecine épigénétique (Roustang, 1994). Si l'hypnose permet l'accès au pouvoir organisateur de l'être humain, il n'y aurait plus à s'étonner de ses prétendus tours de magie : guérisons, anesthésies, régressions en âge...

Gregory Bateson (1977) dit qu'il « ne serait pas inutile que, de temps à autre, nous nous souvenions que nous sommes réellement des mammifères ; et que c'est l'épistémologie du « cœur » (et non de la raison) qui caractérise tous les mammifères non humains ». Roustang (1990) rajoute : « épistémologie du cœur, que l'on pourrait bien aussi nommer, surtout par sa référence aux mammifères, épistémologie du corps, en tant qu'il est le siège de tous les comportements qui sont autant de messages. Ce qui serait une autre manière de se passer de la notion d'inconscient, s'il est vrai que notre corps est la mémoire de toutes les interactions qui nous ont édifiées et qu'il agit et réagit dans les relations en fonction des apprentissages qu'il a pu assimiler. » Se souvenir que nous sommes des mammifères, c'est admettre que le spécifiquement humain a besoin pour prendre sens du préhumain et du préverbal, c'est-à-dire de notre appartenance à l'animalité. Ainsi, selon lui, l'hypnose s'adresse à l'animalité de l'homme (ou ce que Hegel nommait l'âme sentante ou ce qui pourrait tout simplement s'appeler le corps impressionné par les relations) qui possède une existence propre, même si elle est sans cesse unie à l'autre part de l'être humain (Roustang, 1990). Boris Cyrulnik (1997) pense que le simple fait que Mesmer ait choisi l'expression « fluide » ou « magnétisme animal » pour expliquer le phénomène de transe provoqué autour du baquet permet de comprendre que Mesmer pensait que cette force invisible qui se communiquait et agissait entre les hommes était une force animale, en deçà de ce qui est propre à la condition humaine.

Quand Braid a introduit en 1843 le mot « hypnotique », il a lancé un contresens dans notre culture, en faisant croire qu'il s'agissait d'un phénomène ayant rapport avec le sommeil. L'approche éthologique soutient qu'il ne s'agit ni d'un rêve, ni d'un sommeil, mais bien au

2. Or c'est bien un modèle de ce genre, libéré de la forme imposée par l'action réflexe, que propose aujourd'hui la médecine génétique en agissant non plus sur les conséquences, c'est-à-dire sur les symptômes, mais sur les malformations du plan qui les a rendus possibles.

contraire d'un état de la sensorialité, liant deux organismes séparés. L'expression de l'un fait impression dans l'autre, et le captive. Pour Roustang (1994), il existe un quatrième état de l'organisme après la vigilance, le sommeil et le rêve, qui n'est pas à chercher dans l'organisme, mais dans le vide entre deux individus séparés et pourtant liés par leurs perceptions échangées. Il le définit comme étant, à l'état de veille, ce que le sommeil paradoxal (REM) serait au sommeil, un état de « veille paradoxale » se produisant à un rythme ultradien (Rossi, 1994). Ce quatrième état naturel, actuellement non objectivable, à l'inverse des trois autres (veille, sommeil, rêve), serait une sorte de potentialité naturelle, de dispositif inné prenant ses racines jusque dans l'hypnose animale, caractérisé par des traits qui renvoient apparemment aux relations prélangagières d'attachement de l'enfant et se produisant dans des situations où l'individu est perturbé dans ses rapports avec l'environnement (Rausky, 1993). Freud (1988) écrit : « Alors que l'hypnotisé se comporte vis-à-vis du monde extérieur comme un dormeur, il est éveillé vis-à-vis de la personne qui l'a plongé en hypnose, il n'entend et ne voit qu'elle. » Et Cyrulnik (1997) rajoute que cette définition s'applique aussi bien au maquereau fasciné par le requin-baleine qu'au nourrisson avide de percevoir sa mère, aux adultes en pleine conversation, aux adolescents amoureux et aux foules en adoration d'un meneur. L'hypnose a certains attributs du sommeil, puisqu'elle sépare l'hypnotisé des stimuli afférents, mais par ailleurs elle révèle une vigilance accrue capable de prendre en compte la totalité des paramètres de l'existence, sorte de vigilance généralisée qui englobe et dépasse la vigilance restreinte, celle que nous connaissons dans la vie quotidienne (Roustang, 1994). Bien plus, de même que le sommeil paradoxal conditionne l'apparition du rêve nocturne, l'hypnose libère un pouvoir inné, celui d'organiser le monde pendant le jour. Il s'agirait, par l'état hypnotique, de devoir revenir non pas à une forme de relation prélangagière, mais à une potentialité qui s'affirme dès la naissance et va déterminer le rapport au monde tout au long de l'existence. Par là serait intégrée la conviction répandue du temps du mesmérisme, à savoir que l'hypnose est un produit de l'imagination. On avait bien vu le lien qui existe entre hypnose et imagination, mais on n'avait pas saisi que l'imagination n'était qu'un autre nom ou une autre manifestation de ce pouvoir inné d'ordonner notre monde (Roustang, 1994).

Mais pour qu'il y ait échange, tout individu doit être, selon l'expression de Cyrulnik, « poreux ». Tous les organismes sont poreux, même au niveau biologique élémentaire, c'est l'échange avec le monde extérieur qui leur permet de vivre, de se développer et de tenter de devenir eux-mêmes. Seuls les morts sont clos et n'échangent plus avec l'environnement. L'individu est un objet à la fois indivisible et poreux, suffisamment stable pour rester le même quand le biotope varie, et suffisamment

poreux pour se laisser pénétrer, au point de devenir lui-même un morceau de milieu. C'est cette porosité qui permet à la passerelle sensorielle de se tisser entre les hommes, entre les êtres vivants, voire même entre les espèces. Cette notion d'individu « poreux » explique que l'hypnose constitue en fait une propriété banale donc fondamentale du vivant. Des organismes suffisamment séparés pour qu'on puisse les considérer comme des individus, éprouvent quand même la nécessité d'être ensemble : *être avec* pour être, contrainte paradoxale du vivant. Tous les organismes sont poreux, même au niveau biologique élémentaire, c'est l'échange avec le monde extérieur qui leur permet de vivre, de se développer et de tenter de devenir eux-mêmes. Ainsi, l'influence (Roustang, 1990) caractérise tout organisme, quelles que soient sa forme et sa complexité. L'homme, du fait de son aptitude biologique à l'empathie et à la parole (Cyrulnik, 1991), appartient certainement à l'espèce la plus influençable, non seulement parce qu'il perçoit la sensorialité du contexte qui peut le captiver, mais aussi parce que, sous l'effet des mots des autres, il peut se mettre à leur place et éprouver un sentiment provoqué par leurs récits (Cyrulnik, 1997).

Si je captive l'autre par une sonorité, une image, une mise en scène ou une parole, je concentre ses activités physiques et mentales sur la sensorialité que j'ai organisée, à son intention, dans sa direction... pour le prendre ! Et l'autre est d'accord avec cette intrusion sensorielle parce que c'est délicieux d'être captivé. C'est un événement sensoriel et affectif intense qui nous rend complice de celui qui nous captive. C'est très différent d'une capture, où l'autre s'empare de nous alors que nous nous y opposons, écrit Cyrulnik (1997). Les images visuelles et auditives captent et mettent en attente. Par la représentation, le sentiment naît de l'émotion qui peut être évoquée et provoquée. Sensorielle chez l'animal, elle est complétée chez l'homme par la verbalité.

L'homme, du fait de son aptitude à la parole, connaît doublement l'hypnose. Une première fois, grâce aux structures sensorielles perçues, comme un nouveau-né face à sa mère ou un homme devant un feu ; et une seconde fois, par la fonction sémiotique de ses perceptions. L'hypnose est un échange nécessaire et banal entre un organisme et certains éléments de son milieu auxquels il est rendu sensible et dont il est avide. Elle ne saisit la personne que dans et par son environnement, que dans et par le rapport à son monde (Roustang, 1990).

Structures et dynamiques humaines en jeu dans la sophrologie

La sophrologie met en jeu la conscience humaine et son interaction avec les autres instances psychiques de l'homme que sont le subconscient et l'inconscient. La première théorie épistémologique de la sophrologie,

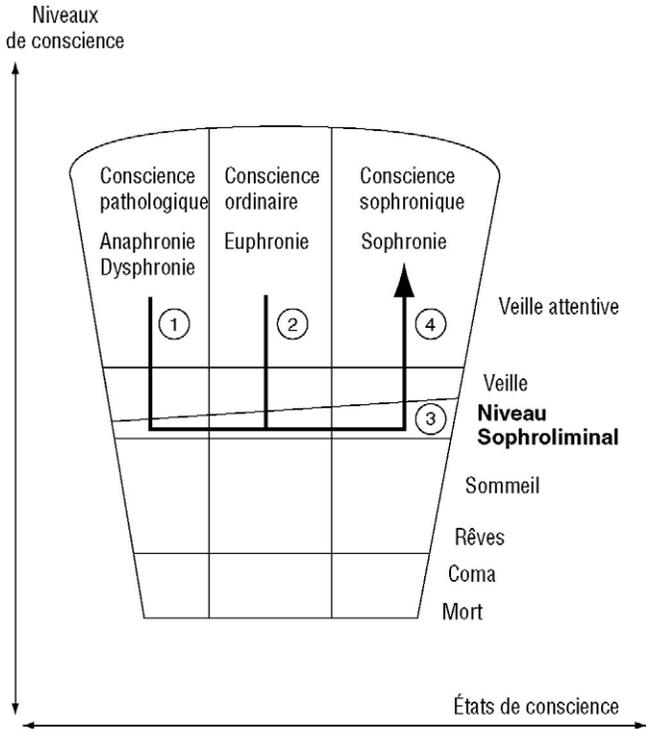


FIGURE 9.1.

Première théorie de l'épistémologie sophrologique : finalité de la sophrologie sur les états et niveaux de conscience.

ainsi que le montre la figure 9.1., définit les *états* (dys-eu-so-phroniques) et les *niveaux* (veille, sommeil et sophroliminal) de conscience. L'entraînement sophrologique consiste à accéder tout d'abord au niveau de conscience sophroliminal (entre veille et sommeil) qui permet, par l'activation intrasophronique, d'activer un changement d'état de conscience allant soit de la conscience *anaphronique* et *dysphronique* (1) (conscience pathologique), soit de la conscience *euphronique* (2) (conscience normale) vers la conscience *sophronique* (4) considérée comme un état qualitativement supérieur de conscience. Le niveau sophroliminal (3) est accessible par la sophronisation qui consiste en une relaxation suggérée par le sophrologue ou autosuggérée après apprentissage. Les relaxations dynamiques permettent ensuite, par l'activation intrasophronique qui s'opère à partir du niveau sophroliminal, la conquête progressive de l'état de conscience sophronique (4).

La première théorie de l'épistémologie décrit aussi le rapport entre conscient et inconscient selon la théorie dite le *iceberg* inspirée des

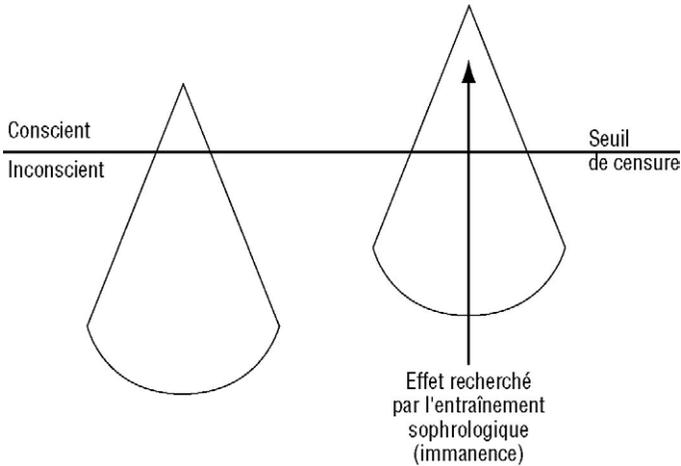


FIGURE 9.2.
Rapport conscient/inconscient et effet recherché sur celui-ci par la sophrologie.

travaux de Roland Cahen sur les théories de Carl Gustav Jung. Cette théorie, représentée par la figure 9.2., définit un rapport inversement proportionnel entre conscient et inconscient. L'entraînement sophrologique vise, par ascension de l'*iceberg* psychique, une augmentation de sa partie émergée et donc de l'espace de conscience. Cela implique par conséquent, selon cette théorie, une diminution proportionnelle de sa partie immergée qui représente l'espace inconscient.

Principe opérant de l'hypnose

L'épistémologie de l'hypnose s'articule entièrement autour de l'observation, de l'emploi et de la description de l'état modifié de conscience, dit hypnotique. Cet état, comme nous l'avons vu, n'est pas exclusif du psychisme. Il semble propre au vivant et s'y inscrit probablement comme un quatrième état s'ajoutant à ceux de la veille du sommeil et du rêve. La transe hypnotique (voir la figure 9.5 p. 202) se caractérise par la *dissociation* mentale et, sur le plan corporel, par la *catalepsie*, dont l'intensité détermine la profondeur de la transe allant de la légère à la très profonde. La relaxation n'est nullement nécessaire à la réalisation de cet état. L'*imagination* en est le pivot dynamique, prenant alors le pas sur la cognition, pivot de l'état de conscience ordinaire. L'apparition d'une imagerie mentale vive et la stimulation de l'imagination sont, pour pratiquement tous les auteurs, pathognomoniques de la transe hypnotique. D'autres critères le caractérisent encore : altération de la perception du temps (Cooper et Erickson, 1952) ; modifications de l'expression émotionnelle, de l'attention et du schéma corporel ; augmentation

de la suggestibilité. Cet état peut être provoqué par diverses procédures d'induction : introspection, méditation, fascination, déprivation ou saturation sensorielle et perceptive (stimulus monotone) [Collot, 1991].

Durant la transe hypnotique, l'*imagination* n'a plus rien d'une simple rêverie fantaisiste mais, potentialisée par le contexte et l'hypnotiseur qui maintient l'état d'attention, elle devient un nouveau mode de perception ou, en d'autres termes, une nouvelle forme d'expérience vécue. Une expérience dans laquelle ce qui est habituellement perçu comme imaginaire est maintenant ressenti comme réel (Hilgard, 1974), dans laquelle le mot prend valeur de chose et l'intention, l'expression de son geste. En fait, le vécu l'emporte sur le réel. Tout ce qui se présente au vécu de la personne en transe, à sa conscience ou à sa perception possède dès lors les attributs de la réalité et peut devenir aussi vivant et percutant que si cette personne le vivait vraiment.

Alors que Freud considère la *dissociation psychique* comme un état pathologique, les travaux de Pierre Janet (1889), à la fin du siècle dernier, puis plus récemment ceux de Ernest R. Hilgard (1977) et Ernest L. Rossi (1994) démontrent que cet état est naturel et qu'il se caractérise par un ensemble de modifications dans le fonctionnement cognitif et la conscience d'un sujet amenant une séparation entre un ensemble d'activités mentales et le courant principal de la conscience. Ce nouvel ensemble d'activités devient autonome et peut aller jusqu'à induire, chez le sujet, le sentiment qu'elle appartiendrait à une autre personne (Brown, 1981). La dissociation de la conscience semble toujours latente à des degrés divers, quels que soient les états de conscience, mais elle se manifeste de façon évidente dans l'état hypnagogique. En dehors de cet état, elle est en particulier repérable dans des états dont elle serait le dénominateur commun que l'on nomme les « états modifiés de conscience ».

L'*état cataleptique* du corps en transe, c'est-à-dire caractérisé par une inhibition des mouvements volontaires, représente une dimension centrale dans la compréhension des ressorts de l'hypnose. Libéré de la volonté immédiate du sujet, le corps en transe peut se laisser aller à ses propres mouvements, à ses propres gestes et à sa propre chorégraphie. Or, ces derniers résultent de tous les apprentissages, de toutes les adaptations, de toutes les répétitions, de tous les savoir-faire dont le corps dispose et qui vont, avec la transe, se laisser mouvoir par l'imagination alors souveraine. Ce point est crucial dans notre propos. En effet, alors que toutes les techniques de relaxation (statiques ou dynamiques) se basent sur la volonté d'amener le corps à se détendre, l'hypnose induit un état cataleptique dans lequel le corps peut de lui-même se détendre dans un mouvement purement spontané. Mais la détente ne représente alors qu'une manifestation parmi d'autres³ du corps en transe et elle ne saurait en aucun cas

3. Parmi lesquelles le mouvement involontaire, le tremblement, la contracture partielle et parfois complète du corps, la tension indolore ou douloureuse, etc.

être imposée. Ce n'est donc pas la détente du corps qui est recherchée dans la transe mais un état dans lequel le corps peut s'exprimer et imaginer sans intervention de la volonté ou même de la conscience.

Principe opérant de la sophrologie

Le pivot autour duquel s'articule le processus sophronique est le *niveau de conscience sophroliminale* (NSL). Il est décrit comme se trouvant précisément entre le niveau de veille et de sommeil (figure 9.1). Il s'agit d'un abaissement du niveau de conscience qui ne s'atteint que par la relaxation suggérée par un sophrologue ou autosuggérée. Ce NSL peut être atteint plus rapidement ou spontanément par instauration d'un réflexe de relaxation qui peut s'obtenir par répétition et entraînement de la sophronisation. C'est à ce niveau que s'opère, par activation intrasophronique, le processus de transformation recherché par l'entraînement des relaxations dynamiques.

Le fait que le NSL ne s'atteint que par la relaxation définit l'adhésion de la sophrologie, tant au postulat de base développé par Schultz à partir de l'auto-hypnose, qu'à celui d'Edmund Jacobson à partir des théories d'Alfred Fouillée. Pour Schultz (1958), la déconnexion hypnotique (ici, le niveau sophroliminal) ne serait pas la cause de la décontraction mais sa conséquence. Pour Jacobson (1948), la détente de la musculature volontaire fait le lit de la détente nerveuse. Ce postulat reste valable pour la sophronisation simple mais ne l'est par contre plus pour les relaxations dynamiques. C'est en effet avec l'introduction d'un principe dynamique (mouvements et exercices physiques), au cœur de la relaxation, que Caycedo propose une méthode réellement novatrice.

La dynamique de la conscience s'opère, pour la sophrologie, à partir des trois grandes structures psychiques que sont l'inconscient, le subconscient et le conscient représentés dans la figure 9.3. Les phénomènes de la conscience évoluent dans ces structures en y subissant des transformations caractéristiques et en y acquérant des qualités différentes. Ainsi, ces phénomènes sont *sous-jacents* pour l'inconscient, *latents* pour le subconscient et *présents* pour le conscient. L'unité structurelle de base du psychisme, contenue dans les phénomènes de conscience, est l'*unité phronique*. Elle est définie au niveau inconscient comme une *capacité de conscience*. Caycedo définit 31 capacités de conscience qui ont un caractère universel. En se rapprochant des couches subconscientes du psychisme, ces unités phroniques deviennent des *contenus* individuels de conscience. Ces unités phroniques, capacités ou contenus, peuvent être de quatre qualités ou *valences* différentes : muette (uniquement pour les capacités de l'inconscient biologique), neutre, négative ou positive.

Les quatrième et cinquième théories de la sophrologie, pour lesquelles Caycedo s'est directement inspiré de la phénoménologie de Husserl, définissent l'orientation donnée à la dynamique de la conscience définie dans les théories précédentes. Orientation décrite comme une conquête, par la conscience, d'espaces existentiels. La quatrième théorie épistémologique, dite théorie du moi phronique, définit la surface ou région de l'être que peut dévoiler le moi à la conscience en état sophronique. Elle définit, entre autres, les points où se trouvent les essences de l'être (point *ompsilon*), de l'esprit (point *epsilon*) et du corps (point *omicron*). Il s'agit d'une théorie qui oriente la conscience vers l'intérieur de l'être : « Sophrologue, dévoile ta conscience, découvre ton moi phronique et après l'avoir conquis, va à la conquête de ta région phronique ». La cinquième théorie épistémologique de la sophrologie, dite étape existentielle, définit l'architecture tridimensionnelle de l'existence que la conscience peut conquérir en opérant une rencontre phénoménologique entre mondes intérieur et extérieur. Partant de la région phronique, il s'agit alors de conquérir l'espace de l'existence afin de l'intégrer comme un territoire de la conscience.

En résumé, l'entraînement sophrologique vise, avec ses différents niveaux de relaxation dynamique, la vérification et l'exploration d'une sorte d'architecture de la conscience, de l'être et de l'existence. Cette architecture est elle-même prédéfinie par les cinq théories de l'épistémologie sophrologique. L'évolution des théories épistémologiques de la sophrologie reflète ce que nous avons déjà pu observer, en analysant l'évolution historique des différentes définitions de la sophrologie. Les deux premières théories épistémologiques sont tout à fait congruentes aux deux premières définitions de la sophrologie, celles de 1960 et de 1972, et sont donc orientées vers une exploration et une compréhension de la conscience et de ses dynamiques au sens large. La troisième théorie amène un dépassement du champ de la conscience humaine en y intégrant le champ de l'être. Elle amène ainsi une dimension existentielle et une conceptualisation de la dynamique de la conscience dans l'être. La même congruence se retrouve entre les quatrième et cinquième théories de l'épistémologie sophrologique et les deux dernières définitions qu'a fait Caycedo de la sophrologie. Dans sa définition de 1995, il montre bien qu'il imprime à la sophrologie une orientation très personnelle par des procédés qui lui sont propres. Il affirme dans un premier temps sa filiation à l'École phénoménologique existentielle de son ancien maître Binswanger avant d'abandonner la phénoménologie elle-même afin de magnifier sa propre expérience : « Dans ma propre expérience de recherche Phénoménologique-Existentielle, avec l'intentionnalité de créer une science de l'existence, il ne peut pas avoir, dans cette troisième étape de ma méthode, que j'appelle Troisième Cycle ou Cycle Existentiel, de parenthèse Réductive dans la ligne de Husserl.

Il s'agit d'un effet contraire, car ce que cherche ma Méthode c'est la projection à l'existence des contenus et structures positifs de la conscience qui ont été découverts et conquis, grâce à l'entraînement vivantiel des deux cycles préalables »... « La Dimension Corporelle, la Dimension Mentale, la Conscience Phronique et l'Âme Phronique Radicale formeront, à partir de maintenant, une seule et même chose appelée être humain » (Caycedo, 1998-b).

Partant en 1960 de l'étude globale de la conscience et de ses modifications en médecine dans un esprit heuristique que confirma le congrès de Barcelone en 1972, la sophrologie, sous l'impulsion de son fondateur, prend au cours des années une orientation de plus en plus spécifique et précise. Orientation qui amène entre autres choses, nous le verrons, à un schisme irréversible entre sophrologie caycédienne « positiviste » et sophrologie française « bioénergétique ». En effet, en 1997, la sophrologie se veut une École scientifique consacrée non plus à l'étude globale de la conscience et de ses modifications, mais uniquement et spécifiquement à l'étude vivantielle de la conscience et des valeurs de l'existence. Il n'y a plus d'étude des modifications produites par des méthodes chimiques, physiques et psychiques pour son emploi en médecine. Les modifications de conscience sont maintenant entièrement guidées et prédéfinies par les méthodes personnelles de Caycedo. Il inscrit dorénavant un double déterminisme théorique dans la sophrologie. La sophrologie est un enseignement qui vise, sous l'impulsion de l'intentionnalité, à suivre un cheminement très précis et réglementé où l'on vérifie en permanence que certaines causes, les exercices et leurs directives, produisent automatiquement et implicitement certains effets, la découverte du moi et de l'espace phronique tels que définis par Caycedo et la phénoménologie. Ce mécanisme de causalité est reproductible et peut même l'être spontanément, par l'entraînement qui permet son acquisition réflexe. Les fondements théoriques de la dynamique sophrologique reposent donc sur le principe de l'action réflexe tel qu'il a pu être défini par Gauchet (1992). La sophrologie prophylactique propose, par exemple, l'instauration d'un réflexe de relaxation conditionné de type pavlovien (Benson, 1976), afin de prévenir la mise en route des mécanismes réflexes du stress définis par Seyle (1974).

Dynamiques thérapeutiques en jeu dans l'hypnose thérapeutique

Comme nous l'avons vu, le processus hypnotique activerait cet état de « veille paradoxale », en mettant l'être « poreux » en relation avec son environnement. Il se révèle dans l'espace présent entre individus « poreux », liés par leurs perceptions sensorielles échangées. L'hypnose thérapeutique se fonde donc nécessairement sur un processus hétérogène

impliquant l'intervention de l'Autre, et agit par influence mutuelle entre les êtres. Sa pratique est donc une intervention, une opération, une action. Tous les moyens qu'elle utilise tendent à faire surgir dans le présent des potentialités jusqu'alors insoupçonnées. Sa question n'est pas « pourquoi en est-il ainsi ? », mais « comment épouser et modifier les mouvements et les orientations ? », bref, le sens qui est inclus dans les choses mêmes. L'hypnose supposerait la mise en suspens de la soumission aux catégories de l'espace et du temps. Lorsque, devenu malade pour avoir rompu son lien avec le préhumain et le préverbal qui donnent à la communication son contexte nécessaire, l'homme veut, pour guérir, le rétablir, il lui faut mettre entre parenthèses les catégories qui spécifient son fonctionnement en tant qu'humain, le rapport de son entendement à l'espace et au temps. Il s'agit donc d'une dynamique atemporelle et aspatiale. Le patient réinvestit son état de mammifère, là où l'espace et le temps n'entrent pas en jeu comme des catégories nécessaires à l'objectivation, mais se présentent comme un environnement où peut se déployer la spontanéité de sa vie. Selon Roustang (1990), l'hypnose n'opère plus seulement par suppression des symptômes mais aussi par une reconstruction de la personnalité. Le but est de permettre au patient de retrouver l'intégrité, l'unité et l'équilibre de sa personnalité en travaillant sur et autour de cet élément vécu comme insupportable mais qui en est pourtant constitutif.

L'hypnose offre une extraordinaire possibilité d'aborder la souffrance dans l'instant et au cœur de la relation humaine. En effet, ce qui est mis en pleine lumière par l'hypnose n'est rien d'autre que la labilité de la perception et des comportements humains. Le relâchement des associations, le changement des perceptions ne peuvent qu'introduire le doute. Il ne s'agit pas ici d'un doute débouchant sur l'absence et le vide de la raison, mais de celui que l'imagination remplit de ses mille possibilités. L'hypnose potentialise ainsi la formidable possibilité qu'a l'humain de jouer avec ses perceptions, avec sa mémoire, ses souvenirs, ses oublis, ses apprentissages. Le doute radical du thérapeute devient du même coup le garant de la place accordée à l'autre, au patient. Le doute permet la liberté de la relation, tout en permettant à la fois une intense attention à l'autre (propre à la relation hypnotique) et une totale présence à l'autre (Roustang, 2000). Le doute devient du même coup une ressource thérapeutique qui introduit une faculté d'adaptation extraordinaire même pour le patient. Ainsi, en prenant appui sur l'attente du changement, c'est la présence humaine assurée du thérapeute dans sa capacité à faire face à tous les dérèglements possibles de l'existence qui permettra l'épanouissement de la labilité induite par la transe. Et c'est cette labilité qui d'elle-même remettra en mouvement la vie là où elle s'est arrêtée ou sclérosée (sur une souffrance, un drame, une mauvaise expérience, un dysfonctionnement...).

D'autre part, si la remémoration et le devenir conscient sont la clé de la cure psychanalytique et de la sophrologie, il n'en est pas de même pour l'hypnose. Pour Roustang (1990), il n'y a aucune difficulté à opérer une modification au niveau de l'animalité de l'homme sans faire appel à la conscience. Selon lui, c'est lorsqu'on déplore le peu d'inconscient susceptible de devenir conscient que l'on entre dans des difficultés inextricables. Il y a tout lieu de penser, en effet, que la prise de conscience ne faciliterait pas la transformation car l'attention qui serait portée sur elle en amoindrirait la force en vue de l'action. Si l'on cherche à modifier le système inconscient qui détermine en tout point la conscience, ce ne peut être par l'effet de celle-ci. Le refoulement n'est pas à considérer seulement comme l'obstacle à vaincre, mais comme le garant d'une transformation durable. C'est pourquoi l'hypnose thérapeutique ne se préoccupe nullement d'interpréter, c'est-à-dire de donner ou d'ajouter un sens à des phénomènes. Elle n'est pas plus subjective qu'objective et n'éprouve nulle nécessité de faire appel au passé.

Dynamiques thérapeutiques en jeu dans la sophrothérapie

La dynamique thérapeutique en jeu dans la sophrothérapie est bien différente. Il s'agit tout d'abord d'une démarche qui se base sur un processus d'instructions hétérogènes visant une dynamique autogène. La sophrologie se base sur une épistémologie de l'accomplissement de l'homme idéal, qui se réalise par la prise de conscience⁴. Cette dernière opère ici un processus de transformation et de devenir. Il s'agit d'une dynamique de conquête de soi plutôt qu'un acte thérapeutique. La prise de conscience, autogène et sélective, des contenus positifs des phénomènes présents, permet au patient d'opérer une transformation vers un état nouveau et constant : l'état sophronique, qui peut être défini comme un état de conscience durable, caractérisé par la présence exclusive de contenus de conscience à valence positive. Il s'agit donc, par l'entraînement sophrologique, d'orienter la conscience vers des potentialités idéales et persistantes, à acquérir dans l'avenir. La dynamique sophrologique est donc :

- *temporelle*, car elle vise un devenir idéal dans le temps et la durée (historicité) ;
- *spatiale*, car axée sur la confirmation de la découverte d'espaces de conscience (tridimensionnalité) ;
- *prédéfinie* par l'expérience préalable qu'en a faite Caycedo (scientifique).

La sophrothérapie se définit comme une thérapie phénoménologique, existentielle et non analytique. Elle s'intéresse à la conscience positive.

4. « *Ut conscientia noscatur* » qui signifie « Que la conscience nous soit connue » est la devise de la sophrologie.

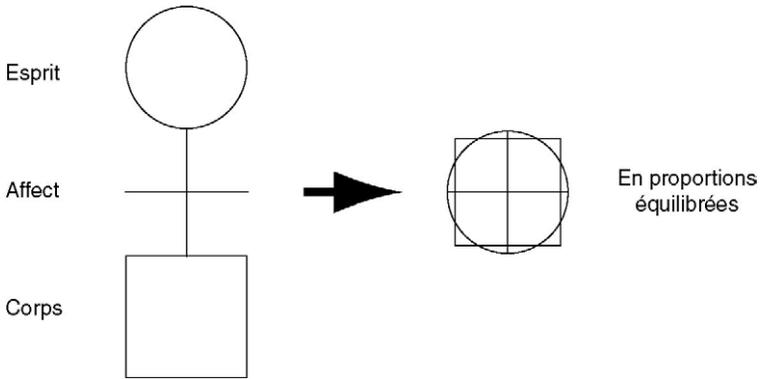


FIGURE 9.4.
Accomplissement de l'entraînement sophrologique homme sain, debout entre ciel et terre (complément à la première théorie épistémologique de la sophrologie).

Elle vise un état de santé défini comme un équilibre symbolisé par l'idéogramme chinois de l'homme sain, debout entre ciel et terre (deuxième complément à la première théorie épistémologique de la sophrologie). Il s'agit d'un être dont les éléments spirituels, affectifs et physiques s'accordent en proportions équilibrées, ainsi que le montre la figure 9.4.

Partant du principe de l'action positive, la sophrothérapie poursuit la conquête d'une corporalité et l'effacement de la barrière psychosomatique. Elle mise donc sur la disparition des symptômes de l'être malade, par la mise entre parenthèses des contenus négatifs de sa conscience et la prise de conscience de ses contenus positifs. Elle amène le patient à progresser sur le chemin de la conscience sophronique, qui est la clé de l'équilibre de la santé. Elle propose ensuite aux patients la poursuite de l'analyse vivantielle de l'être, à la fois par une mise en relation des mondes extérieurs et intérieurs, et par un travail sur le système des cinq énergies de l'être.

Le tableau 9.2 récapitule l'approche comparée entre hypnose et sophrologie sur le plan épistémologique.

Méthodologie et pratique

Méthodologie et pratique de l'hypnose

L'hypnose, depuis son apparition dans le savoir moderne, a suscité de nombreuses questions, prises de position, recherches et transformations. En tant que technique permettant d'accéder à l'état particulier qu'est la

TABLEAU 9.2. Épistémologie

Niveaux de comparaison	Hypnose	Sophrologie
<i>Épistémologie</i>		
Contexte épistémologique	Nature profonde encore mystérieuse Épistémologie du trouble (Dagognet)	Savoir en constante évolution. Différentes définitions au cours de l'histoire (historicité). Épistémologie phénoménologique
État de conscience	<i>État hypnoïde</i> = veille paradoxale ou 4 ^e état de l'organisme (non-vérifié) après la veille, le sommeil et le sommeil paradoxal	<i>État sophronique</i> = état amélioré, idéal, de conscience <i>Niveau sophroliminal</i> = entre veille et sommeil
Rôle de l'inconscient	Totalement assimilé à la <i>sensorialité animale</i> . <i>L'inconscient est une ressource</i> (Erickson)	<i>L'inconscient est source de déséquilibre</i> . Il génère à partir des capacités de conscience universelles, un excès de contenus négatifs. Ceux-ci vont émerger à la conscience de l'homme et le déséquilibrer. La sophrologie vise à l'équilibrer par l'intentionnalité de la conscience positive allant à la conquête de l'inconscient
Rapport conscient inconscient	<i>Synergique</i> : l'hypnose rajoute l'inconscient au conscient	<i>Inversement proportionnel</i> : la conscience conquiert l'inconscient
Rapport au temps et à l'espace	Indéfini Anhistorique - intemporel aspatial	Prédéfini (expérience caycédiennne) temporel (historicité) spatial (tridimensionnalité de la conscience)
Mise en suspens	Espace et temps	Contenus de conscience négatifs (<i>époché</i>)
Principe opérant	<i>Dissociation</i> psychique <i>Imagination</i> <i>Appropriation</i>	Niveau de <i>conscience sophroliminale</i> <i>Relaxation dynamique</i> -sophronisation Prise de conscience des contenus positifs <i>Mise entre parenthèses du négatif (époché)</i>
Dynamique de base	<i>Modification hypnotique</i>	Activation intrasophronique
But	Accéder au principe organisateur de l'être	Atteindre un état idéal de conscience sophronique



► TABLEAU 9.2. Épistémologie (suite)

Niveaux de comparaison	Hypnose	Sophrologie
Dynamique thérapeutique	<i>Appropriation</i> Le principe organisateur de l'être s'approprie librement un changement suggéré à l'imagination par une influence hétérogène	<i>Intentionnalité</i> Évolution intentionnelle de l'être, initialement guidée par l'autre puis autogène, vers un état existentiel idéal, grâce à une prise de conscience des contenus positifs de sa conscience

transe hypnotique, elle a permis depuis sa conceptualisation, d'élargir, par induction, le savoir moderne sur l'être humain, particulièrement sur les influences qui le déterminent au niveau de son comportement, de sa pensée, de sa vie psychique et physique, de sa relation aux autres et des moyens d'action thérapeutique leur correspondant. L'hypnose et les dimensions humaines qu'elle permet d'explorer ont toujours exercé une fascination sur les chercheurs et praticiens qui s'y sont intéressés.

L'hypnose est avant tout une technique clinique académique et se trouve à l'origine de nombreuses méthodes médicales et psychothérapeutiques. Elle est susceptible d'intervenir dans toutes les spécialités traitant de la souffrance psychique, de la douleur d'ordre pathologique ou provoquée par des actes de soins invasifs. Pratiquement, la méthodologie de l'hypnose clinique peut être définie par ses différentes *techniques d'induction*, de *suggestion* ou d'*injonction*, ainsi que par les différentes qualités de transe hypnotique. La transe peut être de *profondeur* variable. Elle est fonction de la dissociation psychique provoquée par l'induction et elle permet d'amorcer, chez le patient, une *modification hypnotique* susceptible, par *appropriation*, de restaurer son intégrité, comme l'illustre la figure 9.5.

L'*induction* commence par un arrêt de la perception ordinaire qui s'obtient par une saturation des différents canaux sensoriels. Cette dernière s'obtient généralement à l'aide d'un stimulus monotone, par exemple sous la forme de la fixation d'un objet indépendamment de son contexte (premier temps, seul retenu le plus souvent par l'opinion qui ne voit dans l'hypnose qu'un phénomène de fascination). La capture du champ de conscience par nos mots explique que, chez l'homme, la parole possède un pouvoir hypnotisant supérieur aux stimulations sensorielles. C'est par les mots qu'on attrape un homme. Si vous souhaitez immobiliser un petit goéland, nous dit Cyrulnik (1997), il faut crier l'alerte comme le feraient ses parents. Mais si vous voulez immobiliser un homme, il faut le tenir en haleine par vos récits charmeurs ou vos ordres effrayants, d'où les effets à la fois inducteurs et suggestifs des métaphores, des injonctions, des contes ou des imageries utilisés en hypnose.

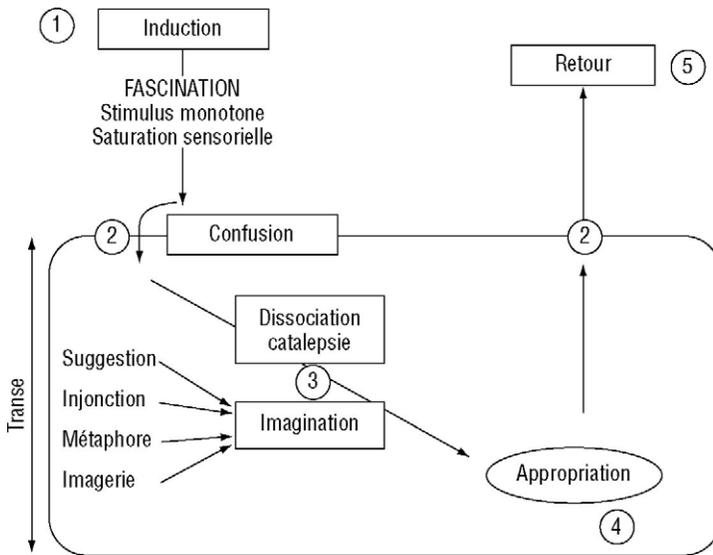


FIGURE 9.5.
Les cinq temps de l'hypnose : l'induction, la confusion,
la dissociation-catalepsie, l'appropriation et le retour.

D'autre part, la capture sensorielle est d'autant plus facile qu'elle est désirée, ce qui explique la force du contexte thérapeutique puisque le patient désire être soigné.

Mais ce premier temps de l'induction et de la fascination n'est qu'un passage qui laisse pratiquement toujours apparaître, dans un second temps, un bref intervalle de *confusion*. Cette confusion amène implicitement un relâchement des associations cognitives, qui réclame moins de cohérence et de logique explicite que durant un état de veille ordinaire. Ce relâchement permet dès lors des associations de perceptions, de sensations, de représentations, de souvenirs et de pensées qu'un état de conscience ordinaire ne permettrait que peu, voire pas du tout. Il permet d'accéder à cet état de l'être où l'inconscient se rajoute au conscient⁵. Il conduit à suspendre les déterminations auxquelles nous sommes habitués concernant les choses et les êtres.

Confusion et indétermination produisent alors ce qui va être le troisième temps de l'hypnose qui débouche sur la transe à proprement parler : un état de *dissociation psychique* et de *catalepsie* du corps que la dynamique de imagination met en mouvement⁶. Car en effet, la

5. Et non pas, comme c'est le cas pour le niveau soproliminal de la sophrologie, où la conscience occupe l'inconscient ou « gagne du terrain » sur lui !

6. C'est le temps où, pour les hypnotiseurs en laboratoire, l'hallucination peut être produite.

modification hypnotique suppose la mise en suspens de tous nos systèmes de coordonnées, et cela n'est possible que si l'on prend appui sur l'imagination. Celle-ci nous délivre des liens trop étroits et trop évidents qui nous lient aux constituants de nos existences. Elle représente le pouvoir inné et anhistorique, elle supporte donc le suspens, et possède l'énergie suffisante pour imposer une nouvelle donne, un nouveau plan, à la fois plus réaliste et plus gros d'avenir. Mais ce nouveau plan, pour être effectué, devra être décidé lors d'un quatrième temps de l'hypnose : celui de l'*appropriation*. La liberté humaine apparaîtra alors comme nécessité stratégique dans la réalisation du plan (Roustang, 1994). Ainsi, par l'effet spontané qu'ont les suggestions, les métaphores, les injonctions ou les imageries sur l'imagination, de nouvelles possibilités se font jour et sont intégrées par appropriation au principe organisateur de l'être. La modification hypnotique permet donc d'accéder à la potentialité en tant que telle, par delà la confusion et l'imagination. Cette potentialité se montrera tout aussi bien individuelle que collective, puisque c'est en elle qu'est à la fois constitué et communiqué le projet de nos actions (Roustang, 1994).

Le cinquième et dernier temps de l'hypnose est celui du *retour* à l'état de veille ou de conscience ordinaire. Tout passage d'un mode de fonctionnement à un autre induit une période transitoire de confusion, si bien que, tout comme pour le passage à la transe (deuxième temps déjà évoqué), le passage au retour y sera aussi soumis. Le retour représente le moment crucial où l'expérience vécue en transe va s'intégrer dans le quotidien *ordinaire* du sujet. C'est donc le moment où la personne hypnotisée retrouve ses croyances, ses attentes implicites et explicites face à la transe et à la thérapie. C'est aussi le moment où le contexte thérapeutique et surtout le thérapeute vont donner une tonalité spécifique à l'expérience vécue en transe et effectuer un renforcement suggestif de la trace que laissera celle-ci dans la vie du sujet⁷.

Méthodologie et pratique de la sophrologie

La sophrologie se définit comme une science, c'est-à-dire comme un corpus de savoir systématisé dont l'objet, la conscience, et la méthode ont évolué au cours du temps. Au niveau méthodologique, la sophrologie est, en effet, partie d'une approche inductive et heuristique de la conscience (approche qui semble rester en vigueur dans le courant français, bioénergétique, de la sophrologie). Elle a ensuite, en suivant l'évolution de son fondateur Caycedo, opéré une conversion méthodologique radicale vers une approche déductive. En effet, la démarche

7. Nous avons détaillé ces différents aspects dans le chapitre 9.

sophrologique consiste actuellement à vérifier, par une méthode spécifique et par les nouvelles données du savoir actuel (neurosciences, psychologies, pensées orientales...), les espaces de la conscience et de l'existence tels qu'ils sont décrits par Caycedo. Ce dernier les a lui-même décrits, à partir de son expérience et de sa démarche intérieure personnelles (Caycedo, 1995-a) : « La création d'une terminologie propre n'est pas tâche facile. Dans mon cas, je devais inventer de nouveaux termes pour nommer les différentes structures phénoménologiques que je découvrais. Je devais aussi créer de nouveaux noms pour les méthodes, techniques ou stratégies que je concevais pour approfondir le processus vivantiel que j'expérimentais. Je devais également créer de nouveaux termes pour nommer les théories ou concepts épistémologiques qui se structuraient. C'est de cette façon que sont nés les mots, les termes, les dessins et concepts que j'ai publiés dans mes deux dictionnaires ».

Sur le plan pratique, la sophrologie caycédienne, positiviste, se définit aujourd'hui comme une *profession* non académique dont la définition, la pratique, la méthode, la déontologie, la reconnaissance, l'évolution sont entièrement définis et réglementés par Caycedo (1995-b, 1996). Mais la sophrologie reste aussi, depuis sa création et surtout grâce à l'École bioénergétique en France, une méthode thérapeutique spécifique et contrôlée utilisée dans un contexte médical : médecine psychosomatique, psychothérapies, médecine générale, orthopédie, médecine dentaire, maternité, professions d'aide et de soins (Abrezol, 1973, 1989 ; Rager, 1973).

La méthode clinique occupe deux domaines distincts : la thérapie et la prophylaxie. La première s'adresse à des personnes en état anaphronique ou dysphronique (états de conscience pathologiques), et consiste en l'utilisation de deux catégories de techniques. Les premières, dites découvertes, d'inspiration analytique, ont été principalement conçues par Abrezol (1973). Elles permettent la prise de conscience de contenus subconscients et inconscients. Les secondes techniques sont dites recouvrantes. Elles sont d'inspiration comportementale, phénoménologique et caycédienne. Elles opèrent sans dévoiler les phénomènes inconscients à la conscience. Elles persuadent la conscience par des contenus positifs en relation avec la symptomatologie.

La méthode prophylactique s'adresse à des personnes normales (Caycedo, 1997-a), en état euphronique et s'appliquent de préférence en groupe. Ces techniques rassemblent, pour leur majeure partie, toutes les relaxations dynamiques de Caycedo, qui sont actuellement au nombre de 12 (RDC I-XII), réparties en trois cycles. L'entraînement des relaxations dynamiques caycédiennes successives permet de suivre le même cheminement que celui qu'a découvert Caycedo pour parvenir à l'état sophronique.

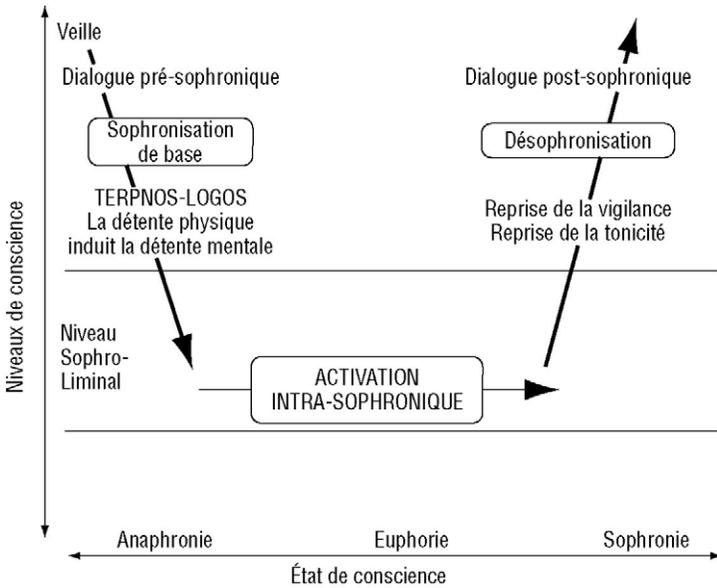


FIGURE 9.6.
Sophronisation et activation intrasophronique.

La technique de base de la sophrologie est la sophronisation, comme l'indique la figure 9.6. C'est elle qui permet l'accès (et son apprentissage) au niveau de conscience sophroliminale et, par lui, au processus clé de l'activation intrasophronique, tel que nous l'avons décrit plus haut. La sophronisation consiste en une relaxation, tout d'abord induite par le thérapeute à l'aide de son *terpnos logos*, puis entraînée par autosuggestion et enfin acquise par voie réflexe. Elle peut alors être auto-induite spontanément, à l'aide d'un geste signal ou de sa simple évocation. La sophronisation est utilisée comme amorce à la quasi-totalité des techniques sophrologiques (dites intrasophroniques) qu'elles soient individuelles ou de groupe, découvrautes ou recouvrantes. Les rares techniques qui n'exigent pas son recours sont des techniques dites avancées, pratiquées par des personnes ayant déjà acquis le réflexe de sophronisation.

Le tableau 9.3 ci-après récapitule l'approche comparée entre hypnose et sophrologie sur les plans de la méthode et de la pratique.

Critiques et discussions

Critiques et discussions relatives à l'hypnose

Caycedo, lors d'une communication faite au V^e Congrès international de psychologie médicale de Vienne, en août 1961, dit : « Nous promulguons l'abolition du mot « hypnose » de la terminologie médicale, non

TABLEAU 9.3. Méthodes et pratiques

Niveaux de comparaison	Hypnose	Sophrologie
<i>Methodologie-Pratique</i>		
Méthode scientifique	Phénomène qui alimente les recherches scientifiques mais qui n'est pas une méthode scientifique.	Méthode <i>scientifique</i> , inductive à ses débuts, elle est devenue déductive au cours de son évolution.
Place dans le champ des thérapies	Ingrédient de base, à l'origine de la psychothérapie. La plus ancienne forme de relation thérapeutique.	Fait partie des <i>psychothérapies expérientielles</i> (développement personnel, phénoménologie, pensée orientale, états modifiés de conscience, relaxation, psychanalyse).
Domaines d'application Clinique	<i>Technique de communication et de soins</i> . Outil clinique académique : médecine (douleur et soins invasifs), psychiatrie, psychothérapie.	<i>École Caycédienne positiviste</i> : se veut une profession à part entière (non-académique). École Française <i>Bio-Dynamique</i> : Outil spécifiquement médical (psychosomatique, médecine générale, médecine dentaire, psychiatrie, psychothérapie, pédagogie).
Méthode d'application	Hétérogène relationnelle.	Entraînement personnel, autogène et guidé par protocoles édictés.
Ingrédients des techniques	Influence, induction (fascination), paroles, suggestions directes et indirectes.	Protocoles édictés par Caycedo, <i>terpnos logos</i> , relaxation dynamique autogène.
Techniques de base	Induction de transe et suggestions.	Sophronisation de base et relaxations dynamiques

seulement parce que nous le considérons impropre pour ces phénomènes mais parce que le même mot est, en soi, porteur d'une série considérable de réactions émotionnelles, contradictoires, qui rendent difficiles non seulement la thérapeutique, mais aussi la méthode et la forme d'action du médecin, qui se voit obligé de lutter contre la dose de mystère et de magie que cette dénomination entraîne elle-même⁸.

8. Si l'hypnose a porté, par son usage dépassant les frontières de la profession médicale, un discrédit aux médecins que le terme de sophrologie était censé réparer, que dire du fait qu'aujourd'hui Caycedo fait de la sophrologie une profession non médicale et non académique ?

Nous avons adopté le nom de sophrologie au lieu d'hypnose, et d'états sophroniques au lieu d'états hypnotiques, les considérant plus fidèles à la réalité et plus significatifs » (Rager, 1973). Quelques années plus tard, un élève de Caycedo complète cette position : « La sophrologie combat la terminologie de l'hypnose mais non pas ses phénomènes qu'elle considère comme étant le point de départ des théories qu'elle étudie. Ceci est dû à deux raisons : premièrement le discrédit de la terminologie employée pour l'hypnose, cause de son mauvais usage, par des charlatans et les personnes qui ne sont pas des médecins ; deuxièmement le fait que, sous ce vocable « Hypnose », proposé par Braid au siècle dernier, par erreur quelquefois, on identifie et confond cet état avec le sommeil naturel, cachant ainsi les phénomènes et créant de nombreux problèmes » (Stokvis, Monserrat-Estève et al., 1972).

C'est donc essentiellement la terminologie liée à l'hypnose que combat, à ses débuts, la sophrologie. Cette terminologie discréditerait les médecins qui en font usage et elle est considérée comme inadéquate pour les phénomènes auxquels elle se rattache. Mais alors que la forme change, le fond reste le même. Voilà le point de départ d'un malentendu dont les sophrologues mettront du temps à se remettre. Utiliser le nom de sophrologie au lieu d'états hypnotiques ramène à une équivalence de contenu pour lequel seule la forme rhétorique change. Caycedo dit alors bien qu'il adopte le nom de sophrologie à la place de celui d'hypnose.

Mais un peu plus tard, Caycedo considère que la sophrologie ne consiste pas en un simple changement d'un nom par un autre. Il pousse encore plus loin la critique de l'hypnose mais cette fois en contestant sa légitimité même : « Le fait réel est que les frontières décrites et classées par les hypnotiseurs classiques ne résistaient pas à une étude phénoménologique et s'écroulaient comme des châteaux de cartes. *Le pays des merveilles* construit par la fantaisie et monté sur un mythe historique laissait à découvert le secteur le plus important du psychisme : la conscience ». Les sophrologues découvrirent progressivement que tout le rituel de l'induction était inutile et que la classification des phénomènes décrits se révélait inexacte. Les descriptions d'innombrables techniques remplissent de nombreux traités. Tous ces procédés, dont certains semblent assez extraordinaires, utilisent en réalité le même principe de base consistant à détourner l'attention du sujet puis, une fois le résultat obtenu, à lui donner des suggestions très simples, très facilement acceptables. La classification de certains phénomènes décrits s'avérant inexacte, l'interprétation de bon nombre de faits se révélant en contradiction avec l'expérimentation, il fallait, selon les sophrologues, procéder à une révision des valeurs (Rager, 1973). On le voit, la critique réduit l'hypnose à la seule technique d'induction, porte d'entrée de l'état hypnoïde mais sans jamais aborder le thème de la

transformation thérapeutique qu'opère l'hypnose par l'appropriation libre de l'imagination par le sujet hypnotisé.

Ainsi, la sophrologie, dans sa conception originelle des années 1970, ambitionne d'englober tous les procédés psychologiques qui produisent des modifications de la conscience à des fins thérapeutiques : « non seulement les phénomènes appelés hypnotiques mais les techniques de relaxation, l'hypnose active fractionnée de Kretschmer, le training autogène de Schultz, les techniques de Jacobson, Chertok, etc. ainsi que tous les états voisins tels que ceux rencontrés au cours du yoga, des transes médiumniques, des extases naturelles, où il existe un profond dénominateur commun phénoménologique » (Rager, 1973). Plus que l'esprit en état d'équilibre, la sophrologie a pour but d'étudier les modifications et phénomènes de la conscience humaine obtenus au moyen de procédés psychologiques, physiques et chimiques. Par conséquent, on peut dire que l'hypnose devrait être un chapitre de la sophrologie : ce n'est pas toute la sophrologie.

Lors d'un symposium à Bruxelles en 1974, Caycedo décrète même l'abolition du mot hypnose, consommant ainsi la compréhensible prise de distance qu'entrepris Hubert (1988b) et l'École française : « Seuls Roland Cahen et moi-même émirent notre étonnement devant une prise de position qui ne pouvait concerner que nous-mêmes et qui nous apparaissait singulièrement aléatoire, et même monstrueuse, compte tenu de la place fondamentale de l'hypnose et des études poursuivies dans le monde entier ». L'École biodynamique dirigée par Hubert a su éviter le piège de la radicalisation caycédienne. Comme le dit Durand de Bousingen (1988), en parlant du courant bioénergétique de Hubert, « l'hypnose y est remise à sa véritable place, centrale et fondamentale, mais intégrée à des mouvements évolutifs de l'abord psycho-socio-somatique de l'homme contemporain ».

Mais où en donc la sophrologie caycédienne dans sa conception d'aujourd'hui ? Elle semble avoir abandonné le projet des années 1960-1970 et n'alimente plus le savoir collectif de sa visée globale sur la conscience humaine. Il s'agit aujourd'hui d'une École phénoménologique chargée de véhiculer la méthode caycédienne. Cette École, instituant la sophrologie au rang d'une profession non médicale et non académique plutôt qu'à celui d'une technique de soin, protège depuis quelques années son savoir et sa méthode spécifiques, si bien que sa diffusion ne se fait plus que de façon très contrôlée. Il existe bien une circulation interne des connaissances relatives à la sophrologie et une importation des théories issues des pensées orientales, des neurosciences, de la psychosomatique, mais malheureusement, la sophrologie est devenue peu productive de connaissances nouvelles sur la conscience. Le succès qu'elle connut à son apogée, dans les années 1970, semble terni. Ajoutons à cela que la volonté déterminée de Caycedo d'exclure l'hypnose du vocabulaire

sophrologique, en le substituant par sa terminologie sophrologique, ressemble étrangement, toutes proportions gardées, aux efforts entrepris, quelques décennies plutôt, par Freud, pour « démystifier » le phénomène hypnotique. Mais Caycedo ne risque-t-il pas, avec une telle obstination, de s'orienter vers le même échec que la psychanalyse et les autres détracteurs de l'hypnose connaissent ?

Ainsi en est-il de l'hypnose. Elle apparaît comme une aberration dans notre culture et il est donc légitime que nous la rejetions comme un reliquat de sorcellerie ou de magie. Ses détracteurs sont convaincus d'avoir la réponse à son mystère et cela avant même d'entendre ce qu'il pourrait avoir à leur dire (Roustang, 1994). Au fil du temps l'hypnose a non seulement profité des données issues de sa propre évolution mais elle a étonnamment même pu bénéficier de celles qu'apportent ceux qui, jadis, l'abandonnèrent. La philosophie, la sociologie, la médecine, l'éthologie, les sciences de la communication nourrissent et se nourrissent aujourd'hui, comme jadis, du phénomène de l'hypnose et de ceux qui lui sont proches, qu'il s'agisse d'influence, d'ensorcellement ou de manipulation. Mais ce qui caractérise l'évolution de l'hypnose, c'est sans doute qu'elle a osé conserver son attachement à cette part si mystérieuse d'elle-même. Nombreux sont ceux qui ont tenté de la dépouiller de sa part de mystère. Ils ont toujours échoué. En prenant aussi cette direction, Caycedo n'a-t-il pas pris le risque de s'isoler et finalement d'exclure la sophrologie de l'hypnose et de son évolution ?

Aujourd'hui, la question du terme « hypnose » reste toujours ouverte. Pour Cyrulnik (1997), c'est aussi un mauvais terme puisqu'il ne concerne en rien le sommeil. Il se demande, par exemple, quel est le nom qu'il faudrait attribuer à ce phénomène du vivant qui, structurant une passerelle sensorielle entre deux organismes, captive l'un au point qu'il se laisse ensuite capturer ? Captose ? Capturose ? Il propose l'ensorcellement : caractéristique du vivant, il consiste à jeter un charme, instiller un philtre, envoûter par un chant ou un récit pour s'emparer du monde mental de l'autre.

Le débat sur le fait hypnotique reste lui aussi ouvert et parfois même virulent. Tout se passe, selon Roustang (1994), comme si il ne fallait pas, par respect pour l'hypnose, qu'une réponse soit donnée. La raison en est évidemment une contradiction dans laquelle s'enferment les épistémologues qui s'intéressent à l'hypnose. Ils veulent d'une part que l'hypnose n'ait droit de cité dans notre culture que si elle est capable de passer sous les Fourches Caudines de la scientificité (mais laquelle ?), et en même temps ils nient que la scientificité ait quelque chose à y voir, car l'hypnose est et doit demeurer pour les sciences une *blessure narcissique* indélébile (Chertok et Stengers, 1990). Mais pour lui, tant que l'on en reste à ce genre de problématique, on est assuré de ne pas avancer d'un pouce. Certes, ce pouvoir particulier donné à l'être humain

n'est apparu sous le nom d'hypnose qu'à l'ère scientifique. Mais c'est faire preuve de myopie que d'en borner ici la compréhension. Cette vieille affaire de l'humanité a existé avant et en dehors de la science. Même si l'on fait remonter au chamanisme ses premières manifestations, on ne saurait y voir un phénomène archaïque. Il est actuel parce qu'il est aussi ancien que l'homme, même si les formes qu'il a prises ont été marquées par les temps et les cultures (Roustang, 1994).

Critiques et discussions relatives à la sophrologie

Comme nous l'avons vu, la sophrologie véhicule de façon explicite ou implicite, un certain nombre de notions communes aux thérapies expérimentelles. Elle amène ainsi une série de questions spécifiques à cette constellation de thérapies (Crombez, 1988).

Idéal, norme et perfection

La sophrologie propose une logique qui instaure la perfection en norme et qui se présente de la façon suivante : l'homme est victime des assauts des contenus de conscience négatifs qui remontent de son inconscient. Il s'en trouve ainsi modifié et déséquilibré. Le but de la thérapie consiste alors à l'amener à une normalité sophrologique idéale, de le libérer de ces contenus de conscience négatifs en lui demandant de les mettre entre parenthèses.

Obéissance aux fondements doctrinaires

L'École sophrologique caycédienne actuelle demande une obéissance absolue aux méthodes de Caycedo : les fondements doctrinaires, la transformation et l'adaptation de l'épistémologie et de la sémiologie, l'acquisition de nouvelles techniques, la discussion de leur validité, la reconnaissance de la formation et le maintien de la formation continue ne se font que sous le contrôle du Conseil supérieur de déontologie sophrologique, présidé par Caycedo (Conseil supérieur de déontologie sophrologique, 1996).

Problème de la théorie parfaite

Les sophrologues font valoir la théorie caycédienne comme capable de recouvrir totalement le champ de la conscience humaine. Mais face au besoin de défendre (même juridiquement) l'exclusivité de cette conception, la sophrologie actuelle remet sérieusement en question la dimension heuristique de sa démarche. Cela s'observe par le rejet que les sophrologues font de leur filiation théorique à l'hypnose, à la psychanalyse ou au savoir médical académique. Ils donnent un grand soin à se différencier totalement des autres démarches dont pourtant ils s'inspirent le plus souvent dans leurs aspects méthodologiques et pratiques. Mais cela se

constate aussi au repli identitaire de la sophrologie caycédienne. Celle-ci affiche actuellement un besoin constant de faire face à la menace que représente une évolution libre au sein même de la sophrologie, et qui aurait pour conséquence de déformer les fondements doctrinaires caycédiens. Ainsi en est-il de la dissension qui oppose l'École caycédienne *positiviste* et l'École française *bioénergétique* de sophrologie.

La dissidence française

L'École française, dite *bioénergétique*, s'inspire de la phénoménologie de la perception de Merleau-Ponty (1945) ainsi que de la bioénergie d'Alexander Lowen (1985), qui a été conceptualisée par Hubert, à laquelle se rattache la relaxation *sophro-bio-dynamique*. Restant clairement dans le domaine de la thérapie, cette École refuse l'ouverture de la sophrologie à des champs non médicaux. Elle s'oppose en cela fermement à la sophrologie sociale définie lors de la déclaration de Récife (Caycedo, 1997-a), ainsi qu'au devenir de la sophrologie en tant que profession à part entière. Face au projet social de Caycedo, Hubert (1988a) affirme que l'action doit demeurer entre les mains du thérapeute confirmé, ne pas dépasser le cadre du groupe, et bannir le « collectif social » qui serait une porte ouverte à toutes les initiatives pour le moins abusives.

De plus, la radicalisation phénoménologique caycédienne est contestée par l'École *sophro-bio-dynamique*. Pour Lucien Gamba (1997), la phénoménologie existentialiste, bien que ne niant pas l'existence d'un inconscient, se refuse de l'approcher comme c'est l'usage en psychodynamique habituelle, se contentant de prendre conscience de ce qui est vécu *ici et maintenant*, ce qu'elle appelle le *phénomène existentiel*. Pour les sophrologues caycédiens, l'intentionnalité permettrait au sujet de sélectionner « intentionnellement » ce qu'il juge positif dans son vécu phénoménologique et de regrouper ces *constats positifs* dans un nouvel espace de conscience néoformé : la *région phronique*. Pour eux, en ne retenant que le positif de ses vécus, le sujet fait l'économie de l'évacuation du passé douloureux. Cet *a priori positiviste* créateur d'une *nouvelle conscience*, en opposition à ce qui est habituellement affirmé en matière d'introspection et de conscience, n'est pas acceptée par l'École *sophro-bio-dynamique*. Elle lui préfère la notion de phénomène bioénergétique comme subjectivité de l'individu vécue dans une expression corporelle sensorielle. La sophrologie *bioénergétique* propose au sujet de retrouver le chemin de sa conscience optimale originelle par évacuation phénoménologique des vécus existentiels douloureux et par confirmation des valeurs fondamentales retrouvées.

Conclusion

La sophrologie n'est-elle qu'hypnose sous une autre appellation ? L'hypnose n'est-elle qu'une dénomination erronée pour un phénomène

de conscience beaucoup plus vaste que la sophrologie permet mieux d'appréhender ? Cette approche comparative entre hypnose et sophrologie démontre que les différences qui existent entre ces deux approches sont irréductibles. Ces différences apparaissent à tous les niveaux de savoirs que nous avons abordés : histoire, philosophie, épistémologie, méthodologie et pratique.

Jusqu'en 1972, la sophrologie s'est attelée à rechercher et à comprendre tous les phénomènes relatifs à la conscience humaine et à ses modifications. Elle a effectué durant une quinzaine d'années un formidable travail de synthèse sur la conscience humaine en intégrant habilement les divers ingrédients à son sujet, dans un pluralisme foisonnant de théories et de pratiques. L'hypnose s'inscrivait alors fort bien, de façon non exclusive, dans cette recherche à caractère scientifique et heuristique. La sophrologie critiquait alors, à la fois la dimension d'emprise que constitue selon elle l'hypnose sur l'individu, et le terme d'hypnose lui-même, qui renvoie davantage au sommeil qu'à la conscience. Ainsi, si le débat entre sophrologie et hypnose s'inscrivait, avec beaucoup de pertinence, dans le savoir médical et scientifique des années 1960-1970, en raison des nombreux recoupements entre leurs différents champs de savoir et d'application, il est aujourd'hui devenu caduque. En effet, ces deux disciplines sont aujourd'hui fondamentalement différentes et spécifiques. L'argumentation de l'une par rapport à l'autre ne porte plus sur des domaines communs.

La sophrologie a changé le but de sa recherche. Partie d'un esprit de synthèse heuristique qui a rassemblé de nombreux savoirs différents sur la conscience humaine, elle a peu à peu abandonné ses ambitions scientifiques globales pour se spécialiser dans une orientation spécifiquement phénoménologique. Partant de la conscience humaine, Caycedo a progressivement cheminé dans l'investigation de *sa* propre conscience. Il s'agit maintenant de l'aboutissement d'une démarche personnelle conceptualisée en méthode et en profession. La sophrologie est aujourd'hui un savoir nettement délimité qui défend juridiquement ses limites et qui n'a plus d'autre savoir que celui qui est défini par son concepteur. Et si elle se protège des orientations incontrôlables que peut prendre son savoir, elle s'exclut en même temps du corpus de savoir collectif de notre société dans lequel l'hypnose est restée pour sa part bien inscrite. Retranchée derrière ses limites, elle risque de s'éloigner du débat et de la confrontation aux autres savoirs et à l'altérité génératrice de renouvellement créatif.

L'hypnose a continué de se développer en devenant de plus en plus un art de la communication et de l'influence thérapeutique. Elle connaît actuellement un renouveau scientifique et thérapeutique incontestable. L'hypnose ne concerne pas uniquement la conscience humaine, comme c'est le cas pour la sophrologie, ou le psychisme humain en lui-même.

Les recherches à son sujet l'ont de plus en plus réhabilitée, non seulement comme simple technique thérapeutique, mais surtout comme quintessence et comme maillon indissociable de toute relation humaine, voire même animale. L'hypnose semble bien fonctionner comme une matrice de base, comme « ingrédient relationnel » essentiel à toute démarche psychothérapeutique. Incontournable depuis sa conceptualisation par Braid, en 1843, alors qu'il semble présent depuis l'apparition de l'humanité, le fait hypnotique est, aujourd'hui, moins un fait en attente d'une théorie, qu'un fait mettant en question la position de jugement sur la réalité qu'une théorie vise à instituer (Chertok et Stengers, 1990). Nœud gordien de la connaissance, elle est aussi le creuset qui a permis et permet toujours une modulation et une créativité thérapeutique inouïes.

L'hypnose n'est plus, comme cela avait été avancé (Stokvis, Monserrat-Estève et al., 1972), un chapitre de la sophrologie puisque le contenu du livre a été complètement remanié. Il ne s'agit plus du même livre ! L'hypnose reste une étape de l'histoire de la sophrologie, l'un des maillons essentiels qui a permis son éclosion. Mais aujourd'hui leurs différences sont devenues incontournables et il nous a semblé nécessaire de les préciser afin de réajuster le débat en fonction de l'évolution tant de la sophrologie que de l'hypnose. La sophrologie ne peut gommer l'hypnose, ce d'autant qu'elle s'en est profondément éloignée et l'hypnose ne peut assimiler la sophrologie à une simple pirouette sémantique.

Références

- Abrezol R. (1973), *Sophrologie dans notre civilisation*. Neuchâtel, Inter Marketing Group.
- Abrezol R. (1989), *Tout savoir sur la sophrologie*. Lausanne, Favre.
- Bateson G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit*. Vol. 1. Paris, Seuil.
- Benson H. (1976), *The Relaxation Response*. New York, W. Morrow and Co.
- Brown S.-L. (1981), Dissociation of Pleasure in Psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, n°169, 3-17.
- Caycedo A. (1997), Déclaration de Récife du Professeur Caycedo. *Sophrologie Caycédienne*, n°III, 6-8.
- Caycedo A. (1997), Définition de la Sophrologie et de la Sophrologie Caycédienne. *Sophrologie Caycédienne*, n°III, 33.
- Caycedo A. (1998), Définitions de la Sophrologie et de la Sophrologie Caycédienne. *Sophrologie Caycédienne*, n°IV, 33.
- Caycedo A. (1972), *Dictionnaire abrégé de Sophrologie et de Relaxation Dynamique*. Barcelone, Emege.
- Caycedo A. (1995-b), *Dictionnaire fondamental de la Sophrologie. Structures de la Sophrologie Caycédienne comme nouvelle profession*. Principauté d'Andorre, Sophrocay Arinsal.
- Caycedo A. (1998-b), La méthode Caycedo et l'existence sophronique : rencontre vivantielle entre l'occident et l'orient. *Sophrologie Caycédienne*, n°IV, 3-9.

- Caycedo A. (1998-a), Le danger des « sophrologues cui-cui ». *Sophrologie Caycédienne*, n°IV, 1.
- Caycedo A. (1996), Sphrocay Vivential System SVS. *Sophrologie Caycédienne*, n°IV, 3-29.
- Caycedo A. (1995-a), Trois étapes dans l'historicité phénoménologique de la sophrologie : naissance 1960, premier dictionnaire 1972, deuxième dictionnaire 1995. *Sophrologie Caycédienne*, n°I, 3-4.
- Chertok L, Stengers I. (1989), *Le cœur et la raison. L'hypnose en question, de Lavoisier à Lacan*. Paris, Payot.
- Chertok L, Stengers I. (1990), *L'hypnose, blessure narcissique*. Paris, Delagrangé.
- Collot E. (1991), Hypnose et communication dissociée en thérapie. In : *La suggestion : hypnose, influence, transe*. Paris, Bougnoux, éd, Les empêcheurs de penser en rond, Laboratoires Delagrangé.
- Conseil supérieur de déontologie sophrologique. (1996) Sphrocay Vivential System SVS - Système Programmé pour la Formation Vivantielle des Sophrologues Caycédiens. In : *Sophrologie Caycédienne*. Principauté d'Andorre, Sphrocay International.
- Cooper L, Erickson M. (1952), The time distortion in hypnosis. In : *Experimental Hypnosis*. New York, Erickson, éd. Mac Millan.
- Crombez J.C. (1988), *Les psychothérapies expérientielles. Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale*. Boucherville, Québec, Lalonde et Grunberg, éd. Gaëtan Morin.
- Cyrułnik B. (1991), *De la parole comme d'une molécule*. Paris, Eshel.
- Cyrułnik B. (1997), *L'ensorcellement du monde*. Paris, Odile Jacob.
- Dagognet F. (1994), *Le trouble*. Paris, Synthélabo.
- Durand De Bousingen R. (1988), *Préface. La Relaxation Dynamique*. Tours, Hubert, éd. G. Clarey.
- Edelman G.-M. (2000), *Biologie de la conscience*. Traduit par A. Gerschenfeld. Paris, Odile Jacob.
- Erickson M.-H. (1999), *De la nature de l'hypnose et de la suggestion*. Vol. I. Traduit par A. Touyarot, J. Taillander. Bruxelles, Satas,.
- Freud S. (1988), Hypnose. In : *Œuvres complètes*. Freud, éd., (Vol. IX). Paris, Presses Universitaires de France.
- Gamba L. (1997), *Comprendre la Sophrologie Bio-Dynamique*. Genève, École de Sophrologie de Genève.
- Gauchet M. (1992), *L'inconscient cérébral*. Paris, Seuil.
- Hilgard E.R. (1977), *Divided consciousness : Multiple controls in human thought and action*. New York, Wiley.
- Hilgard J.-R. (1974), Imaginative involvement: some characteristics of the highly hypnotizable and the non-hypnotizable. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, n°22, 138-156.
- Hubert J.P. (1988-a), *La Relaxation Dynamique*. Tours, G. Clarey.
- Hubert J.P. (1988-b), *Traité de sophrologie* Tome 1. Vol. 1. Paris, Le Courrier du Livre.
- Jacobson E. (1948), *Progressive relaxation*. Chicago, University of Chicago Press.
- Janet P. (1889), *L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris, Payot.
- Le Bon G. (1963), *La psychologie des foules*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Lowen A. (1985), *La Bio-Énergie*. Traduit par Michelle Fructus. Paris, Sand.
- Merleau-Ponty M. (1945), *Phénoménologie de la perception*. Paris.
- Meylan Pernet C. (1994), *Hommes & Perspectives*. Marseille, Paris, Desclée de Brouwer.

- Moscovici S. (1981), *L'âge des foules*. Paris, Fayard.
- Rager G.R. (1973), *Hypnose, sophrologie et médecine*. Paris, Fayard.
- Rausky F. (1993), Le quatrième état organismique : réflexions théoriques et cliniques sur une hypothèse chertokienne. In : *Importance de l'hypnose*. Stengers, éd., Les empêcheurs de penser en rond, Paris, Synthélabo.
- Rossi E. L. (1994), *Psychobiologie de la guérison. Influence de l'esprit sur le corps*. Translated by Jean-Claude Bernot.
- Roustang F. (1990), *Influence*. Paris, Les éditions de Minuit.
- Roustang F. (2000), *La fin de la plainte*. Paris, Odile Jacob.
- Roustang F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris, Les éditions de Minuit.
- Schultz J. H. (1958), *Le training autogène, méthode de relaxation par autodécontraction concentrative. Essai pratique et clinique*. Trad. française par R. Durand-de-Bousingen, Y. Becker, Paris, Presses Universitaires de France.
- Seyle H. (1974), *Stress sans détresse*. Montréal, La Presse.
- Starobinsky J. (1999), *Action et réaction. Vie et aventures d'un couple*. Paris, Seuil.
- Stokvis B, Monserrat-Estève S, Guyonnaud J.P. (1972), *Introduction à l'hypnose et à la sophrologie*. Paris, Maloine.

CHAPITRE 10

Hypnose et thérapie familiale

G. Salem

Quel rapport peut-il y avoir entre ces deux méthodes de soins, en apparence si différentes ? Par exemple, nous savons que l'hypnose s'exerce plutôt sur une personne qui se présente seule, alors que dans la thérapie familiale, le thérapeute reçoit plusieurs membres de la famille en même temps, dans la même salle. Nous croyons savoir aussi qu'en hypnose le médecin exerce volontairement son influence sur le patient, pour lui suggérer d'aller mieux et de « laisser se résoudre ses problèmes », alors qu'en thérapie familiale, il met en place les conditions idoines d'un dialogue désormais indispensable entre les membres d'une famille, en vue de trouver une solution, digne et raisonnable pour chacun, à leurs conflits larvés ou tonitruants, et qui viennent de franchir le seuil du pathogène. Dans le premier cas, le thérapeute semble imposer sa personnalité, dans le second, il s'efface pour laisser l'initiative aux protagonistes concernés, deux attitudes fort différentes, en somme.

Dès lors, comment concevoir une combinaison de ces deux méthodes de psychothérapie ? N'y a-t-il pas quelque chose d'incongru à vouloir les comparer, a *fortiori* à les articuler entre elles ? Ce type de questions provoque un haussement d'épaules chez les praticiens expérimentés dans les deux disciplines, qu'ils les pratiquent séparément ou de front. Pour eux, familiers de la ligne de Bateson *et* de celle d'Erickson, ce genre d'interrogation n'a pas de sens. Resituons donc les choses dans leur contexte épistémologique, pour mieux comprendre de quoi il est question dans ce chapitre.

Le terme *hypnose* désigne, rappelons-le, un *état modifié de conscience*. On appelle aujourd'hui volontiers cet état modifié de conscience la *transe* hypnotique, qui peut être, rappelons-le, aussi

bien un phénomène individuel que collectif¹. Selon Jean-François Billeter, qui se fonde sur les textes philosophiques du Tchouang-tseu, ce phénomène particulier survient dans « l'ensemble des régimes d'activités dans lesquels la conscience, bien qu'éveillée, s'abstient d'interférer avec l'activité spontanée du corps ». (Billeter, 2004, p. 248).

D'un autre côté, le même mot *hypnose* est communément utilisé dans la plupart des langues pour désigner une façon particulière de *communiquer* entre individus. Cette *façon de communiquer* confère un certain « style », et une orientation toute particulière à la *relation* entre ces individus. On dirait qu'ils sont tous deux dans un rêve éveillé commun. Ainsi, lorsque le thérapeute hypnotise un patient, il catalyse et facilite en lui un *changement* dans son régime de conscience. Ce faisant, il établit avec lui une forme de relation particulière, et tout observateur pourrait aisément constater que leur façon de communiquer devient « spéciale », qu'elle induit, ou reflète, ou les deux, une forme d'échange qui sort de l'ordinaire. La même observation est faite lorsque le thérapeute hypnotise plusieurs personnes en même temps. Enfin, il importe de rappeler que, dans tous les cas, le thérapeute change lui aussi de régime de conscience, même si c'est lui qui mène la séance. Mais cela se passe de façon plus discrète et peut-être plus subtile, parce qu'il doit rester d'abord attentif au patient.

Utiliser l'hypnose en thérapie familiale reste une chose finalement assez banale, qui se produit spontanément le plus clair du temps (les phénomènes hypnotiques étant d'abord naturels et se produisant souvent à notre insu dans les relations humaines). S'il se trouve que le thérapeute de famille est également formé en hypnose, il pourra prendre conscience sans difficulté de ce type de mécanismes et les utiliser délibérément pour gagner en efficacité dans sa façon de communiquer avec l'ensemble du système familial. Rappelons encore une fois que la thérapie familiale est une méthode de soins psychiatriques, qui consiste à soigner les membres d'une famille en les réunissant en séance et en les faisant communiquer entre eux (famille d'origine et/ou famille nucléaire).

J'ai déjà consacré un autre livre à la thérapie de famille (Salem, 2009a). Je ne m'attarderai donc pas ici au descriptif et à la comparaison de ces deux disciplines sur le plan théorique, mais laisserai la priorité à quelques aspects de leurs combinaisons cliniques possibles.

1. Et qui n'a rien à voir avec le sommeil (en dépit de la malheureuse appellation choisie par James Braid, comme nous l'avons vu dans notre survol historique, au chapitre 1). L'enregistrement du fonctionnement électrique du cerveau démontre à l'évidence que le patient hypnotisé même profondément ne dort pas. Il est en état de veille.

Petite mise au point historique

Dans le chapitre consacré au survol historique de l'hypnose, j'ai déjà rappelé comment, dans les années cinquante, le groupe de Palo Alto en Californie (formé de psychiatres, de psychologues, d'ingénieurs, d'anthropologues, etc.), réuni sous la houlette de Gregory Bateson, s'est intéressé, dès les premières étapes de la création de la thérapie familiale, à la manière originale et inventive qu'avait Milton Erickson, psychiatre à Phoenix (Arizona), de redécouvrir l'hypnose en mettant l'accent sur l'art de communiquer avec le patient. Un des chercheurs du groupe, Jay Haley, a même consacré un ouvrage devenu célèbre à Erickson, en décrivant sa méthode de travail auprès des patients, au fil des diverses étapes du cycle évolutif de la vie familiale, et en montrant les affinités de son approche avec celle de Palo Alto (Haley, 1990).

En quelques mots, ce qui rapprochait l'esprit et la méthode de la thérapie familiale de l'hypnose ericksonienne tenait à l'importance accordée aux processus de *communication* avant toute chose. Cette orientation commune s'inspirait de nouvelles théories, qui défrayaient alors la chronique scientifique, telles que la cybernétique, la théorie du système général, la théorie de l'information, la théorie des réseaux, celle des ensembles, celle des graphes – pour ne citer que quelques exemples². Autrement dit, l'affinité entre thérapie familiale et hypnose tenait essentiellement à ce que l'on appelle aujourd'hui l'*art conversationnel* entre le thérapeute et le patient.

Cette option allait créer en même temps une véritable école de pensée, novatrice (et parfois provocatrice) dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie, qui allait ouvrir de nouvelles perspectives à la compréhension et au traitement des troubles mentaux. Ce nouveau regard consistait à prendre en compte le *déterminisme interpersonnel* des comportements humains, autrement dit le jeu des influences entre l'environnement extérieur et l'individu, et ceci avant de prendre en compte le *déterminisme intrapsychique* de l'individu (qui dépend de ce qui se passe entre l'individu et son environnement « interne », autrement dit son appareil psychique).

Dans cette foulée, thérapie familiale et hypnose, toutes deux d'orientation plutôt systémique, allaient se distinguer des autres courants de la psychiatrie en mettant l'accent sur les processus mentaux qui s'activent au niveau des interactions humaines, plutôt que sur les processus qui se jouent « à l'intérieur » d'un individu (comme ont continué à le faire la psychanalyse, les neurosciences, ou le modèle cognitivo-comportementaliste jusqu'à nos jours).

2. Pour plus de développements théoriques et techniques, revenir aux chapitres 3 et 5.

Par la suite, hypnose et thérapie de famille allaient évoluer comme deux disciplines différentes, mais cousines, liées aussi bien par leur vision écologique de base, que par quelques procédés techniques de communication très apparentés, sans se confondre pour autant l'une avec l'autre. En hypnose, comme je l'ai déjà relevé plus haut, on restait habitué à l'idée de travailler avec un patient à la fois. En thérapie de famille, on mettait au point toutes sortes de stratégies de communication multilatérale, c'est-à-dire impliquant tous les membres de famille confrontés en séance (sorte de trafic des ajustements émotionnels et éthiques mutuels). Cependant, chacune de ces disciplines allait tirer profit des développements de l'autre. Quelques exemples, aujourd'hui familiers, de l'utilisation des *paradoxes thérapeutiques* dans la façon de communiquer avec le patient ou avec la famille allaient créer les lettres de noblesse d'une véritable *pragmatique de la communication humaine* (Watzlawick et al., 1975, 1979, 1980). Autrement dit, en montrant comment, en devenant apparemment plus fou que les fous, on pouvait guérir les fous.

L'interaction entre les deux disciplines allait favoriser une véritable *mentalité écologique du soin*, qui donnait la priorité aux influences réciproques exercées au sein de la relation interhumaine (*le monde des réactions aux réactions*, comme disait Bateson). Mais aussi un ensemble de raisonnements liés à la communication verbale, non verbale, para-verbale entre thérapeute et patient, sur le plan conscient comme sur le plan moins conscient. Ces découvertes allaient faciliter le développement des thérapies dites *stratégiques* ou *brèves*, ou de disciplines parallèles neuves – et moins reconnues par la doxa scientifique – telles que la PNL (programmation neuro-linguistique), la sophrologie (voir chapitre 8), l'analyse transactionnelle, la Gestalt, la bio-énergie, le courant du *coaching*, avec ses discours managériaux, etc.

Pour corser le tout, une tendance de type « chamanique » vient épicer cette évolution des modes thérapeutiques, sans toujours réaliser que le chamanisme est probablement la matrice la plus ancienne, la plus profonde, la plus complexe à saisir, qui reste commune à l'hypnose et à la thérapie de famille en même temps, et que cette matrice n'a désormais d'autre intérêt qu'historique (en dépit des *trends* chamanisants contemporains).

Le *chaman* (terme d'origine sibérienne) était le guérisseur, le *medicine man*, le sorcier de la tribu, chargé de guérir les malades humains ou animaux, ou d'intervenir sur les forces naturelles pour rétablir la santé dans le paysage, dans les paramètres du climat, du bétail ou de la tribu humaine. Lorsqu'il était consulté sur ces divers points, il ne manquait jamais de réunir le clan dans son ensemble, pour traiter tout le monde *in praesentia*, en impliquant tous les membres sans exception dans le processus du changement magique, à l'instar des thérapeutes de famille

contemporains. Son intervention consistait en invocations et en actions diverses (mélopées, danses extatiques, frappes rituelles du tambour, production de fumées diverses, attributions de tâches à toute l'assistance, etc.)³.

C'est dire que le chaman recourait, d'un côté, à des *procédés hypnotiques* (suggestions individuelles et collectives en chaîne, comportement bizarre sortant de l'ordinaire, scandé par des actes magiques) et d'un autre côté, à des *procédés systémiques* (activant des interactions novatrices entre les membres de l'assistance). À ce titre seulement, le chamanisme nous intéresse beaucoup dans ce chapitre. Le reste est discours superstitieux ou tradition trop animiste, dont la réactualisation n'a plus vraiment de signification à notre époque. Or cette double valence du travail du chaman reste particulièrement intéressante, et peut-être heuristique, dans la genèse de la connexion entre interventions hypnotiques et interventions systémiques. Un thérapeute de famille qui recourt à des techniques hypnotiques en présence de la famille renoue donc, à mes yeux, avec cette tradition antique.

Processus de l'intervention hypnotique en thérapie de famille

Nous nous doutons bien qu'un thérapeute de famille utilise, plus souvent qu'il n'y paraît, des façons hypnotiques de communiquer avec la famille. Il le fait souvent machinalement, pour ne pas dire inconsciemment. Lorsque le protocole hypnotique est délibérément recherché par le thérapeute, il est en gros superposable à celui de l'hypnose pratiquée avec un patient seul. Les formes d'induction sont semblables, parfois classiques (par les voies sensorielles), mais le plus clair du temps conversationnelles, selon les procédés habituels. Une différence majeure est que l'on s'adresse à un collectif de personnes, comme lorsque l'on pratique une hypnose de groupe, à la nuance près qu'il s'agit ici d'une famille, dont les attaches sont autrement plus puissantes et liées à des enjeux vitaux que celles qui relient les simples participants d'une groupe psychothérapeutique. Cela signifie que le thérapeute doit être au bas mot très familier de l'approche systémique, habitué à travailler avec des familles réunies en sa présence, sinon complètement formé en ce domaine. A quoi s'ajoute la nécessité d'être formé et entraîné à l'hypnose. Bref, une double formation nous paraît requise ici.

3. Ces traditions chamaniques anciennes connaissent des survivances dans certaines médecines traditionnelles d'aujourd'hui, telles que la médecine chinoise, tibétaine, mongole, indienne, amérindienne, africaine... Les ouvrages du R.P. de Rosny (1981) en sont un reflet saisissant dans la pratique des *ngangas* chez les Bantous.

Dès l'induction, le thérapeute sait qu'à chacune des ses interventions, verbales ou non verbales, il s'adresse à chaque membre et en même temps au système familial dans son entier, en tant qu'entité en soi, et ce même lorsqu'il s'adresse à une seule personne à la fois. *L'effet d'audience*⁴ est ici à son maximum, tant tous les membres sans exception (y compris les plus petits ou les plus « invalides »), sont attentifs à chaque parole et à chaque comportement affiché par les autres devant le thérapeute. C'est dire si celui-ci doit avoir déjà une bonne connaissance de cette famille, s'être assuré d'avoir noué une bonne alliance avec elle, et avoir déjà une idée assez juste de son histoire, de ses vulnérabilités, de ses ressources, de la bonne manière de communiquer avec elle, etc. Comme en toute séance de thérapie familiale, tantôt il s'interpose entre les membres, tantôt il favorise leur rapprochement, en appliquant la fameuse *partialité multidirectionnelle* selon Boszormenyi-Nagy. Il n'est plus dans le rôle habituel de confrontation substitutive avec le patient, il confronte celui-ci aux siens et eux à lui. C'est à leur « entre eux », à leur « être-avec » qu'il les renvoie, même si sa propre confrontation à eux reste présente, bien qu'au second plan. C'est là une autre différence majeure avec la psychothérapie individuelle.

Il est possible d'identifier quelques catégories distinctes d'interventions hypnotiques auprès d'une famille en thérapie, si l'on se réfère aux habitudes contemporaines des praticiens formés aux deux disciplines.

Un procédé assez courant chez ces praticiens consiste à *hypnotiser un des membres de la famille en présence des autres*, par exemple le patient désigné, surtout lorsque son comportement est marqué par des symptômes cliniques francs (angoisse, panique, dépression, boulimie, addictions toxiques, obsessions, phobies, etc.). Ceci se fait en trouvant une façon de le calmer et de neutraliser momentanément ses symptômes, avec l'aide active d'autres membres de la famille (assimilés au rôle de co-thérapeutes)⁵. Soulignons qu'il s'agit en ce cas d'une hypnothérapie individuelle et non d'une thérapie de famille, non pas parce qu'un seul membre est en hypnose (ce qui reste encore à discuter !), mais parce que les problèmes sont définis du point de vue du sujet, de l'individu, et non de la collectivité concernée (le système familial).

4. *L'effet d'audience* a été décrit voilà plus de cent ans par Norman Triplett, psychologue de l'université de l'Indiana. Il désigne l'amélioration des performances individuelles dans les tâches motrices et intellectuelles, par un regain d'énergie (autrement non disponible) dû à la simple présence d'autres personnes absorbées dans les mêmes tâches.

5. Cette méthode a selon moi le désavantage de renforcer le rôle et le statut de « malade de la famille » (ou de *patient désigné*, selon la terminologie systémique), alors que la thérapie familiale a pour principe, entre autres, de désenclaver le patient désigné de ce statut pernicieux, en situant le problème plutôt dans le nexus des relations familiales que dans son appareil psychique à lui.

Un autre procédé consiste à *hypnotiser tous les membres de la famille ensemble* (induction hypnotique collective), et à glisser à cette occasion quelques suggestions thérapeutiques destinées à tous les membres en même temps, tous sans exception étant considérés comme des « patients » au même titre. Le thème invariablement indiqué en première ligne est de souligner leurs attaches familiales, leurs rôles et statuts habituels, leurs rapports hiérarchiques « officiels » (et « officieux » !), tout en veillant à ne heurter personne. Si la famille se présente avec une façade ouvertement conflictuelle, il convient de le ratifier aussi pendant l'induction, tout en rappelant aussi leurs attaches. « Tout en sentant que le courant ne passe pas entre vous, vous pouvez explorer comment, à l'arrière-plan, vous vous souvenez aussi, en même temps, de tout ce qui vous relie... même si tout ne se passe pas au mieux entre vous pour l'instant... »

Comme on le perçoit un peu dans ce type de phrasé, l'induction conversationnelle idéale est le « tricot » (*spacing and leading*), soit une alternance souple, convenablement rythmée, de *ratifications* de « l'être-avec », et de *suggestions* orientées vers le changement espéré (voir *La suggestion* chapitre 4, et outil n°12). Ce genre de processus peut être renforcé en suggérant aux membres de la famille de se tenir par les mains, de se concentrer tous en même temps sur cette sensation précise du contact des mains, ou bien sur les cadences respiratoires des autres membres en les comparant à la sienne, tout en explorant la façon dont chacun et chacune peut deviner comment se sentent les autres, etc. Une fois la transe présente chez tous, même à des degrés de profondeur différents, la dissociation collective est propice aux recadrages que le thérapeute mèlera à ses suggestions. Au cœur de la transe collective, on peut par exemple inciter les membres de la famille à évoquer une scène du futur, qui démontrerait à quel point ils sont attachés les uns aux autres, ou comment chacun est conscient de son territoire personnel, de son individualité, tout en rappelant leurs dissensions ou leurs indifférences affichées actuelles. Ce type de suggestion peut favoriser une abréaction affective commune (en transe collective), qui sera une expérience nouvelle, ouvrant la voie à des relations plus expressives, plus significatives.

Enfin, une troisième façon de procéder consiste à n'hypnotiser qu'une partie des membres présents à la séance (*hypnose d'un sous-système*). Par exemple, le sous-système formé par l'un des parents avec l'un des enfants, en présence du sous-système formé par l'autre parent et les autres enfants, en vue de désamorcer une *pseudo-hostilité* ritualisée (Wynne, 1958 ; Salem, 2009a). La dyade concernée peut être aussi le couple parental, en vue de préparer les conjoints à se laisser « interviewer » par leurs enfants sans réagir à brûle-pourpoint.

Cette façon de catégoriser les interventions hypnotiques est certainement incomplète et mériterait d'être révisée. Elle se fonde sur un a priori évident : un degré suffisant d'expérience et d'aisance chez le thérapeute, aussi bien en hypnose qu'en thérapie de famille. Ce genre d'exercice peut de ce fait paraître difficile (ce qui est effectivement le cas), ou décourageant (ce qui serait dommage, étant donné la multiplicité des offres de formation dans les deux domaines). Elle n'exclut enfin, en aucune façon, le recours à des applications moins complexes. Avec les enfants par exemple, il convient souvent d'inviter un des parents – ou les deux – à une séance d'hypnothérapie consacrée à leur petit, pour les impliquer dans le processus du changement (et désamorcer les résistances possibles). C'est aussi un moyen de faire alliance avec eux, ce qui est très précieux, pour les mêmes raisons. L'enjeu en vaut la peine, puisque nous savons que les enfants peuvent, bien plus vite et plus facilement que les adultes, tirer parti de l'hypnose pour maîtriser ou faire disparaître des symptômes encombrants (énurésie, tics, TOCs, bégaiement, troubles de la concentration, du sommeil, des conduites alimentaires, etc.). Et il ne faut pas perdre de vue qu'un praticien expérimenté en hypnose peut collaborer avec un praticien expérimenté en thérapie de famille, en cothérapie lors de séances communes, chacun exerçant son art, avec le soutien de l'autre.

Pour revenir aux aspects plus techniques et formels de l'hypnose en famille, rappelons qu'outre l'*induction classique* (sensorielle) ou l'*induction conversationnelle* (processus simultanément affectif et cognitif), d'autres procédés peuvent faciliter la venue d'une dissociation mentale, sur le plan à la fois individuel *et* collectif. Par exemple, l'usage de la *lévitation de la main*, quand elle se pratique avec une seule personne devant les autres, s'avère facilement « contagieuse » au cours de la séance (plusieurs autres mains se levant en même temps, parfois à l'insu de la personne, qui est comme « capturée » dans la transe, alors que l'induction ne s'adressait pas directement à elle – sorte d'hypnose par « contiguïté » ou par « procuration » [*by proxy*]). Une autre technique encore est la *sculpture familiale*, sorte d'arrêt sur image thématique, que les thérapeutes de famille connaissent bien, tout en constituant un procédé hypnotique puissant. Voisin de la sculpture, le *jeu de rôles* est aussi un moyen efficace de favoriser un état dissociatif, en permettant par exemple de « renverser les rôles », d'explorer des variantes de style de communication, etc.

Mentionnons encore la technique mimétique du *mouvement en écho* (*mirroring movement* de Wiener, 1994, 1998), exercice de type non verbal pratiqué en famille, indépendamment du nombre de membres. Ceux-ci sont appariés par deux et s'appliquent à reproduire en miroir les mouvements de leur partenaire. L'exercice augmente visiblement la qualité d'attention offerte par chacun à l'autre, de même que l'aptitude

à se concentrer ensemble sur une tâche précise et pas très simple (du point de vue interactif). Il offre l'occasion de prendre conscience de la possibilité de « faire équipe » avec l'autre. Par ailleurs, les « joueurs » peuvent expérimenter ensemble leurs préférences quant à être dans la posture de meneur ou de suiveur, comme aussi la possibilité d'une certaine « mutualité », une coopération sans leadership.

Le thérapeute peut être mêlé à l'exercice d'une façon ou d'une autre. Par exemple, un père est invité dans un premier temps à mimer en miroir les mouvements du thérapeute, puis vice versa, à tour de rôle, toutes les vingt secondes, avant de « suivre » le thérapeute, dans un deuxième temps, en se mettant « dans sa roue » lorsqu'il interroge l'enfant (ou la mère, ou les deux) pour explorer une nouvelle façon de s'écouter, de se découvrir, de se le ratifier mutuellement, tout en confirmant l'attachement et l'intérêt pour l'autre.

Les *inductions narratives* provoquent, tout comme les techniques conversationnelles, une dissociation mentale obtenue indirectement, stratégie tantôt non dévoilée, tantôt partiellement dévoilée par le thérapeute⁶. Ces inductions narratives utilisent, à un premier degré, des effets paraverbaux ou phonétiques (timbre et intensité de la voix, rythme de la parole), ou non verbaux (gestuels, mimiques, posturaux). Parfois elles emploient aussi, au second degré, des *procédés rhétoriques* particuliers (tels que la *prosopopée*, façon de s'adresser aux absents en présence des autres ; ou la *prétérition*, façon de dire quelque chose en feignant de ne pas le dire ; ou encore l'*hypotypose*, façon de créer le climat émotionnel et sémantique visé à la faveur d'une terminologie « colorée », presque emphatique, mais sur un ton de préférence ludique – pour ne citer que quelques exemples)⁷.

Il est impossible de faire un inventaire complet des techniques narratives hypnotiques. Bien des procédés, les uns très simples, les autres assez sophistiqués, sont décrits par les praticiens et par les auteurs. On les trouvera ailleurs, dans d'autres travaux que j'ai consacrés à l'usage thérapeutique des récits. Un récit crée naturellement un climat dissociatif, lui-même favorable lorsqu'il s'agit d'imaginer en commun des changements bénéfiques dans les habitudes de vie et dans le style des interactions affectives des membres d'une famille, grâce au support fourni par une trame narrative d'emprunt. En outre, l'usage plus large de la fiction permet de transposer et de jouer symboliquement sa propre histoire, par exemple dans un conte de fées, ou dans une histoire inventée par la famille elle-même, ou dans un *logo-rallye* (récit improvisé à plusieurs sur

6. Ce sont celles-ci que notre équipe a le plus développée à Lausanne, avec les familles confrontées à la maltraitance et ou aux abus de substances (CIMI : Consultation interdisciplinaire de la maltraitance intrafamiliale).

7. Voir notre « Boîte à outils » dans son ensemble.

un thème choisi) ou dans une *rhapsodie narrative à finale ouverte* (récit inachevé dont l'on invente plusieurs fins possibles), ou encore dans bien d'autres formes de *reconstructions narratives*, etc. (Salem, 1990, 1997, 2002a, 2009a, 2009b). Enfin, maints procédés d'*externalisation*, qui permettent de séparer les personnes de leur problème, ont été décrits de façon très inventive par White et Epston (1990, 2003) (« *le problème est le problème, le problème n'est pas la personne* »).

Voici maintenant une illustration clinique utilisant la *prosopopée*, combinée à d'autres procédés.

Comme si nous parlions à notre mère. Exemple de prosopopée.

Une fratrie de quatre jeunes adultes, dont l'âge va de 25 à 32 ans, prend contact avec notre consultation pour oser enfin aborder en commun les abus subis par les deux aînées. L'auteur serait le père (déjà inculpé pour des abus extrafamiliaux), et les abus seraient survenus pendant l'enfance et l'adolescence (plus d'une dizaine d'années auparavant). La nature de l'abus est décrite à la fois comme sexuelle, physique et psychologique par les victimes (les deux sœurs). Les deux frères cadets n'auraient pas subi d'abus, mais se sentent solidaires de leurs aînées dont les déclarations ne les étonnent guère, compte tenu de la personnalité du père. Cet homme est décrit comme un notable au profil narcissique, plutôt en vue dans les sphères économiques et politiques du canton, qui prend soin de son image sociale et sait donner le change. Son épouse a toujours été une femme au foyer plutôt effacée et soumise, quelque peu écrasée par la personnalité de son mari. Ses enfants estiment qu'elle est incapable de réaliser ou d'admettre explicitement à quel point cet homme a fait du mal à ses deux aînées. Celles-ci reprochaient rétrospectivement à leur mère, *in absentia* devant nous, de n'avoir pas su les protéger, toujours au nom de la bienséance ou par crainte de son mari.

Sans entrer ici dans le détail de cette histoire douloureuse, mentionnons simplement que ma co-thérapeute et moi-même avons dans un premier temps exploré les attentes de cette fratrie plutôt sympathique et touchante. L'espoir commun de ces quatre frères et sœurs était de parvenir à « mettre les choses au point » avec les parents, en osant aborder ce sujet tabou tant d'années après. Leur hésitation était due en grande partie à leurs points de vue différents, comme l'on s'en doute. Ainsi, les deux victimes espéraient trouver le courage de confronter leur père en revenant sur les faits en sa présence et celle de la mère, pour lui faire reconnaître le mal qu'il leur avait fait et qui était resté tabou, alors que l'un des frères se montrait plus hésitant, craignant pour la santé des deux parents (surtout de la mère) si la fratrie se décidait à cette confrontation accusatrice.

Le plan thérapeutique que nous avons établi consistait à parvenir dans un premier temps à une meilleure qualité de concertation au sein de cette fratrie sur le principe de la confrontation projetée et sur la manière de s'y prendre (avec notre aide). Puis de convoquer les parents pour faire leur connaissance et parler de leur point de vue sur les quatre enfants (sans aborder la question de la maltraitance). Dans un temps ultérieur était prévue la confrontation proprement dite, en présence de tous. Un des thèmes de la première étape de la thérapie tenait à la crainte de faire du tort à la mère, considérée elle-même par le benjamin comme une victime du père (par sa soumission aveugle), ce que les trois autres admettaient tout en la considérant malgré tout comme co-responsable (pour n'avoir pas su protéger ses enfants contre les abus, ou avoir « fermé » les yeux sur ceux-ci, alors que son époux avait déjà été jugé pour des comportements pédophiles extra-familiaux). Il fallait donc « préparer » en quelque sorte cette mère aux révélations qui s'annonçaient.

Nous sommes intervenus comme suit. Nous avons demandé à chacun des frères et sœurs de s'adresser à tour de rôle à ma co-thérapeute comme s'il s'agissait de leur mère, en exprimant tout ce qu'ils ressentaient en cet instant. Cette adresse *in absentia* correspond à une prosopopée classique (figure de rhétorique consistant à parler à des personnes absentes), que nous utilisons aussi bien en hypnothérapie qu'en thérapie familiale. Chacun des membres de la fratrie s'est exécuté à tour de rôle devant nous, en fixant des yeux ma collègue, qui se contentait quant à elle de leur rendre leur regard, sans réagir verbalement et en conservant autant que possible un masque inexpressif (ce détail du procédé permet de distinguer la *prosopopée* du *jeu de rôle* simple).

La consigne a été suivie à la lettre, non sans quelque hésitation au début, puis avec de plus en plus d'aisance, malgré l'émotion croissante chez les quatre frères et sœurs. L'aînée se montrait la plus virulente, reprochant à sa mère son silence, et aussi le fait qu'elle n'ait pas su les protéger du père. Comment n'avait-elle « rien vu » ? N'était-ce pas lâche de sa part de laisser faire ? Elle parlait même de haine à un moment donné, les yeux pleins de larmes, accusant sa mère d'être inatteignable dans son image de « sainte », si « bonne et aimante », si visiblement pieuse chaque dimanche à l'église. Comment avait-elle pu choisir de rester avec un tel homme ? L'autre sœur a pris le relais, sur un autre ton, remerciant sa mère de tout ce qu'elle lui avait donné de précieux, de tout ce qu'elle avait fait pour elle. Elle souhaitait néanmoins lui poser quelques questions : pourquoi n'était-elle pas intervenue pour empêcher leur père de les maltraiter, pourquoi se contentait-elle de leur mettre ensuite du talc, pourquoi disait-elle à son mari de « faire attention aux voisins » ? Se rendait-elle compte de la souffrance endurée par ses enfants ? Réalisait-elle les dommages sévères que leur causaient les attouchements et les autres violences ? Puis les fils ont enchaîné. Le plus âgé a d'abord rappelé combien

il aimait sa mère et combien elle était importante pour lui, combien il l'admirait et la mettait sur un piédestal. Mais aussi, il avait été très sensible aux sévices subis par ses sœurs. Il se sentait très solidaire d'elles et de leur souffrance, interrogeant à son tour sa mère sur sa position passive. Comment avait-elle pu ne pas intervenir ? Le dernier a pu à son tour exprimer le même ordre de sentiments, ajoutant que, par ailleurs, il se sentait tellement tributaire de sa mère qu'il lui était difficile de lui faire des reproches malgré son indignation vis-à-vis des mauvais traitements infligés à ses sœurs, se sentant lui-même co-responsable de ce silence, puisque « tous savaient » ce qui se passait tout en évitant le sujet.

Le fait de pouvoir s'exprimer de la sorte paraissait de prime abord impossible aux quatre frères et sœurs. C'est ce qu'ils nous ont confié après cet étrange exercice en s'étonnant d'y être parvenus si facilement, d'avoir trouvé les mots qu'il fallait, et qui exprimaient leurs véritables sentiments. Ils n'avaient même jamais pu en parler entre eux, n'ayant jamais osé briser un tel tabou. Le fait d'être mis « en situation » par cet exercice de simulation leur faisait découvrir une façon tolérable de s'ouvrir à leur mère. Ils rapportaient que pendant le déroulement de la séance chacun se sentait à la fois soi-même et un(e) autre (*dissociation*), ce qui était ressenti comme déroutant d'un côté, mais encourageant aussi, comme s'ils découvraient une nouvelle ressource dans leurs aptitudes. Par ailleurs, le fait de se prêter à cet exercice en présence des autres frères et sœurs amplifiait d'une part leur inhibition, mais suscitait d'autre part une forme d'émulation interactive qui aidait chacun à aller de l'avant, en trouvant ses propres mots et en se positionnant avec nuance (*effet d'audience*).

Cet exercice a permis d'en préparer un autre, centré cette fois sur leur père. Ce travail préparatoire a permis aussi à la fratrie de nous autoriser à prendre enfin contact avec leurs parents, en vue de la confrontation bien réelle qui devait suivre. On peut observer ici que le fait de se comporter, dans un climat hypnotique, « comme si c'était possible » d'aborder avec une mère des questions marquées d'un puissant tabou permet, au sein d'une thérapie de famille, de faciliter le passage délicat à une nouvelle étape.

Conclusions provisoires

La combinaison de l'hypnothérapie avec la thérapie de famille n'est pas si neuve, mais elle n'est pas très largement pratiquée pour l'instant, peut-être parce qu'elle peut susciter la peur de manquer de rigueur thérapeutique, ou de ne pas maîtriser suffisamment l'une des deux disciplines. Elle reste pourtant à encourager, notamment pour en explorer les multiples indications cliniques.

Il n'existe pas encore de catalogue raisonné, à notre connaissance, de la combinaison méthodique de l'hypnose avec la thérapie familiale, mais les expériences cliniques abondent déjà en ce domaine, sans avoir pris une forme réglementaire. Heureusement ! Souhaitons tant à l'hypnose qu'à la thérapie de famille de conserver leur part nécessaire d'incertitude et leur fraîcheur inventive, sans tomber dans le piège des *guidelines* managériaux à la mode, véritables fourches caudines qui étouffent dans le thérapeute sa créativité propre.

Références

- Billeter J.-F. (2004), *Leçons sur Tchouang-Tseu*. Paris, Allia.
- Haley J. (1990), *Un thérapeute hors du commun*. Paris, Epi.
- Rosny E. de (1981), *Les yeux de ma chèvre*. Paris, Plon, coll. « Terre Humaine ».
- Salem G. (1990), Le récit familial et ses variations. *Thérapie familiale*, n°11 : p. 281-293.
- Salem G. (1997), Du plausible au réel : les recadrages de l'hypnose. *Hypnose*, n°VII: 13-20.
- Salem G. (2002a), La narration thérapeutique. In : Stitelmann J. *Au-delà de l'image. Processus et émergences créatrices en art, en thérapie et lien social*. Genève, Éditions des Deux Continents, p. 91-120.
- Salem G. (2009a), *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris, Masson, 5^e édition,.
- Salem G. (2009b), Le baiser du prince. In : Bonvin E., Storms E. *Nature et mouvements de la relation humaine. Hypnoses*, Genève, Ed. Médecine et Hygiène, p. 139-166.
- Stitelmann J. et al. (2002), *Au-delà de l'image. Processus d'émergences créatrices en art, en thérapie et lien social*. Genève, Éditions des Deux Continents.
- Watzlawick P. et al. (1979), *Une logique de la communication*. Paris, Seuil.
- Watzlawick P. et al. (1975), *Changements, paradoxes et psychothérapies*. Paris, Seuil.
- Watzlawick P. et al. (1980), *Le langage du changement. Éléments de communication thérapeutique*. Paris, Seuil.
- Wiener D.J. (1994), *Rehearsals for growth : theater improvisations for psychotherapists*. New York, W.W. Norton.
- Wiener D.J. (1998), Mirroring movement for increasing family cooperation. In : Nelson TS, Trepper T (éds.). *101 more interventions in family therapy*. vol. 2. New York, Haworth Press. p. 5-8.
- White M., Epston D. (1990), *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York, Ed. W.W. Norton & Co. (Trad franc. [2003], *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Bruxelles Ed. Sata).
- Wynne L.C. et al. (1958), Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, n°21, 205-220.

CHAPITRE 11

Le tiers invisible : l'hypnose comme outil expérimental commun

G. Salem

*« L'hypnose apparaîtrait alors comme
une cure de désintoxication narcissique. »*

François Roustang¹

La co-construction hypnothérapeutique

Diversité de l'expérience hypnotique

Les phénomènes hypnotiques sont vérifiables sur le plan clinique et sur le plan expérimental. Ils n'en demeurent pas moins en grande partie énigmatiques quant aux processus réels qu'ils mobilisent sur les plans neurophysiologique, psychologique ou relationnel. Les hypothèses scientifiques actuelles offrent certes des pistes fascinantes, mais elles n'ont pas encore permis de conclure grand-chose sur ce qui se passe au cours du processus hypnotique. Pour l'heure, ce n'est que dans le domaine de ses multiples applications thérapeutiques que l'hypnose semble faire ses preuves. Mais ce domaine, celui du soin, ne constitue-t-il pas après tout l'essentiel de son intérêt ? S'il est une chose que l'histoire retiendra peut-être, du renouveau de cette discipline dès le milieu du xx^e siècle, c'est bel et bien le parti que les cliniciens auront su en tirer pour la santé de leurs patients. Le reste semble surtout une affaire de curiosité sociale et culturelle, périodiquement excitée, pour un ordre de

1. Roustang G. (2000), *La fin de la plainte*. Paris, Ed. Odile Jacob.

phénomènes à la fois mystérieux et familiers, qui mettent au défi notre entendement rationnel, tout en ouvrant des perspectives sur le fonctionnement de notre conscience, de nos représentations mentales, de notre façon de nous relier à autrui.

Au fil des nombreuses publications dont elle fait l'objet aujourd'hui, l'hypnose apparaît comme un phénomène de conscience particulier par lequel une personne peut tantôt avoir une pleine perception d'elle-même, tantôt avoir l'impression, au contraire, d'abolir son moi, de n'être plus qu'une membrane sensible et pensante, sans identité, tantôt se fragmenter en une pluralité d'egos, en une sorte d'assemblée étrange, chœur grec cherchant son coryphée, ou groupe de personnages pirandelliens en quête d'auteur. Ce phénomène de conscience ne se produit pas seulement « à l'intérieur » de la personne, il est le plus souvent vécu par les autres personnes présentes, en même temps. Par « autres personnes », entendons ici non seulement le thérapeute en train de travailler avec le patient, mais ce qui se passe dans maintes situations non thérapeutiques, comme c'est le cas dans la vie quotidienne : dans les rapports du couple et de la famille, ou entre amis, ou dans un concert, ou lors d'une méditation de groupe, d'une prière ou d'une danse collectives, bref, dans n'importe quelle expérience sollicitant une attention commune soutenue. Les protagonistes ne sont pas seulement absorbés dans la même tâche, ou le même spectacle, ou le même récit, mais ils s'ajustent en même temps, plus ou moins consciemment, les uns aux autres (par exemple ils sont attentifs à la façon dont les autres sont attentifs à l'expérience partagée – domaine qui inclut *l'effet d'audience* ou d'autres effets de *facilitation sociale*²).

Ceci nous amène à la fameuse question de l'état dissociatif partagé, notamment à ce qui se passe dans la relation entre l'hypnothérapeute et son patient : le thérapeute se trouve, lui aussi, dans un état de transe hypnotique, en général plus légère que celle du patient. Examinons cette question d'un peu plus près.

L'individu poreux

Les apports de l'éthologie en général (et de la neuro-éthologie en particulier) nous aident à décrire les mécanismes instinctifs d'ajustement entre deux personnes ou davantage. Ils éclairent d'un jour utile ce qui se passe au plus « humble » étage des interactions humaines – ce que

2. Notions intéressantes en dynamique de groupe, issues du domaine de la psychologie sociale, suite aux recherches de Norman Triplett. Lire entre autres Strubbe M. J. (2005). What did Triplett really find? A contemporary analysis of the first experiment in social psychology. *American Journal of Psychology*, n° 118, p. 271-286 ; Triplett, N. (1898). The dynamogenic factors in pacemaking and competition. *American Journal of Psychology*, n° 9, p. 507-533 ; Triplett, N. (1900). The psychology of conjuring deceptions, *American Journal of Psychology*, n° 11, p. 439-510.

l'on décrit parfois aujourd'hui comme le « cerveau relationnel » ou le « cerveau social » – ou encore le « quatrième cerveau », comme le dit Boris Cyrulnik [1997]). Notre condition de mammifères implique, pour survivre, la nécessité « d'être-avec », pour reprendre une autre expression du même auteur. Comme le dit le philosophe François Flahault, « pour les êtres humains comme pour les singes, la vie en société fait partie de leur constitution, elle est leur être naturel. Elle n'est pas un moyen au service d'une fin. Elle est une fin en soi (Flahault, 2003)³ ».

Cette nécessité d'« être-avec » implique que nous soyons dotés de hautes aptitudes pour nous ajuster les uns aux autres, donc pour communiquer et échanger, aussi bien à une échelle instinctive (éthologique) que sur le plan affectif et intellectuel (psychologique, social, éthique, philosophique). Il se trouve que notre personne (le « sujet ») se construit en émergeant progressivement de la soupe relationnelle dans laquelle nous avait précipité notre naissance, en s'étayant sur d'innombrables expériences vécues avec nos proches, nos semblables, puis avec toutes sortes d'« étrangers » qui nous attireront, nous rebuteront ou nous effraieront. Les moyens de percevoir les autres ou d'être perçus par eux, de « se sentir les uns les autres », passent par des voies de communication très complexes, allant de l'échelle sensorielle à l'échelle mentale et aux représentations collectives. Ces voies sont aujourd'hui répertoriées par la science, sans que les chercheurs aient pour autant identifié tous les processus en jeu.

Citons Cyrulnik : « Tous les organismes sont poreux, même au niveau biologique élémentaire, c'est l'échange avec le monde extérieur qui leur permet de vivre, de se développer et de tenter de devenir eux-mêmes. L'homme, du fait de son aptitude biologique à l'empathie et à la parole, appartient certainement à l'espèce la plus influençable, non seulement parce qu'il perçoit la sensorialité du contexte qui peut le captiver, mais aussi parce que, sous l'effet des mots des autres, il peut se mettre à leur place et éprouver un sentiment provoqué par leurs récits » (Cyrulnik, 1997).

Selon Cyrulnik, la notion « d'individu poreux » explique que l'hypnose soit une propriété banale du vivant. Nous sommes à chaque instant « connectables » à nos semblables et au contexte dans lequel nous nous trouvons. Nous baignons dans un océan de signaux et en émettons nous-mêmes sans cesse, que ces signaux soient intentionnels ou non, verbaux ou préverbaux, perçus consciemment ou inconsciemment, ou imperçus. Comme nous le soulignons nous aussi dans un autre ouvrage, « les humains ne cessent de s'influencer les uns les autres, à tout bout de champ. L'influence est un phénomène d'abord naturel et

3. Flahault F. (2003), *Le paradoxe de Robinson. Capitalisme et société*. Paris, Ed. Descartes et Cie, p. 67.

utile. Sans elle, impossible de faire survivre un bébé, d'éduquer un adolescent, de soigner un patient, de conduire une équipe » (Salem, 2011). Notre monde « intermental » est fait de cette circulation des influences, entre autres de cette « biologie du liant », pour reprendre une autre formule de Cyrulnik. C'est sur ce socle relationnel que nous vivons nos expériences les plus significatives, et non coupés du monde, coupés d'autrui.

Perspective des neurosciences sociales

Le développement récent d'une nouvelle approche interdisciplinaire, les *neurosciences sociales*, semble vouloir concrétiser une intégration éclairée des savoirs sur les relations humaines. Les disciplines concernées sont la biologie et les neurosciences, appliquées aux phénomènes habituellement étudiés par la psychologie sociale. L'objectif est de passer au crible nos comportements relationnels, pour saisir les mécanismes biologiques qui sous-tendent l'attachement, la haine, la rivalité, l'obéissance, la coopération, l'empathie, la violence, etc.

Nous savons bien que, comme d'autres espèces, la nôtre est remarquablement sociale. Les disciplines qui tentent de rendre compte de ce qui se passe dans relations interpersonnelles sont d'une grande variété épistémologique : biologie, éthologie, psychologie, systémique, éthique, philosophie, sociologie, économie, ethnologie, etc. Les comportements sociaux permettent aux individus de survivre, de se perpétuer, de transmettre leur expérience et leurs valeurs aux générations suivantes – bref, de vivre en faisant vaille que vaille « avancer les civilisations » issues de l'homo sapiens. Ils ne sauraient être réduits à la perspective neuroscientifique qui, en dépit de sa richesse, nous en donne un simple aperçu, bien appauvri. Or, le courant de la neuroscience sociale, malgré sa prétention à l'interdisciplinarité, n'a pas les mêmes outils épistémologiques que les autres disciplines, et ne s'en soucie guère du reste. Sans sourciller, ses aficionados nous décrivent les circuits cérébraux de la compassion, de l'altruisme ou, dernier thème à la mode, de l'empathie, ce cliché du lien de confiance entre thérapeute et patient.

Proposé comme une perspective interdisciplinaire ambitieuse, par deux psychologues et biologistes, John Cacioppo (de l'Université de Chicago) et son collègue Gary Berntson (de l'Université de l'Ohio), dans un article publié en 1992 dans la revue *American Psychologist*, le courant des neurosciences sociales applique l'exploration du cerveau à l'analyse de l'esprit et des comportements sociaux (émotions, confiance, jugement moral, etc.). Il semble assez largement salué par les médias comme par la communauté médicale et neuroscientifique, sans s'inquiéter des dérives qui peuvent en découler. Pourtant, ce courant d'idées reste

propre aux sciences « dures », notamment à la biologie, qui voudrait « informer » (instruire ?) les sciences humaines (peut-être trop « molles » à ses yeux ?).

Il ne faut pas perdre de vue que le « cerveau social » n'est qu'une donnée de la phénoménologie des relations interpersonnelles, et devient une chimère dès lors que l'on réduit la condition humaine à lui. Les corrélations que l'on établit à l'imagerie par résonance magnétique ne sont pas des explications, comme le relève Alain Ehrenberg dans un article vigoureux (2008), en dénonçant cette « naturalisation des faits sociaux ». Tout phénomène humain reste une construction sociale, et la confiance ne saurait être réduite à je ne sais quels gènes ou neurones, elle est avant tout une forme de relation. Cette relation se construit entre les protagonistes, elle a une histoire, elle s'inscrit dans un contexte qu'il faut prendre en compte – autant de facteurs qui relèvent davantage de la psychologie sociale, de la systémique ou de l'éthique, si ce n'est d'autres disciplines, telle la philosophie.

Ici, revenons un instant à Jean-François Billeter, dans son approche de l'hypnose à travers l'œuvre philosophique de Tchouang-tseu, auteur (ou groupe d'auteurs) inspiré, qu'il décrit comme « un connaisseur intime des mécanismes psychologiques familiers aux praticiens de l'hypnose », et chez lequel il met en valeur une « certaine façon d'appréhender l'ensemble de l'expérience humaine ». Tout en dénonçant le « paradigme rationaliste moderne », qui considère la conscience individuelle comme une « monade close, imperméable à toute autre influence que celle qui passe par le langage ou par des organes sensoriels », et qui tient pour acquis que « la totalité du réel est ouverte sans réserve à l'enquête scientifique », Billeter prend à la lettre la formidable conclusion de la commission royale à propos de Mesmer : « il ne s'agit que d'imagination ». Il prend résolument le parti de celle-ci, en quelque sorte, et tient l'hypnose (qu'il a lui-même étudiée et expérimentée) pour un « domaine d'observation et d'exploration qui échappe au paradigme dominant et qui porte en lui une conception ouverte du sujet ». Pourquoi ? Parce qu'à l'instar des descriptions données dans le Tchouang-tseu, Billeter pense qu'en hypnose, l'on s'adresse précisément à l'imagination, et que l'on provoque alors dans le sujet un changement profond, puisque l'on touche à ce qu'il appelle *l'imagination opérante* du sujet – lequel « produit la transformation nécessaire à ses difficultés ». La manière dont le sujet accède à cette imagination opérante est de suspendre tout mouvement intentionnel (suspension qu'il appelle « l'arrêt »), acte par lequel il peut « se laisser défaillir », chose qui favorise cet « état de vacance », cette « descente dans le calme ».

Billeter définit l'hypnose comme « l'ensemble des régimes d'activités dans lesquels la conscience, bien qu'éveillée, s'abstient d'interférer avec

l'activité spontanée du corps ». L'on pourrait certes s'étonner du paradoxe consistant à mettre en œuvre intentionnellement la décision de ne pas avoir d'intention. Mais il s'agit ici d'activer une forme de « volonté seconde » par laquelle se produit l'arrêt, soit « l'acte par lequel nous pouvons, si nous le voulons, suspendre toute activité intentionnelle ». Cette interruption « crée un jeu, elle introduit au cœur de l'existence une possibilité d'expérimentation », expérimentation qui consistera à laisser faire le corps, ce corps identifié comme la « totalité des forces et des facultés, connues et inconnues, qui sont en nous », ou encore comme « l'ensemble de l'activité qui nourrit notre vie consciente tout en l'excédant de toutes parts ». L'auteur en conclut que l'imagination est « une faculté essentielle du corps, et par elle le corps se manifeste à la conscience ». Il ajoute, comme une flèche du Parthe en direction de la psychanalyse, qu'une telle « définition du corps rendrait superflue la notion de « l'inconscient ». » (Billeter, 2004).

Cette conception ouverte du sujet nous permet aussi, comme les critiques d'Alain Ehrenberg, de prendre du recul devant le courant des neurosciences sociales. En effet, en dépit de ses bonnes intentions, ce courant conserve un point de vue ancré dans l'individu et non dans la relation : il ne perçoit celle-ci qu'à travers le prisme traditionnel du « sujet ». Mais il s'agit ici du sujet comme point de départ de l'observation, et non du sujet immergé dans le contexte de l'observation elle-même. Si l'on paraphrase Erving Goffman, le courant des neurosciences sociales considère davantage « les hommes et leurs moments », que « les moments et leurs hommes ». La relation interpersonnelle est alors décrite comme le « ressenti intérieur » de chacun, en insistant sur l'intériorité de l'individu (son cerveau ou son « soi »), et non comme ce qui se passe « entre » les individus, dans le monde « intermental » (Molénat, 2008).

Or, l'expérience clinique montre bien qu'en thérapie, le patient n'est pas le seul agent du changement, que cela dépend aussi des réactions du thérapeute, de l'entourage, de la famille, du contexte, etc. Comme le dit François Roustang, « L'espace mutuel crée ainsi un temps mutuel singulier, parce que l'espace est remanié instant après instant selon les transformations que subissent l'un et l'autre. » (Roustang, 2000, p. 186)

Une expérience « co-construite »

Il ressort de ces premières réflexions une chose que tout hypnothérapeute admet sans peine : la phase initiale de la séance hypnotique est une *co-construction active*, soit un mode de communication et de concertation à propos de ce qu'il convient d'expérimenter (voir à ce propos les contributions de Michaux, 1998, de Roustang, 1998, et aussi, bien que sous un autre angle de vue, de Spanos, 1996).

Par la suite, cette forme d'appariement peut varier. Tantôt le couplage reste intense telle une sorte d'expérience de pensée commune ou même, si l'on veut, une « folie à deux ». Tantôt il s'étiolo, le patient prend le large dans sa transe, le thérapeute reste sur la rive, aussi attentif que possible à la navigation du patient, parfois côtière, parfois en haute mer. Cette autre étape est plus complexe, plus variable. Je souhaite dans ce chapitre circonscrire mon sujet à la phase initiale du couplage hypnotique entre thérapeute et patient, pour mettre l'accent sur l'aspect d'outil expérimental commun de l'hypnose, outil manipulé à deux (ou davantage), et qui permet de susciter un changement significatif dans le patient.

Il s'agit ici, sur le plan des représentations, d'une co-construction narrative et scénique, fondée sur une dissociation à deux (« co-dissociation » ?), donc d'un *phénomène essentiellement relationnel*, qui ne saurait se limiter à ce qui se passe à l'intérieur du patient ou à ce qui se passe à l'intérieur du thérapeute. Ceci revient à dire que le mécanisme opérant est ici de nature pas seulement subjective, mais de nature *intersubjective* et *supra-individuelle*, partiellement décodable en termes interactionnels et systémiques (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999 ; Stern, 1989, 1991 ; Salem, 2001, 2004).

L'opérateur interpersonnel

La conviction partagée de la dyade patient/thérapeute se concrétise cliniquement dans une *transe à deux*. Dans cette transe commune, les deux protagonistes se réfèrent à un tiers virtuel, par exemple à « l'enfant innocent et confiant » contenu dans le patient, ou bien encore, à son « médecin intérieur ». En réalité, il faut bien admettre que ce tiers, c'est leur relation-même, leur « nouïté⁴ » thérapeutique, leur co-créativité réactivée à chaque rencontre. Nous sommes ici en présence d'une forme *d'accordage affectif* ou de *communion intersubjective*, pour reprendre la terminologie de Stern et de Fivaz dans le domaine de l'encadrement du développement⁵. C'est à ce prix que le changement devient opérant, et non, comme le laissent supposer d'autres travaux, en mettant l'accent sur les capacités ou le profil de personnalité du patient, ou sur le savoir-faire du thérapeute, ou sur l'école dont il se réclame.

4. « Nouïté », équivalent possible de « *we-ness* » en anglais pour décrire l'entité du « nous » par opposition au « je » (« jéité » ou « I-ness »).

5. Notions qui sont du reste en miroir avec les conceptions novatrices de l'éthique, que l'on trouve dans les travaux de Wittgenstein, de Buber, de Boszormenyi-Nagy, de Ricoeur ou de Malherbe. Par exemple le concept de réciprocité du type *Je-tu* ou *Je-Ca* de Buber, ou les concepts d'idemité et d'*ipséité* de Ricoeur, ou le concept de *subjectivation* ou d'objectification réciproque de Malherbe, etc.

C'est pourquoi il nous paraît pertinent de désigner comme un *opérateur interpersonnel* ce levier du changement lors de toute intervention hypnothérapeutique, de sorte à ne pas nous limiter aux mécanismes intrapsychiques propres à l'individu, et mettre davantage l'accent (à l'instar de tout praticien d'orientation systémique), sur les facteurs supra-individuels, donc interpersonnels, du processus hypnotique.

En conclusion, au couple *esprit/corps* ou au couple *conscient/inconscient* habituellement invoqués en hypnose, il semble judicieux d'ajouter à un niveau hiérarchique supérieur, (ou au besoin, d'opposer), tout ce qui se passe dans le couple *patient/thérapeute*. Il s'agit ici d'ouvrir davantage notre champ d'observation, de laisser entrer en quelque sorte l'air du large. L'on tient compte en l'occurrence, non pas d'un déterminisme intrapsychique du patient, (ou comme on le lit parfois, d'un *déterminisme intrapsychique* du thérapeute), mais bel et bien d'un *déterminisme interpersonnel*, pour reprendre l'expression de Bateson, qui a ouvert nos yeux au monde des « réactions aux réactions » (Bateson, 1977, 1979, 1980 ; Salem, 2001).

Cette donnée devrait nous inciter à miser davantage sur les ressources contenues d'abord dans la *relation thérapeutique*, soit dans cette « continuité relationnelle » évoquée par exemple par Roustang, que sur celles du thérapeute ou celles du patient. Il devrait aussi nous inviter à moins de suffisance dans nos théories centrées sur l'individu, et à nous montrer plus curieux de tout ce qui se passe dans l'espace de la « nouïté ». Entendons surtout par le mot « nouïté » (*we-ness*), qu'il se passe quelque chose qui dépasse le contrôle délibéré du thérapeute comme celui du patient. Un mécanisme supra-individuel est à l'œuvre, autrement dit un processus essentiellement relationnel, une co-construction à deux ou plusieurs.

Prenons un cas clinique pour illustrer le propos.

L'enfant leucémique et le culte des ancêtres

Il a huit ans, tout juste. L'âge auquel son père a perdu sa propre mère. Et l'on vient de diagnostiquer chez lui une leucémie lymphatique aiguë. Il est calme quand il me reçoit dans sa chambre couverte d'affiches de Disney-world (à la suite d'un récent voyage en Floride avec ses parents). Intrigué par mon rôle de « médecin spécial », ni pédiatre, ni généraliste, curieux de ce que peut bien faire un psychiatre, notamment celui que sa mère consulte depuis quelques temps, il engage le dialogue :

- Tu viens pour l'hypnose, n'est-ce pas ?
- C'est ce que ta maman t'a dit ?
- Oui, elle a dit que tu allais m'hypnotiser pour m'aider à guérir ma maladie.
- Ce n'est pas faux, sauf que ce n'est pas seulement moi qui vais t'hypnotiser.
- C'est qui alors ?

– Et bien, c'est *toi et moi*, mais *aussi* d'autres personnages, peut-être tes amis, avec nous.

– Mes amis ?

– Oui. Ceux-là, Mickey, Pluto, Donald, tous ceux qui sont là, autour de nous.

– Son visage s'éclaire. Je commence à l'intéresser, semble-t-il.

– Comment ils vont faire ?

– Oh, tu sais, ils ne le feront qu'à ta demande. Ils ont d'autres chats à fouetter, si j'ose dire – puisqu'il ne faut jamais fouetter un chat, n'est-ce pas ?

– Ça, c'est vrai. J'aimerais bien en avoir un, mais mes parents ne veulent pas. Les meubles du salon, tu sais.

– On pourra peut-être les convaincre, si on les hypnotise un peu, hein ? Tu voudrais ?

– Il rit.

– Est-ce que tu peux... est-ce que *nous* pouvons *vraiment* faire ça ?

– Quelle question ! Bien sûr que nous le pouvons. De quelle couleur, le chat ?

– C'est égal. Non, attends, je voudrais un chat trouvé, un chat de la SPA. De n'importe quelle couleur.

– Tu as raison, ce sont les meilleurs.

La chambre est assez petite, mais très confortable, un peu trop bien rangée, avec un côté trop raisonnable – comme son regard trop lucide, trop calme. Pas l'ombre d'un effroi, en dépit des propos très réalistes qu'ont tenus les médecins à sa mère (devant lui) : « Le pronostic n'est pas si mauvais dans cette forme. Il a six chances sur dix de s'en tirer. » Six sur dix. Que faire des quatre restantes ? Les parents sont très angoissés. On dirait que c'est davantage pour eux que pour ce petit garçon très raisonnable, très calme et très sympathique que je fais cette visite à domicile, un dimanche matin. Mickey me tire la langue, les pouces enfoncés dans ses larges oreilles, Donald brandit un poing indigné contre on ne sait qui, Pluto bave dans son sommeil sur un os en or massif qui frissonne d'aise dans un phylactère.

– Tu es prêt ?

– À quoi ?

– À l'hypnose que nous allons faire avec tes petits copains ?

– Oui.

Et voilà que nous nous concentrons sur son poing droit, qui va contenir tous les Mickey, tous les Donald et tous les Pluto de son armée personnelle. Puis sur le poing gauche, qui va contenir les autres alliés, ceux que les médecins lui fournissent à l'hôpital, chaque semaine, dans un goutte-à-goutte, comment ils s'appellent déjà ? « Les boxeurs. ». Ben voyons, les boxeurs. Est-ce qu'ils sont là ? Oui. Est-ce qu'il les sent vraiment dans ses poings ? Pas encore. Et s'il fermait un instant les yeux, peut-être qu'il

les sentirait mieux ? Il ferme les yeux, très concentré. Voilà, il les sent. Dans les deux poings ? Dans les deux. Sont-elles assez nombreuses, ces escouades de Mickey, de Donald, ces cohortes de Pluto, dans la main droite ? Oui, des tas. Et les boxeurs, dans la main gauche ? Aussi, des masses. Bon, et en face, qu'est-ce qu'il voit ? Rien.

Allons, qu'il se concentre un peu. À quoi ressemble l'ennemi ? Il ne voit pas. Personne qui lui ressemble dans Disneyworld ? Non, il ne trouve pas. Ses yeux bougent beaucoup sous ses paupières closes. Patience. Et dans Peter Pan ? Ah oui, le sale crocodile qui veut toujours bouffer le héros et sa compagne, la fée Clochette. Bon, est-il là, ce crocodile, juste en face ? Oui, et même qu'ils sont des tas de crocodiles, tout verts, beurk.

Parfait. Revenons à ce qu'il sent dans les poings. Les troupes sont-elles présentes à l'appel dans le poing droit ? Oui, des milliers de Mickey, de Donald, de Pluto. Très bien. Et dans le poing gauche ? Tous les boxeurs fournis par le goutte-à-goutte hebdomadaire de l'hôpital sont là aussi. Excellent, excellent. Et maintenant, est-il prêt à donner le signal de l'attaque ? Oui, il est paré, mais quel signal ? Allons, qu'il cherche, ça ne doit pas être trop compliqué. Il a trouvé : un petit sifflement. Ok, qu'il le donne dès qu'il sera prêt.

Il n'est pas seulement prêt. Il y est déjà. L'attaque a commencé depuis longtemps, bien avant le petit sifflement que ses lèvres émettent discrètement. Les yeux toujours clos, les paupières serrées très fort, autant que ses petits poings, il suit l'attaque de loin ou de près, je ne sais pas. Bientôt, une quantité de poussières vertes s'amoncellent devant lui : les restes des crocos. Bien fait pour leurs gueules. Okay, comme on dit en Floride. Et maintenant, une petite visite à Chinatown. Pourquoi ? Oh, rien du tout, un petit rituel consacré aux ancêtres. Ça sert juste à envoyer la poussière verte en enfer. Je lui remets des papiers votifs chinois, quelques billets de *hell bank notes* (quelques milliards de dollars chacun, au bas mot), que m'a apportés une amie de Singapour. Chaque fois qu'il aura achevé une attaque, il devra aller en brûler un dans la cheminée du salon, devant ses parents et son petit frère, qui applaudiront avec lui lorsque le billet sera complètement consumé. C'est chose faite dans les minutes qui suivent.

Je peux partir tranquille. Il le fera chaque jour, et les parents aussi joueront leur rôle dans la partie finale de chaque cérémonie (sans connaître le scénario de l'attaque, qui reste une chose privée entre leur fils et moi). Et nous nous reverrons de temps en temps, lui et moi, pour voir comment évoluent les choses sur le champ fumant de la bataille. Je reverrai aussi ses parents. Et il y aura d'autres *hell bank notes* à brûler dans la cheminée du salon, avec applaudissements et tout. Des tas. Pendant trois ans environ. Maintenant, dix ans plus tard, il est hors d'affaire, et je ne le vois plus qu'une fois par année pour manger chinois dans le quartier.

Oubli de soi, préoccupation exagérée de soi

Dans cette anecdote clinique, l'enfant dispose d'une formidable capacité d'oubli de lui-même, de sa situation dramatique, de l'angoisse contagieuse de ses parents. Cette aptitude à s'oublier lui-même se vérifie aussi, à un degré plus profond, au fait que sa maladie s'inscrit dans une histoire familiale complexe et répétitive, qui est devenue la sienne et dans laquelle il s'efforce de jouer sa propre partition. La mère s'interroge tous les jours sur ce qu'elle-même ou son mari ont bien pu « faire de faux » pour amener leur enfant à « attraper ce cancer ». Le père est troublé par le fait que son fils tombe si gravement malade à l'âge où lui-même a vécu un deuil très douloureux, qui a marqué sa vie (la perte accidentelle de sa mère), sans altérer pour autant sa capacité d'adaptation aux exigences de la vie. C'est en ce sens, un grand *résilient*. Et son fils de même. Tous deux savent fort bien « s'oublier » en portant toute leur attention sur autre chose, les « choses à faire ».

Du reste, la cérémonie familiale des papiers votifs à brûler a pour objet de provoquer une libération cathartique. C'est une sorte d'exorcisme, qui devrait permettre d'évacuer certains cadavres du placard. Ce faisant, il est à espérer qu'un peu de place (« d'espace moïque » diraient peut-être des psychanalystes) soit restitué à cet enfant, en tant qu'être distinct de ses parents, une fois qu'il aura pu assumer ses loyautés de façon moins dangereuse pour sa santé (voir le concept, mis au point en thérapie familiale, de loyauté et de légitimité auto-destructive) (Boszormenyi-Nagy, 1987).

La capacité de s'oublier (débattue et illustrée par Tchouang-tseu en maints apologues) (Billeter, 2001, 2004), permet de neutraliser ou d'amoindrir l'effet pernicieux d'une vision de soi restreinte au script imposé « du dehors », puis, par la suite, entretenu « du dedans » (par identification et par loyauté en même temps). Il convient d'oublier un instant notre malheur, de faire au moins semblant d'en être libéré, pour vérifier que d'autres ressources sont là, d'autres modalités d'existence, d'autres formes de conscience de soi au monde.

Le tiers comme métaphore de la nouïté

La modalité de l'échange entre cet enfant et moi peut être décodée comme « la recherche commune de *tiers* alliés à nos côtés ». Au début, ces tiers se confondent un peu avec moi, « ce médecin spécial qui hypnotise les gens » et qui surgit dans son histoire, en étant détenteur de je ne sais quel « pouvoir ». Mais, par étapes successives, au cours même de la première rencontre, ces tiers vont se déplacer et être internalisés. L'enfant réalise en effet que l'hypnothérapeute se réfère à plusieurs catégories de tiers alliés : la troupe des Mickey-Donald-Pluto, celle des boxeurs, enfin notre duo. La première représente ses ressources intérieures, ses capacités

d'autorégulation et de défense, l'immunité de son corps, sa détermination à lutter contre la maladie, etc. La deuxième représente les ressources extérieures, autrement dit le soutien de sa famille, des médecins, de la chimiothérapie pratiquée à l'hôpital, Enfin, la troisième, c'est lui et moi, duettistes de l'hypnose, manipulant ensemble cet outil pour renforcer son organisme et améliorer ses chances de survie.

Peu à peu, le pouvoir de guérison de ces diverses « équipes » se concentre à l'intérieur de l'enfant lui-même, plus précisément, en une partie de lui-même qui contient cette capacité supposée. Ainsi, ce n'est pas lui, l'enfant leucémique, qui instaure le changement, c'est une partie de lui, la partie qui a internalisé la force du groupe des tiers alliés, autrement dit qui a condensé en elle la nouïté thérapeutique.

La dissociation thérapeutique obtenue en hypnose conversationnelle, dès la première séance, par référence à des « tiers » virtuels, invités dans la relation entre l'enfant et moi, ne saurait bien entendu être obtenue sans une pleine adhésion du patient à cette façon de voir les choses. L'alliance entre lui et moi est bonne dès cette première rencontre. Nos attentes mutuelles sont identiques : il espère que, par l'hypnose, je l'aiderai à résister à la leucémie, et mon espoir est identique. Enfin, non seulement nos attentes mutuelles, mais celles de nos *réseaux respectifs* sont en miroir : des confrères m'encouragent en cette mission en faisant confiance au procédé hypnotique, la famille du petit aussi va dans le même sens. En outre, l'acceptation de l'enfant de vivre l'expérience hypnotique se manifeste dès la première induction conversationnelle, lorsqu'il ferme les poings, puis les yeux, et donne le signal de l'assaut contre les crocodiles. Il ratifie mes suggestions et participe ainsi *activement* au renforcement supposé de son organisme.

Cette co-construction narrative et scénique, cette dissociation à deux est un *phénomène essentiellement relationnel*, qui ne saurait se limiter à ce qui se passe « à l'intérieur » du patient ou à ce qui se passe « à l'intérieur » du thérapeute. Ceci revient à dire que le mécanisme opérant est ici de nature *intersubjective* et *supra-individuelle*, partiellement décodable en termes interactionnels et systémiques (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, 1999 ; Stern, 1989, 1991 ; Salem, 2001, 2004, 2009a, 2011).

Communion intersubjective et outil expérimental commun du changement

On l'a vu, ici, la dyade suppose une multiplicité de tiers. La conviction partagée de cette dyade patient/thérapeute se scelle cliniquement dans une transe commune, les deux protagonistes se référant à des tiers virtuels, l'équipe des Mickey-Donald-Pluto, celle des boxeurs, enfin, « en face », celle des crocodiles verts. Il faut bien admettre que ces tiers, c'est la relation même, la « nouïté » thérapeutique entre l'enfant et le

thérapeute, leur co-créativité, réactivée à chaque rencontre. Il s'agit à l'évidence d'une forme d'*accordage affectif* ou de *communion intersubjective*. C'est à ce prix que le changement devient opérant.

De ce fait, l'*opérateur interpersonnel* est un terme qui paraît convenir pour désigner l'outil expérimental commun du changement, présent au cœur de toute intervention hypnotique. Ceci devrait nous inciter à ne plus nous limiter aux mécanismes intrapsychiques de l'individu, mais à mettre davantage l'accent (à l'instar de tout praticien d'orientation systémique), sur les facteurs supra-individuels des mécanismes hypnotiques, soit sur le *déterminisme interpersonnel* (Bateson G., 1977, 1979, 1980 ; G. Salem, 2009a, 2011).

Références

- Bateson G. (1979), *Mind and nature. A necessary unit*. New York, Dutton.
- Bateson G. (1977, 1980), *Vers une écologie de l'esprit*, Vol 1 et 2. Paris, Seuil.
- Billeter J-F. (2001), *Leçons sur Tchouang-Tseu*. Paris, Allia.
- Billeter J-F. (2004), *Études sur Tchouang-Tseu*. Paris, Allia.
- Boszormenyi-Nagy I. (1987), *Foundations of contextual therapy. Collected papers*. New York, Brunner & Mazel.
- Ehrenberg A. (2008), Le « cerveau social ». Chimère épistémologique et vérité sociologique. *Esprit*, janvier, 79-103.
- Fivaz-Depeursing E., Corboz-Warnery A. (1999), *The primary triangle. A developmental system view of mothers, fathers and infants*. New York, Basic Books.
- Flahault F. (2003), *Le paradoxe de Robinson. Capitalisme et société*. Paris, Ed. Descartes et Cie.
- Michaux D. (1998), La communication et la relation hypnotique. In : Michaux D. *Hypnose, langage et communication*. Paris, Imago.
- Molénat X. (2008), Bataille autour du cerveau. *Sciences Humaines*, n°198, 37-38.
- Roustang G. (1998), L'hypnose est communication. In : Michaux D. *Hypnose, langage et communication*. Paris, Imago.
- Roustang G. (2000), *La fin de la plainte*. Paris, Ed. Odile Jacob.
- Salem G. (2009a), *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris, Masson, (5^e éd.).
- Salem G. (1997), Du plausible au réel : les recadrages de l'hypnose. *Hypnose*, n°7, 13-20.
- Salem G. (2002), L'hypnose. In : Duruz N, Gennart M (éds.). *Traité de psychothérapie comparée*. Genève, Paris, Médecine et Hygiène.
- Salem G. *Pas vous, pas moi : dissociation thérapeutique dans un cas d'hémiplégie hystérique*. Communication faite en novembre 2004 au Colloque du G.E.A.M.H. consacré au thème Hypnose et dissociation psychique. (Organisation Didier Michaux).
- Salem G. Le baiser du prince. In : Bonvin E., Storms E. (2009b), *Nature et mouvements de la relation humaine. HypnoseS*. Genève, Ed. Médecine et Hygiène, p. 139-166.
- Salem G. (2011), *La maltraitance familiale : dévoiler, intervenir, transformer*. Paris, Armand Colin.
- Spanos NP. (1996), *Faux souvenirs et désordres de la personnalité multiple : une perspective socio-cognitive*. Bruxelles, De Boeck Univ.

- Stern D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson : une perspective analytique et développementale*. Paris, PUF.
- Stern D. (1991), Le dialogue entre l'intrapsychique et l'interpersonnel : une perspective développementale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°13, 47-97.
- Strubbe M.J. (2005), What did Triplett really find ? A contemporary analysis of the first experiment in social psychology. *American Journal of Psychology*, n°118, 271-286.
- Triplett N. (1898), The dynamogenic factors in pacemaking and competition. *American Journal of Psychology*, n°9, 507-533.
- Triplett N. (1900), The psychology of conjuring deceptions. *American Journal of Psychology*, n°11, 439-510.

CHAPITRE 12

L'hypnose et la mémoire

E. Bonvin

Parmi les manifestations de la transe hypnotique, nombreuses sont celles qui touchent les souvenirs ou la mémoire : amnésie, hypermnésie, paramnésie, remémoration, mémorisation facilitée, résurgence spontanée de souvenirs, flash-back, régression en âge... Tous les thérapeutes utilisant l'hypnose ont certainement vécu de telles manifestations, tant celles-ci sont fréquentes et nombreuses. Nombreux sont ceux qui les ont exploitées à des fins thérapeutiques, allant jusqu'à conceptualiser des techniques spécifiques (régression en âge, passerelles affectives, retour dans les vies antérieures...). D'autre part, l'intensité du vécu qui accompagne ces manifestations mnésiques a amené plus d'une personne à croire que l'hypnose permettait de révéler une qualité de mémoire particulière, voire plus exacte. Cette croyance est, sans doute, à l'origine d'une des plus graves épidémies psychiatriques qu'aient connue les pays anglo-saxons : l'*épidémie des souvenirs-leurres ou des faux-souvenirs*. Le bilan est consternant : des milliers de vies et de familles détruites et un nombre impardonnable de fausses condamnations en justice. L'incroyable et dramatique succès qu'a connu la croyance selon laquelle l'hypnose serait un *sérum de vérité*, une *machine à remonter dans le temps pour y récolter des vérités*, a infiltré non seulement le terrain de la clinique mais aussi les autorités judiciaires et les pratiques policières autant que les représentations collectives véhiculées par les associations de victimes, la presse, le cinéma, la littérature, etc. Si l'hypnose est une merveilleuse technique de soin, il faut bien avouer qu'elle a été, dans cette épidémie, mêlée à un désastre iatrogène. Deux constats sautent à nos yeux face à ce drame et méritent que l'on s'y arrête :

- trop de thérapeutes manipulent les souvenirs et la mémoire sans exactement connaître la nature de ceux-ci ;
- trop de thérapeutes utilisent l'hypnose sans réellement en connaître la nature.

Afin de prendre acte de ces deux constats et d'y remédier, nous proposons dans ce chapitre d'explorer la relation, en effet troublante, qui existe entre hypnose et mémoire. Nous allons dans un premier temps nous attarder sur la mémoire et les souvenirs en passant en revue leur invention et leur importance dans notre culture, les croyances qu'ils suscitent et les connaissances dont nous disposons aujourd'hui à leur sujet. Dans un second temps, nous allons explorer comment la mémoire et les souvenirs se laissent influencer. Nous détaillerons ensuite, dans un troisième temps, les effets de l'hypnose sur la mémoire (les souvenirs) et les étranges similitudes qui rejoignent ces deux aptitudes humaines. C'est alors que nous pourrions retourner dans le théâtre des souvenirs où se produisent tant la mémoire que l'hypnose, et découvrir ce que sont les souvenirs-leurres ainsi que la dramatique épidémie qui les a laissés prendre corps dans les sociétés anglo-saxonnes. Les tristes constats que laisse derrière elle cette épidémie vont nous permettre de remettre en question certains paradigmes bien ancrés dans de nombreux modèles thérapeutiques autour de la conscience de soi et de la détermination du passé. Cette remise en question n'épargnera pas une certaine pratique de l'hypnose mais mettra par contre en valeur une hypnose dont le formidable potentiel thérapeutique ne craint ni le doute, ni l'oubli.

Considérations sur la notion de mémoire

L'invention de la mémoire

« Tout participe de la mémoire... en dehors de laquelle il ne saurait y avoir ni compréhension du présent ni même invention » écrivait Piaget (1970), en donnant à ce qui, durant des siècles, fut considéré comme une simple aptitude humaine, une position centrale dans le fonctionnement humain. Qu'est-ce qui a bien pu amener l'homme contemporain à donner tant d'importance à la mémoire ? Du mythe de *Mnémosyne* qui, selon Platon¹, en fit don à l'homme sous forme d'une tablette de cire molle, et à qui Zeus s'unit pour donner naissance aux neuf muses² jusqu'aux actuelles représentations computerisées et neuronales, la diversité des métaphores sur la mémoire évoque la multiplicité des ses aspects et des représentations que s'en font les hommes. Longtemps considérée comme un art ou un savoir-faire, la mémoire représentait une expérience dirigée vers l'extérieur, un simple prolongement de la perception du monde : mémorisation de textes, de configurations de lieux, de noms... Cet art ne s'intéressait par contre jamais, ou de

1. Platon évoque cette métaphore dans le *Théétète*.

2. L'éloquence, l'histoire, la musique, l'art des fêtes et du chant, la géométrie, la danse, la comédie et l'astronomie.

manière incidente seulement, au fait qu'un individu ait accès par la mémoire à ses propres expériences (souvenirs, biographie, histoire du développement et de la période infantile...). L'injonction du *temple de Delphes* : « *Connais-toi toi-même* » exige que nous connaissions notre caractère, nos limites, nos besoins et notre tendance à nous leurrer nous-mêmes mais ne fait pas référence à la mémoire. Durant des siècles, la mémoire était une aptitude qui n'avait rien à livrer à l'homme sur lui-même, elle était toujours orientée sur une meilleure maîtrise de l'environnement et non de soi.

C'est avec la modernité (et ses prémices) que la mémoire commence à être considérée comme une aptitude susceptible de nous livrer des informations sur nous-mêmes, jusqu'à finalement devenir la garante de nous-mêmes, c'est-à-dire de notre identité. Ce que Proust (1985) développait en écrivant qu'il fallait « qu'il n'y eût pas de discontinuité, que je n'eusse pas un instant cessé d'exister, de penser, d'avoir conscience de moi, puisque cet instant ancien tenait encore à moi, que je pouvais encore retourner jusqu'à lui, rien qu'en descendant plus profondément en moi. » Cette nouvelle fonction, essentielle, de la mémoire a bien sûr attiré l'attention sur sa nature et c'est à partir du XIX^e siècle qu'elle fut considérée comme un objet de science, devenant du même coup une clef pour la compréhension de l'âme humaine, voire même un critère d'identité et de définition pour l'homme (Hacking, 1998).

Comment comprendre ce spectaculaire revirement d'intérêt ? Commençons d'abord par poser le décor au cœur duquel se produit ce revirement, celui de la culture moderne. Dans sa vaste entreprise d'exploration *archéologique* de la culture et du savoir moderne, Foucault (1966) nous décrit comment, à la pensée analogique basée sur les similitudes de la Renaissance et à la pensée spatiale de l'ordre et du classement de la période classique, la modernité substitue une logique historique (enchaînement des faits), temporelle (linéarité progressive du temps) et organiciste (transformations temporelles du vivant). Elle instaure une philosophie vouée au temps, à son flux, à ses retours, pour finalement, avec Condorcet, puis avec Comte et Hegel, se substituer au rationalisme et s'imposer comme *ultima ratio*. C'est bien dans la prolongation de ce nouveau mode de pensée que l'histoire, science empirique des événements, est devenue aussi ce mode radical qui prescrit leur destin à tous les êtres empiriques, cette plage la plus érudite, la plus avertie, la plus éveillée et la plus encombrée de la mémoire humaine. Premier *élément du décor*, l'enchaînement des faits de la vie ou du destin d'un individu revêt une importance capitale dans le mode de pensée de la culture moderne.

Une autre caractéristique de la sensibilité moderne qui découle de la première, est de considérer que ce qui constitue le caractère, la personnalité, l'âme de l'homme est ce qu'il a oublié (qui est inconscient !).

La mémoire devient du même coup la voie royale qui permet d'aller draguer les profondeurs de l'oubli pour en extraire des fragments de caractère, de personnalité, d'âme, qui deviennent autant de faits scientifiques. La connaissance de la mémoire devrait donc permettre de soigner, aider, contrôler les maux de l'âme, du caractère, de la personnalité. *Deuxième élément du décor*, naît alors la science de la mémoire qui devient le substitut d'une science de l'âme (Hacking, 1998).

Si l'histoire, extrême pointe de la mémoire, devient l'*ultima ratio* de la pensée moderne, son influence ne saurait se cantonner au seul domaine de la connaissance et des sciences mais devrait aussi imprégner les activités et la vie sociale des hommes. C'est bien ce que l'on découvre en constatant que la plupart des lois et codes (juridiques, commerciaux, sur la propriété et les échanges) se basent sur une double notion de l'identité dont l'origine remonte, notamment, aux réflexions philosophiques de Locke³, au XVII^e siècle :

- la *personne*, désignant un concept juridique se rattachant à la mémoire et à la responsabilité ;
- l'*homme*, défini (entre autres) par la notion de continuité corporelle.

Troisième élément du décor : le fonctionnement juridique des sociétés modernes a été fortement imprégné par les notions de continuité de la conscience de soi (historicité de la personne et de ses actes) et du devoir de l'individu de rendre compte de ses actes en toute conscience (mémoire et responsabilité).

Ces trois éléments du décor (il y en aurait sans doute d'autres à développer) expliquent déjà, à eux seuls, comment la notion de mémoire a été progressivement inventée dans les rets de la modernité. La mémoire est ainsi devenue l'objet d'une véritable mission scientifique.

La mémoire, objet de la science de l'esprit

Dans ce décor solidement planté, l'intérêt pour la mémoire est, de simple art de la mnémotechnique qu'il était, devenu l'objet d'une attention fondamentale pour la science⁴. Dès la fin du XIX^e siècle, les scientifiques se sont d'abord intéressés au cerveau. La *neurologie* attribue alors au cerveau ce que la *phrénologie* attribuait précédemment aux formes du crâne, c'est-à-dire une corrélation avec les capacités mentales et le caractère d'un individu. C'est ainsi que Broca, Wernicke et Déjerine mettent en évidence les différentes aires cérébrales en les considérant comme les éléments d'une mosaïque bien ordonnée et à l'intérieur desquels sont entreposés des « dépôts » d'images et de « mémoire » (Sacks,

3. Cité dans Douglas (1992).

4. Intérêt qui a, selon Hacking (1998), abouti à la naissance d'une véritable science de l'âme permettant aux débats qui se déroulaient jusque-là sur le plan moral et spirituel de se situer, dès lors, sur celui de la connaissance factuelle.

1989). Ribot, durant la même période, pose les jalons de la psychologie expérimentale et développe une méthode applicable à la mémoire : la *méthode pathologique*. Selon lui, c'est sous l'angle de la pathologie que l'on peut appréhender son fonctionnement et sa structure. Il s'agit donc d'étudier l'amnésie pour comprendre la mémoire.

C'est avec Breuer, à Vienne, que Freud découvre que sous hypnose, la remémoration d'événements traumatiques provoque la disparition des symptômes hystériques (Widlöcher, 1970). Il accorde dès lors une place centrale à la question de la mémoire en élaborant la *psychanalyse*, puisqu'il la place au cœur de la question du refoulement et de la résurgence du matériel refoulé, deux suppositions constitutives de son modèle. Ebbinghaus fut, par contre, le premier à utiliser la *méthode expérimentaliste* pour l'étude de la mémoire en se prenant lui-même comme sujet. Il a, par exemple, pu mesurer l'effet de l'apprentissage sur la mémoire. Ce qu'ont aussi développé, quelques années plus tard, d'autres chercheurs à partir des travaux de Pavlov sur le réflexe conditionné. Dans les années soixante, la découverte de l'ordinateur a permis les premières *modélisations cognitivistes* aboutissant aux notions de mémoires à long et à court termes, rapidement contredites par les observations empiriques. À la suite des théories de Hebb, on a finalement constaté que le stockage des informations mémorisées ne se fait pas dans une seule unité, mais dans un réseau d'unités connectées entre elles (modèle connectionniste). Les recherches de Bartlett, d'Allport et Postman (Frederic, 1995) ont alors montré que la mémoire ne se contente pas de stocker les souvenirs et de les restituer tels quels, mais qu'elle les construit, puis les transforme, dans trois directions : la *simplification* (de nombreux détails disparaissent), l'*accentuation* (les détails les plus importants pour le sujet sont majorés : un bosquet devient une forêt) et la *cohérence*, c'est-à-dire la tendance du sujet à donner un sens à ses souvenirs, quitte à en arranger le récit (Bert, 1999). Le modèle symboliste a pour sa part postulé pour une mémoire dont les capacités sont traitées par plusieurs modules hiérarchiquement structurés et dans laquelle chaque module stocke certains types de souvenirs.

Depuis le développement de ces différents courants, un nombre croissant de recherches ont été faites, entraînant une véritable explosion de définitions et de types de mémoires : procédurale, sémantique, épisodique, de travail, des représentations perceptives, autobiographique, implicite, explicite... De longs débats ont actuellement toujours lieu sur la multiplicité des systèmes mnésiques et l'intérêt des chercheurs se porte davantage sur les interactions entre mémoire, émotions et personnalité ainsi que sur les différents aspects sociaux impliqués dans les troubles de la mémoire spécifiques des maladies mentales.

En résumé, nous pouvons dire que les connaissances et les observations faites sur la mémoire se sont appuyées, jusqu'à présent, sur six

disciplines scientifiques : la neurologie, la neuropsychologie (modèle pathologique), la neurobiologie cellulaire, la psychologie expérimentale, la psychodynamique et le cognitivisme (qui s'inspire de l'intelligence artificielle).

État actuel des connaissances sur la mémoire

Que peut-on comprendre de la mémoire aujourd'hui ? Quelles conclusions tirer de ce flot d'informations, de définitions qui suscitent encore tant de débats ? Avant de tenter de répondre à ces questions, il faut souligner le fait que la représentation actuellement la plus courante de la mémoire reste celle d'une sorte de réservoir anatomique ou cellulaire localisé qui stockerait, intactes, des informations passées et qu'une stimulation réflexe permettrait de restituer. La prépondérance, aujourd'hui encore, de ce type de représentation autant dans les milieux de soins, les instances juridiques voire scientifiques et les dangers d'abus qu'elle véhicule, accorde toute son importance au coup de projecteur que nous allons maintenant donner sur les différents aspects que les nombreuses recherches ont permis d'identifier sur la mémoire. Précisons d'emblée que ce type de représentation a été totalement abandonné depuis la première moitié du xx^e siècle et que ce qui est aujourd'hui unanimement reconnu par toutes les tendances, c'est le caractère mouvant, multicentrique, subjectif et reconstruit de la mémoire (Chapelle, 2000-a). Pour reprendre une métaphore chère à Loftus (1997), *la mémoire est vaporeuse et fluide comme les nuages*. Ceci étant précisé, nous pouvons maintenant partir pour l'exploration des connaissances actuelles sur la mémoire en passant tout d'abord par les quatre phases de sa dynamique de base (la perception-encodage, la rétention, le rappel, la narration) avant de décrire trois de ses aspects particuliers : les souvenirs, les flash-back et l'oubli.

Étapes de la dynamique de base de la mémoire

Perception-encodage

Ce que nous percevons du monde est fonction d'une part des stimulations émises par l'environnement et, d'autre part, des possibilités et modalités de réception. Pour Edelman (2000), le vivant fonctionne selon un *système sélectif de reconnaissance*, système de sélection qui imprègne déjà totalement la perception. La perception engendre implicitement une *attention sélective* portée sur certains aspects de l'environnement (Loftus, 1996). La perception que nous avons de notre environnement n'est ni une photocopieuse, ni une caméra. Elle ne recopie pas les événements vécus. Elle en retient seulement certains fragments en les *sélectionnant*, en les *simplifiant* ou en les *amplifiant* (Schacter, 1999). Cette attention sélective restreint donc l'information

qui pourra être retenue (Loftus, 1981). Sitôt perçue, l'information est simultanément et inévitablement associée à d'autres dimensions en nous (Rosenfield, 1989), liées à la culture dans laquelle nous vivons (Delorme, 1982), à nos représentations sociales (Morin, 1993 ; Wilson, 1968), à nos expériences passées, à nos attentes, à nos motivations, à nos émotions, à notre développement cognitif et à nos capacités physiologiques. Il s'agit de rendre cette information connue, c'est-à-dire familière, et donc de l'ajuster à l'intimité de notre subjectivité. Ce que Valéry (1973) écrivait : « L'attention (...) tend à faire de l'objet (...) une chose entièrement connue, c'est-à-dire retenue par la mémoire ». En d'autres termes, nous nous souvenons seulement de ce que nous avons perçu et encodé, et ce que nous avons encodé dépend fortement de qui nous sommes. C'est la raison pour laquelle deux personnes différentes ont le plus souvent des souvenirs divergents du même événement (Schacter, 1999). En somme, la perception se révèle comme une création singulière impliquant que nos souvenirs ne peuvent faire partie que d'une imagination toujours en mouvement (Sacks, 1989).

Rétention

Encore partagée par de nombreux neurologues et psychologues cliniciens, la représentation la plus courante de la *rétention* des informations mémorisées tient pour acquis que l'information en rétention est inactive et organisée dans le cerveau en catégories permanentes. Cette information pourrait, en outre, être systématiquement rappelée, selon un principe calqué sur le fonctionnement des ordinateurs. Pourtant, à la lumière des recherches effectuées, l'information apparaît clairement sujette à des modifications engendrées par toutes nouvelles perceptions pertinentes à son sujet. Ces nouvelles perceptions (bien sûr elles aussi influencées par la subjectivité du sujet) viennent modifier les souvenirs conservés sans que nous en soyons conscients (mémoire implicite). Pour être retenue longtemps, l'information devra être répétée (consciemment ou non) ou plus exactement recréée et donc modifiée, notamment par toute nouvelle perception ou sensation significative et en rapport avec elle (Laurence et Perry, 1988). Proust (1985) écrivait que : « la mémoire est le retour régulier d'une connexion... qui a été, à l'origine arbitraire... »

L'une des modalités les plus perceptibles de cette dynamique de recréation permanente de l'information mémorisée peut être décrite de la manière suivante : une sensation perçue de façon suffisamment significative pour être retenue (consciemment ou non) active un processus de production de pensées et de comportements (expression verbale par exemple), complété par une sensibilisation à cette stimulation, qui vont prolonger cette sensation en nous (et dans l'environnement) dans une sorte d'écho protéiforme que l'on appelle, dans certaines circonstances, le ressassement (*rehearsal phase*). Le ressassement grave la *trace* du

souvenir et permet son renforcement par la répétition de la stimulation sous des formes variées, en y ajoutant de nouveaux éléments et en *recréant* inlassablement le souvenir (Luminet, 2000).

Le corps et la motricité sont en profonde relation avec la mémoire. Tous les actes de perception, de rétention et de remémoration nécessitent une certaine activité motrice car les actes moteurs participent à l'établissement d'un contexte et d'un contact immédiat avec l'environnement. Le rite illustre avec pertinence la présence du corps dans la dynamique de répétition qui opère au cœur du processus de *rétention* des informations. En effet, en tant que pratique symbolique réglée ou manière de faire habituelle, le rite se base sur une succession répétitive de mouvements corporels. Souvent interprété comme stratégie symbolique servant à « dissiper » les souvenirs indésirables, il constituerait en fait plutôt une véritable tentative de *recréation* et donc de *maintien en vie du souvenir* (Rosenfield, 1989), une stratégie truffée d'*indices de rappel*, comme ceux que Proust (1985) avait si bien décrits. En fait, il apparaît que nous *recréons* tous le passé, et une répétition ne doit pas être comprise comme un acte symbolisant un événement ayant déjà eu lieu, mais plutôt comme l'un des efforts déployés pour ressaisir le passé, recréé dans un contexte donné et à un certain moment (Hacking, 1998).

Rappel

À la lumière de ce qui vient d'être décrit sur la rétention et la répétition des informations, nous comprenons que lorsque nous essayons de nous rappeler les événements passés, nous ne retrouvons en fait que leur dernière modification. Et qui plus est, nous interprétons cette dernière modification à la lumière du contexte présent (reconstruction de la mémoire, Laurence et Perry, 1988). Lorsque nous nous *souvenons* consciemment, le milieu, le contexte, dans lequel nous nous trouvons exerce une forte influence sur la nature et sur le mécanisme du *rappel*. En effet, la mémoire n'existe pas sans contexte et comme celui-ci est voué, par la force des choses, à changer constamment, il ne peut, en aucun cas, y avoir de mémoire fixe ou absolue. Hors du présent, la mémoire n'existe pas. (Hacking, 1998)

Bien que subjective et constamment reconstruite, la mémoire est un mécanisme raisonnablement fiable dans la vie quotidienne et cela probablement parce que fonctionnant dans un contexte où les repères sont relativement stables. D'autre part, plus les événements vécus sont importants, plus les informations que nous en retenons vont être répétées et modifiées et plus nous nous souvenons des éléments centraux de ces événements. Sur le long terme, de nombreux détails peuvent nous échapper mais le cœur du souvenir (l'événement cible) reste en général exact. Nous pouvons, par exemple, oublier quelle était la paire de

chaussures que nous portions lors de notre mariage sans oublier pour autant que nous nous soyons marié (Laurence et Perry, 1988).

Construction de la narration

Comment les fragments d'informations et de vécu qui émergent lors du rappel prennent-ils place dans le vécu du sujet ? Par une forme de langage particulièrement compréhensive et efficace : la métaphore narrative. La mémoire et la remémoration sont plus satisfaisantes pour nous sous la forme d'une narration qui est capable de donner une cohérence et une structure logique aux fragments rappelés. Boucher (cité dans Tocquet, 1981) nous dit que « il nous arrive à tous, racontant un événement, de modifier nos souvenirs, soit involontairement par suite d'une défaillance de mémoire, soit même délibérément pour rendre par exemple notre récit plus intéressant ou plus dramatique ; si nous racontons plusieurs fois le même récit, nous finissons par incorporer des détails imaginés aux détails réellement perçus, et désormais, les premiers font aussi bien partie que les seconds de notre souvenir. Il n'est aucun homme, si scrupuleux qu'il soit, qui ne soit amené, par des préjugés ou des sentiments inconscients, à modifier ainsi ses souvenirs au moyen de son imagination, à substituer des souvenirs vrais, sans être en état de distinguer les uns des autres. » C'est bien ainsi que Tartarin de Tarascon, dans le roman de Daudet, à force de raconter qu'il était allé à Shanghai, avait fini par le croire...

Le moment du rappel, tout imprégné qu'il est, tant au niveau du corps que des émotions, des strates successives de *recréations* subjectives introduites depuis la perception initiale de l'information, contribue puissamment à notre sentiment d'identité. Ainsi, la puissance fragile de la mémoire donne un sens général à notre identité et à nos origines, même si elle cache la plupart des épisodes spécifiques qui ont contribué à nous construire (Schacter, 1999). Nous constituons nos âmes en fabriquant nos vies, c'est-à-dire en entrelaçant les histoires de notre passé, en combinant ce que nous appelons nos souvenirs au reste du monde et aux histoires des autres personnes. Les récits que nous faisons de nous-mêmes, à nous-mêmes, ne sont pas le contenu fidèlement enregistré de ce que nous avons fait et de la manière dont nous l'avons ressenti. Leur rôle réel semble surtout résider dans la *création* d'une vie, d'un caractère et d'un moi (Hacking, 1998).

Trois aspects particuliers de la dynamique de la mémoire

Souvenirs et mémoire autobiographique

Comme nous avons pu le comprendre par les divers processus propres à la mémoire, les souvenirs ne sont pas immuables mais sont des reconstructions opérées sur le passé et en perpétuel remaniement (Tversky,

2000), ce qui nous donne un sentiment de continuité, la sensation d'exister dans le passé, le présent et le futur. Ainsi notre « passé », que nous prenons pour un ensemble de souvenirs, est en réalité une entité nouvelle, une impression qui résulte d'événements réels et de réminiscences du passé constamment modifiées. Lessing⁵ illustre cela par l'image d'un lissage, d'un polissage et de couches successives de peinture de couleur fraîche jusqu'à ce que le souvenir d'une scène fasse son entrée dans l'histoire du sujet. La mémoire autobiographique, constituée de nos souvenirs, représente avant tout une dynamique de reconstruction et de perpétuelle *recréation* du passé au service du présent. Le caractère subjectif du souvenir a un rôle crucial à jouer dans cette dynamique : il nous signifie qu'un souvenir ou une connaissance nous appartiennent et qu'ils sont donc un élément constitutif de notre identité.

Flash-back

L'expression *flash-back* ou souvenir-éclair (terme emprunté au cinéma) désigne, de manière imagée, l'illumination soudaine et très vive d'un souvenir par le rappel immédiat d'une multitude de caractéristiques du contexte. Ces souvenirs se maintiennent longtemps et produisent un grand sentiment de certitude quant à la véracité de son contenu, tant celui-ci apparaît clairement (Luminet, 2000). La vivacité de ce type de rappel amène de nombreuses personnes à croire que le *flash-back* serait un type de remémoration tout à fait particulier qui, contrairement aux souvenirs ordinaires, aurait la caractéristique de restituer des informations authentiques sur des situations particulièrement émouvantes ou surprenantes (Brown et Kulik, 1977). Cette croyance a amené de très nombreux thérapeutes à clamer l'authenticité des *flash-backs* apparaissant chez leurs patients qui livraient un contenu de traumatismes (en particuliers sexuels) généralement liés à la petite enfance. Ils incitent ainsi leurs patients à prendre ce contenu pour vrai.

Le mythe de l'authenticité du *flash-back* semble trouver son origine dans les expériences du neurochirurgien Penfield (1970 ; 1972) qui pensait avoir découvert la preuve irréfutable de l'existence, dans la mémoire, de souvenirs permanents en stimulant électriquement la surface du cerveau de ses sujets. En effet, par ce procédé, il obtenait d'eux la restitution d'un *flash-back* mnésique qui s'intensifiait avec la répétition rapide des stimulations (Rosenfield, 1989). De nombreuses recherches ont suivi pour aboutir finalement au constat que ces flash-backs sont en fait

5. « Chaque fois que son cerveau se mettait à chercher partout et à fourrager ainsi, s'efforçant désespérément d'agripper quelque chose de solide, elle se laissait aussitôt dériver – comme elle le fit cette fois encore – dans les délices de son enfance, en s'attardant sur une scène ou une autre qu'elle avait eu tout le temps de lisser ou de peindre aux couleurs les plus tendres, jusqu'à en faire une histoire commençant ainsi, Il était une fois une petite fille qui s'appelait Alice, avec sa maman Dorothy... » Doris Lessing (1986).

constitués de fragments ambigus du vécu immédiat et/ou de remaniements contemporains de la narration à partir d'éléments rattachés à l'environnement immédiat qui n'ont pourtant aucun lien ou ressemblance avec l'expérience antérieure qui est évoquée. L'expérience de Mahl, Rotenberg, Delgado et Hamlin (cités dans Rosenfield, 1989) portant sur la reconstitution mnésique activée par une stimulation électrique cérébrale a permis de conclure que « le contenu mental du patient au moment de la stimulation » détermine le contenu des souvenirs-éclairés. Finalement, ces prétendus souvenirs semblent tout simplement formés des pensées et des idées survenant juste avant et pendant la stimulation. Confirmant ce qu'écrivait déjà Valéry (1973) : « ...ce que l'on a véritablement vu (...) revient comme un éclair, qui conduit au souvenir faux et conforme aux conventions significatives. » Il apparaît donc clairement, à la lumière des nombreuses recherches menées dans ce domaine (Frankel, 1994 ; Laurence et al., 1998), que le *flash-back* n'est rien de plus que la remémoration d'une scène particulièrement perturbante qui ne diffère pas particulièrement de la mémoire en général et par conséquent ne présente pas de privilège spécial. De plus, de nombreux *flash-backs* ne sont pas du tout douloureux, ils sont même tout ce qu'il y a de plus ordinaires (Hacking, 1998).

« Il y a des jours où tout ce qui m'arrive a l'air de m'être déjà arrivé, où tout ce que je fais, je me figure l'avoir fait il y a longtemps », écrivait Daudet (1901). Très proches du *flash-back* sont les impressions de *déjà vécu*, *déjà-vu*, *déjà entendu*, tant dans l'intensité et l'étrangeté suscitées chez le sujet que dans le fait que celui-ci a souvent la conviction qu'elles sont vraies. C'est sur cette impression de déjà vécu que certaines personnes croient pouvoir s'appuyer pour prouver l'existence de vies antérieures. Dans le *flash-back*, le présent reste inchangé car totalement supplanté par une reminiscence, une expérience attribuée au passé. Le passé est revécu provisoirement à la place du présent. Dans le *déjà vécu*, le présent est transformé par l'intrusion du passé, il est vécu dans le passé et s'y trouve projeté. Delay (1950) parle ainsi d'une « hallucination du présent » alors que Freud (1997) décrivait ce phénomène comme « une reconnaissance vraie camouflée en faux souvenir ».

Oubli, amnésie et refoulement

L'oubli représente la face cachée de la mémoire et, compte tenu de l'incidence qu'il peut avoir sur la définition de l'individu moderne, il est rarement évoqué en tant que faculté ou aptitude, mais plutôt comme une sorte de défaut qui emprisonnerait une part de vérité que l'on cherche à récupérer. C'est ainsi que l'on conçoit encore de nos jours le phénomène des amnésies, qu'elles soient neurogènes ou psychogènes.

Le *syndrome amnésique* consécutif à une lésion cérébrale est à l'origine de nombreuses informations sur la mémoire. En effet, le courant

pathologique des recherches a fait du syndrome amnésique son repère principal pour la compréhension des mécanismes de la mémoire. Il a ainsi pu mettre en évidence la différence, maintenant bien connue, entre mémoire antérograde (mémorisant en progressant dans le temps depuis un événement) et rétrograde (amenant des informations antérieures à l'événement). Un traumatisme craniocérébral avec perte de conscience provoque classiquement une amnésie rétrograde qui empêche de se souvenir des circonstances qui ont précédé le traumatisme.

Mais on s'est également aperçu que, dans les cas de lésions cérébrales entraînant d'importantes amnésies, même si les patients ont de très sérieux problèmes de mémoire, ils ne sont pas pour autant totalement incapables d'enregistrer de nouvelles informations. Ils gardent, par exemple, des capacités préservées d'apprentissage, mais qui restent souvent inconscientes. Ils peuvent se souvenir du contenu de leurs séances d'apprentissage mais pas de la séance elle-même. En d'autres termes, la mémoire peut aussi fonctionner et être opérationnelle indépendamment de la conscience. Cette particularité a amené Milner (cité dans Schacter, 1999) à parler de mémoire explicite (consciente) et de mémoire implicite (non consciente).

Une autre forme d'amnésie, dite *psychogène*, peut apparaître à la suite d'un grave traumatisme affectif. En réalité, cette forme d'amnésie est très rare et il n'y a, dans ces cas et contrairement aux amnésies neurogènes, pas de dissociation entre mémoires rétrograde et antérograde. Des îlots de souvenirs réapparaissent par contre souvent sous forme de *flash-back* activés par une *clé d'accès*, par exemple un nom, un mot, un visage, une période de sa vie, etc. (Chapelle, 2000-b).

L'amnésie psychogène a suscité, à la fin du XIX^e siècle, l'intérêt de nombreux neuropsychiatres et, en particulier, celui de Freud et de Breuer (1956) qui placèrent cette manifestation au cœur de la définition de l'hystérie. En 1896, Freud expose, avec Breuer, sa théorie selon laquelle les troubles de ses patientes hystériques seraient dus à des violences sexuelles subies dans l'enfance; violences qu'elles avaient oubliées et dont le souvenir resurgit en cours de thérapie. Dix-huit mois plus tard, en 1897, Freud se ravise et affirme qu'il ne s'agit, en fait, pas de violences sexuelles subies remémorées mais, plutôt, de fantasmes nés de pulsions refoulées dans le passé. C'est ainsi que fut posée la pierre angulaire de l'édifice psychanalytique et de sa théorie sur l'inconscient, les instances psychiques et leurs dynamiques : le refoulement. Depuis, ce concept est devenu le *paradigme*, la *boîte noire*, donnant consistance aux oublis systématiques d'événements traumatiques à répétition.

Mais, au fait, a-t-on pu vérifier la réalité du refoulement ? Non, à ce jour et à la lumière de plus de quatre-vingts années de recherches, le processus mnémonique défini par la notion de refoulement n'a trouvé aucune validité scientifique (Spanos, 1998). En fait, en l'absence de

traumatisme crânien sévère amenant la perte de conscience ou sa détérioration momentanée, l'amnésie globale est improbable (Pope et al., 1998). La littérature sur la mémoire des événements traumatiques montre qu'en général, les individus traumatisés vont garder, en tous les cas, un souvenir partiel des événements (Laurence et Perry, 1988). Mais ce souvenir partiel va ensuite se modifier considérablement avec le temps, respectant la dynamique propre de la mémoire que nous avons déjà évoquée avant. Finalement, ce souvenir partiel réapparaîtra souvent sous forme de *flash-back*, par exemple dans un contexte thérapeutique. L'ensemble des nombreuses recherches sur le refoulement a permis d'aboutir à l'un des rares consensus de certitude sur la mémoire : « *seul un souvenir présent depuis toujours reste partiellement vrai* » (Loftus et Ketcham, 1997). La résurgence d'un souvenir perçu comme longtemps oublié a de fortes chances d'être, en fait, un *souvenir-leurre*.

Mémoire sous influence et suggestibilité

Chacune des quatre étapes de la dynamique de base du processus mémoriel que nous avons passées en revue est sujette à des influences suggestives inévitables, ces dernières faisant du reste intégralement partie du mécanisme mémoriel lui-même (Laurence et al., 1998). Ainsi, si la mémoire est en général fiable, elle n'en est pas moins sujette à de nombreuses influences. Nous savons qu'une forme de mémoire dite implicite est opérationnelle en dehors du champ de notre conscience et qu'elle modifie nos souvenirs. Plus un souvenir est vague, plus il est facilement modifiable (créations *de novo* rendant la narration plus cohérente) et certains souvenirs peuvent même être créés de toutes pièces (Laurence et Perry, 1983). Comme nous allons le voir maintenant, plusieurs formes d'influences agissant sur la dynamique des souvenirs ont été décrites.

La désinformation ou contamination

Une information erronée (nouvelle ou redécrite), intégrée après coup au récit d'un événement, peut devenir partie intégrante des rappels ultérieurs de cet événement ainsi que l'illustre l'expérience de Hyman (1999 ; 1997). Censés étudier les souvenirs différents qu'ont les gens d'un même événement, des chercheurs ont évoqué avec un certain nombre de volontaires et leur famille, plusieurs événements réels de leur enfance, auxquels ils ont ajouté un souvenir fabriqué (par exemple, du vin renversé sur les habits d'un parent lors d'un mariage). Au cours du premier entretien, aucun des sujets interrogés ne se souvient de l'événement inventé. Mais à la seconde rencontre, 20 % disent se remémorer ces faits. À chaque séance de *rappel*, cet élément fictif s'incruste encore

jusqu'à devenir partie intégrante du souvenir. À titre d'exemple, il faut savoir que cet effet, dit de *désinformation*, est considéré comme l'un des plus validés par la littérature scientifique sur la question du témoignage oculaire (Laurence et al., 1998 ; Laurence et Perry, 1988 ; Loftus et Ketcham, 1997 ; Loftus, 1993).

Croyances et attentes face au rappel (biais de confirmation)

Prenez l'exemple d'une personne qui ressent un malaise ou une souffrance existentielle aux contours flous. La *mode* du moment parle des traumatismes infantiles (ou des abus) comme cause fréquente de certaines souffrances de l'adulte (névroses, dépression, anorexie-boulimie, hystérie, personnalités multiples...). Cette personne se dit que la clé de son malaise doit donc se trouver enfouie dans son passé et se demande comment elle peut y accéder (contamination ou contagion sémantique⁶). Se souvenant de scènes de films dans lesquelles les protagonistes utilisaient l'hypnose pour *remonter inconsciemment dans le temps*, elle se met aussitôt en quête d'un hypnothérapeute. Elle se rend finalement chez ce thérapeute, non pas pour en finir avec son malaise aux contours flous mais pour trouver, par l'hypnose, le traumatisme survenu dans son enfance qui est à l'origine de son malaise (croyance et attente face au rappel). Une fois la transe induite, resurgit le vague souvenir d'une scène de l'enfance jusque-là oubliée. Encore vague, cette scène reste obscure, donnant l'impression d'avoir été longtemps enfouie. Comme il n'existe aucune structure de sa conscience qui puisse déjà codifier cette scène, la personne commence spontanément à la peindre en utilisant les teintes de la palette du *traumatisme infantile* ou de l'*abus sur enfants* (redescription générique mais rétroactive). Cette personne aura ainsi reçu la confirmation de son soupçon, ce qui rend l'idée du traumatisme ou de l'abus dans l'enfance véridique (biais de confirmation). Ainsi, cette scène n'est-elle pas simplement *lissée, polie, repeinte*, comme cela arrive dans tout souvenir d'événements importants, mais elle est en outre peinte avec les teintes issues d'une palette particulière qui a pour nom traumatisme infantile ou abus sur enfants (Hacking, 1998). Le malaise initial et la scène mémorisée auront ainsi été totalement contaminés par les mots *traumatisme infantile* ou *abus sur enfants*, même sans aucune suggestion manifeste de la part du thérapeute⁷.

6. D'autres formes de contagion se retrouvent par exemple dans la dynamique identificatoire qui permet de donner réponse à une souffrance par le biais des tests psychologiques dont regorgent les magazines ou les groupes de *self-help*.

7. Les suggestions provenant du milieu social sont beaucoup plus nombreuses que celles qui viennent du thérapeute (Hacking, 1998).

Validation par une tierce personne (renforcement)

La présence, lors de la remémoration, d'une tierce personne a une influence considérable et cela, d'autant plus que cette personne est affectivement significative ou que sa fonction exerce un certain ascendant sur le sujet (médecin, thérapeute, juge, policier, etc.). Cette dernière catégorie de personnes est généralement créditée d'un statut d'*expert* qui confère une valeur de vérité à sa parole ou à sa prise de position quant au contenu remémoré. En ce sens, le contexte thérapeutique est, évidemment, particulièrement influent.

Dans l'expérience de Kassir, par exemple, dans un collectif de personnes que l'on accuse à tort d'avoir endommagé un ordinateur à la suite d'une erreur de manipulation, une très grande proportion d'entre elles commencera, à juste titre, par nier les faits. Mais si la fausse accusation est ensuite corroborée par un témoin, la plupart des sujets avouent... une faute jamais commise (Kassir, 1997 ; 1996). Si ce témoin est, en plus, un expert, il est facile d'imaginer l'influence accrue qu'il aura dans une telle situation. Les fameuses expériences de Milgram (1989 ; 1996) sur l'*autorité* de l'expert sont là pour nous le rappeler.

Difficulté ou impossibilité de vérifier les sources originales

Nous l'avons vu, la mémoire est plus satisfaisante pour nous sous la forme d'une narration. Moins les fragments du rappel de la mémoire sont nombreux ou cohérents, et plus l'imagination fera appel à des éléments nouveaux qui colmateront ainsi le narratif et lui donneront une cohésion acceptable. La mémoire reconstruit sans cesse ce qu'elle livre à la conscience et s'arrange toujours pour *colmater* les brèches liées à l'absence de faits mémorisés. Plus l'accès aux faits initiaux est difficile (absence de focalisation de l'attention sur ces faits au moment de leur déroulement, oubli, amnésie, absence de fait, etc.), plus le contenu narratif sera complété par des éléments surajoutés. En thérapie, la personne souffrante, qui cherche à se comprendre, se satisfait peu à peu (renforcement) d'une explication dont la principale obligation est d'être fidèle aux souvenirs qui proviennent de ses représentations génériques (contamination), ses attentes et de la redescription (biais de confirmation) qu'elle donne à son vécu jusqu'à, parfois, prendre cette explication créée de toutes pièces pour la vérité.

La redescription rétroactive

Même en admettant aujourd'hui que la mémoire n'est pas une caméra qui offrirait un enregistrement fiable du passé, que nous ne reproduisons pas en souvenir une séquence d'événements dont nous avons fait

l'expérience, que nous réarrangeons plutôt et modifions les éléments dont nous nous souvenons dans un ensemble qui prend sens, que nous y apportons des retouches, ajoutons, effaçons, combinons, interprétons et nuançons, nous considérons cependant toujours le passé comme une chose dont on aurait pu avoir un enregistrement fiable, pour autant que l'on ait eu à disposition des moyens suffisamment performants pour le saisir. Mais, même un tel arsenal ne pourrait jamais répondre à la question : Que font les protagonistes ? Quelle action humaine est en jeu à ce moment-là ? Une redescription du passé peut être parfaitement vraie, en ce sens qu'elle correspond aux vérités que nous affirmons aujourd'hui (Hacking, 1998). Elle peut cependant, paradoxalement, ne pas avoir été vraie dans le passé, c'est-à-dire ne pas être une vérité touchant les actions intentionnelles et ayant un sens au moment où ces actions furent commises. C'est ce que Hacking (1998) nomme la *redescription rétro-active du passé*. Cette notion « ne veut pas seulement dire que nous changeons nos opinions portant sur ce qui a été fait, mais que dans un certain sens logique, ce qui a été fait se trouve lui-même modifié. Lorsque nous changeons notre compréhension et notre sensibilité, le passé se remplit alors d'actions intentionnelles qui, dans un certain sens, n'étaient pas telles lorsqu'elles furent commises. »

Ainsi, une scène comprenant des actions humaines peut être investie de différentes significations à différents moments. Prenez l'exemple d'un service de néonatalogie, un enregistrement audiovisuel vous permet d'observer une intervention chirurgicale faite à un nouveau-né et vous constatez que l'intervention se fait sans anesthésie et le petit patient souffre. Vous vous en prenez alors violemment au chirurgien pédiatre mais vous vous rendez vite compte qu'il a aujourd'hui cinquante ans de plus... En effet, cette scène se déroulait il y a une cinquantaine d'années. À cette époque, ce médecin pratiquait conformément au savoir médical et à la déontologie de la profession qui considéraient alors le bébé comme un être inachevé, sourd, aveugle et insensible. On ne considérait alors pas qu'il puisse souffrir et par conséquent aucune précaution particulière n'était nécessaire. Depuis, les choses ont nettement changé puisque le bébé est devenu une personne à part entière (Martino, 1985) : il éprouve plaisirs et douleurs, enregistre déjà certaines informations (Rovee-Collier, 1997), s'exprime et présente des compétences qui lui sont propres; bref, il a droit aujourd'hui à tous les égards d'un être humain. Même si nous avons fait des progrès considérables depuis cette époque, faut-il pour autant aujourd'hui accuser ce chirurgien pédiatre de maltraitance à l'égard des nourrissons qu'il soignait ? Il ne pouvait alors être capable de conceptualiser ce qu'aujourd'hui nous considérons comme évident. Cet étrange mélange nous amène à des situations extrêmement délicates. En effet, si la notion de douleur chez le nouveau-né n'existait pas il y a cinquante ans, alors il n'était pas

possible à cette époque d'agir intentionnellement par rapport à cette notion. Ce n'est que plus tard qu'il devient vrai qu'à cette époque on accomplissait une action en référence à cette notion⁸. Il ne s'agit pas, en l'occurrence, de nouvelles découvertes sur le passé mais de la description d'une représentation actuelle, d'une reconstruction *a posteriori*, sur des actions passées.

La redescription rétroactive est un processus particulièrement subtil et difficile à cerner. Elle est, non seulement, très fréquente, mais aussi particulièrement troublante car une fois mise à jour, elle pose toute la question de l'indétermination de l'action humaine dans le passé (Hacking, 1998).

Techniques suggestives de rappel

Il est évident que toute technique ou procédure sollicitant la dynamique de rappel de la mémoire va inévitablement influencer le contenu des souvenirs comme nous venons de le voir. Pour rester dans le champ thérapeutique, de nombreuses techniques sont susceptibles d'activer ce type d'influences. Il s'agit de toutes les techniques ou modèles faisant référence au passé, favorisant sa réminiscence ou son interprétation à l'exemple de la psychanalyse, de l'hypnose utilisée spécifiquement à cette fin (régression en âge, vies antérieures, etc.), de *rebirth*, de l'analyse biographique, de la *neuralthérapie* et bien d'autres encore.

Considérations sur les propriétés mnésiques de l'hypnose

Hypnose et mémoire : la foire aux représentations

Parmi les nombreuses représentations sociales et culturelles que suscite l'hypnose depuis le XIX^e siècle, il en est toujours qui font référence à son action sur les processus mnésiques ou les souvenirs. Il y a, par exemple, la fameuse amnésie hypnotique qui permet d'oublier les souffrances ou, aussi, qui assure l'emprise totale de l'hypnotiseur sur l'hypnotisé. Bien connue aussi est la fameuse hypnose « sérum de vérité » qui suscite aujourd'hui encore la convoitise de certains systèmes judiciaires crédules et rétrogrades. Mais on connaît aussi l'hypnose comme moyen d'apprentissage extraordinaire, comme méthode mnémotechnique pour les étudiants ou d'acquisition de réflexes conditionnés pour les sportifs. Il y a aussi l'hypnose utilisée comme machine à remonter le temps, à retrouver les moments de la tendre enfance, de la naissance,

8. C'est bien ce dont il s'agit dans une interprétation analytique des étapes du développement infantile de l'analysant.

voire même des vies antérieures. Sans oublier l'hypnose utilisée comme moyen d'accès aux souvenirs refoulés (pour certains, vérités du passé) dans l'inconscient, au contenu de l'esprit caché par les troubles dissociatifs ou hystériques.

Si la plupart de ces représentations mettant en relation hypnose et mémoire ont pu être utilisées judicieusement dans le contexte thérapeutique sous la forme de métaphores, elles ont aussi causé, et causent toujours, des dommages graves dans la vie de nombreuses personnes souffrantes ou suspectées de crimes, lorsqu'elles sont prises pour la réalité. Nous le voyons bien, une telle panoplie de représentations, aussi ambiguës les unes que les autres, demandent clarification. Nous allons donc tenter de mieux comprendre l'influence que peut avoir l'hypnose sur les processus mémoriels et les souvenirs, en nous arrêtant aux cinq temps de la transe (voir figure 9.5) ainsi que sur les aspects contextuels de la communication hypnotique en relation avec la mémoire.

Effets de l'hypnose sur la mémoire et les souvenirs

Effets de la transe hypnotique sur la mémoire et les souvenirs

Cliniquement, les manifestations mnésiques de l'hypnose sont nettement observables. Ces manifestations font même partie de ce que nous nommons les indices de transe⁹. Parmi ces indices, nous retenons, en effet, l'*hypermnésie* (mémoire accrue), l'*amnésie* (inhibition, voire abolition de la mémoire) et enfin, la *paramnésie* (transformation, distorsion de la mémoire et des informations qu'elle contient). L'apparition fréquente des indices mnésiques de transe exige quelques explications. Nous allons, pour cela, passer en revue les cinq temps de la transe hypnotique, en les éclairant des différentes notions que nous avons déjà évoquées sur la mémoire. De troublantes similitudes vont ainsi s'offrir à notre observation et nous donner l'impression étrange de regarder un seul et même objet au travers d'une optique mais sous des aspects différents, à des mises au point différentes.

L'induction

L'induction d'une transe hypnotique consiste en une attention focalisée, et par conséquent sélective, prolongée. L'attention sélective se trouve être aussi au cœur du processus de perception-encodage qui initialise la dynamique de la mémoire. Ce qui caractérise l'induction hypnotique, c'est le maintien, sur une certaine durée, de cette attention focalisée et, du même coup, la prolongation de l'attention sélective qui initialise la dynamique mnésique. La corrélation est claire : seuls sont retenus les

9. Voir le chapitre 2 et plus particulièrement le tableau 2.2 – Indices fréquents de la transe hypnotique.

événements que nous avons perçus en y portant notre attention et plus ces événements sont pour nous significatifs et retiennent notre attention longtemps, plus ils auront la possibilité d'être présents dans notre mémoire. Donc, l'induction hypnotique donne à la mémoire une qualité d'attention très précieuse, peut-être celle souhaitée par Valéry (1973) « que de choses seraient transformées à nos yeux de l'esprit si la durée maxima de conservation de l'attention s'accroissait un peu ».

La perception a ceci de particulier que nous ne pouvons en avoir aucune sans l'associer aussitôt. C'est ce que relève aussi Bergson (1968), le philosophe, pour qui « la perception n'est jamais un simple contact de l'esprit avec l'objet présent ; elle est toute imprégnée des souvenirs-images qui la complètent en l'interprétant. » C'est, en d'autres termes, aussi ce que souligne Sacks (1989), citant Rosenfield pour qui « chaque personne est unique : ses perceptions sont, dans une certaine mesure, des créations, et ses souvenirs font partie d'une imagination toujours en mouvement. » Ainsi, cette prolongation de la durée de l'attention sélective, propre à l'induction hypnotique, intensifie certainement les associations qui s'opèrent automatiquement au moment de la perception et de l'encodage et, par la même occasion, la *tonalité subjective de la perception*. Pour Erickson (1980), « l'hypnose est en fait l'induction d'un état psychologique particulier qui permet aux sujets de réassocier et de réorganiser les complexités intérieures psychologiques dans une direction conforme aux items uniques de leurs propres expériences psychologiques ». Cette capacité de réorganisation, de réassociation est propre aussi à la dynamique de la mémoire, et l'hypnose vient ici la potentialiser.

La confusion

L'état transitoire de confusion qui intervient généralement lorsque l'induction est bien engagée amène implicitement un relâchement des associations cognitives qui réclament moins de cohérence et de logique explicite que durant un état de veille ordinaire. Ce relâchement permet alors des associations de perceptions, de représentations, de souvenirs et de pensées qu'un état de conscience ordinaire ne permettrait que peu, voire pas du tout. Les possibilités d'associations propres au processus mnésique de perception et d'encodage ne peuvent que s'en trouver démultipliées. Le champ des possibles, grâce à l'*imagination*, s'élargit alors à l'infini.

Dissociation, catalepsie et imagination

La transe hypnotique se caractérise par la dissociation mentale et la catalepsie (inhibition des mouvements volontaires du corps). L'imagination en est le pivot dynamique, prenant alors le pas sur la cognition, pivot de l'état de conscience ordinaire. L'imagination n'a, dès lors, plus rien d'une simple rêverie fantaisiste mais, potentialisée par le contexte et l'hypnotiseur qui maintient l'état d'attention, elle devient un nouveau

mode de perception ou, en d'autres termes, une nouvelle forme d'expérience vécue. Une expérience dans laquelle ce qui est habituellement perçu comme imaginaire est maintenant ressenti comme réel (Hilgard, 1974), dans laquelle le mot prend valeur de chose et l'intention, l'expression de son geste. En fait, le vécu l'emporte sur le réel. Tout ce qui se présente au vécu de la personne en transe, à sa conscience ou à sa perception possède dès lors les attributs de la réalité et peut devenir aussi vivant et percutant que si cette personne le vivait vraiment. La personne hypnotisée peut, par exemple, avoir l'impression de revivre dans l'instant une scène du passé, comme si elle s'y trouvait à nouveau réellement. Cette personne se sent souvent, même, assurée de la *véracité* du souvenir qu'elle vient de vivre (ou qu'elle vient de créer dirions-nous) (Laurence et Perry, 1988). Nous ne sommes là pas très loin de l'expérience du *flash-back* déjà évoquée.

Nous avons déjà vu comment la perception, l'encodage et la rétention sont potentialisés durant les temps de l'induction et de la confusion de la transe hypnotique. Cela se poursuit durant la transe elle-même qui du même coup potentialise aussi les dynamiques de rappel et de la narration de la mémoire.

Le *rappel*, tout d'abord, se fait plus facilement car pour qu'informations et souvenirs soient rappelés, il n'est plus nécessaire qu'ils passent par le filtre de la cohérence et de la logique qui caractérisent la veille ordinaire. La dynamique associative s'en trouve stimulée, et cela d'autant plus encore que l'imagination est alors très active. Cette combinaison, particulièrement créative, laisse évidemment une très large place à la subjectivité de la personne hypnotisée. Cette subjectivité donne une tonalité particulièrement intime et intense à l'expérience vécue et imprègne très profondément les informations que le processus mnésique va intégrer avec d'autant plus de vigueur.

Durant la transe, la *dynamique narrative* de la mémoire va pouvoir se développer avec une plus grande liberté, et cela pour les mêmes raisons que nous venons d'évoquer pour les autres étapes du processus mnésique. On le comprend dès lors aisément, l'imagination associée à la tonalité particulièrement intime qu'autorise la subjectivité alors prépondérante, vont laisser la part belle à la création et à la récréation narrative. En d'autres termes, le processus de récréation constamment à l'œuvre dans l'activité de la mémoire, et lui-même intimement lié tant à l'imagination qu'à la subjectivité, est fortement stimulé par l'hypnose qui lui offre des conditions particulièrement propices. Placées dans le contexte ancestral de l'art de la mémoire, de la *mnémotechnique*, les différentes propriétés de l'hypnose¹⁰ que nous venons d'évoquer, font

10. Dont font aussi partie la potentialisation de l'attente, de la curiosité, du suspens (Roustang, 2000).

de celle-ci une excellente méthode d'apprentissage pour l'acquisition de langues, de listes de mots, de textes, de gestes, etc. Les personnes douées de mémoire prodigieuse évoquent toujours la place centrale qu'occupe chez eux leur imagination et leur subjectivité.

Il nous faut maintenant aussi évoquer la place qu'occupe le corps en *catalepsie* dans la formidable dynamique de la mémoire en transe. Libéré de la volonté immédiate du sujet, le corps en transe peut se laisser aller à ses propres mouvements, à ses propres gestes et à sa propre chorégraphie. Or ces derniers résultent de tous les apprentissages, de toutes les adaptations, de toutes les répétitions, de tous les savoir-faire dont le corps dispose et qui vont, avec la transe, se laisser mouvoir par l'imagination alors souveraine. N'avons-nous pas là une des manifestations les plus puissantes de la *mémoire implicite*, hors du champ de la conscience et totalement inscrite dans le corps ? Catalepsie et mémoire implicite semblent se confondre totalement sous l'effet de la transe. Nous retrouvons là quelque chose que tous les virtuoses connaissent bien : au cours de l'apprentissage, l'expression de leur virtuosité s'est progressivement libérée de la cognition et de la volonté¹¹.

Rappelons aussi la place qu'occupe le *rite* (défini dans son sens large comme une succession répétitive de mouvements corporels), dans le processus mnésique en tant que possibilité de rappel, de récréation et de maintien en vie du souvenir ou de l'information mémorisée. Associons maintenant cette notion à celle, bien connue, de la transe rituelle que l'on sait être présente dans l'ensemble des traditions humaines. N'ouvrons-nous pas là une perspective si vaste qu'une seule étude n'y suffirait sans doute pas ?

Le retour

Cinquième temps de l'hypnose, le retour revêt une importance non négligeable. En effet, il est le moment qui va permettre le retour à la conscience ordinaire. Mais c'est aussi le moment crucial où l'expérience vécue en transe va s'intégrer et être une première fois rappelée dans le *quotidien ordinaire* du sujet. C'est donc le moment où la personne hypnotisée retrouve ses croyances, ses attentes implicites et explicites face à la transe et à la thérapie. C'est aussi le moment où le contexte thérapeutique et surtout le thérapeute (avec ses croyances) vont donner une tonalité spécifique à l'expérience vécue en transe et effectuer un renforcement suggestif de la trace que laissera celle-ci dans la vie du sujet.

Concluons sur ce point en retenant que l'hypnose stimule assurément et puissamment la mémoire précisément parce qu'elle potentialise l'imagination et le vécu subjectif du sujet hypnotisé. Si, comme le dit

11. Demandez à un mille-pattes comment il fait pour coordonner tant de membres au même instant lorsqu'il se déplace. Soyez certains qu'il trébuchera.

Loftus (1997), « la mémoire est de nature fluide et vaporeuse comme les nuages », l'hypnose n'est autre qu'un formidable nébuliseur aux mille couleurs.

Effets du contexte hypnotique et de la suggestibilité du sujet sur la mémoire et les souvenirs

Il est important de constater que l'influence suggestive de l'hypnose n'est pas limitée à la communication de suggestions par le thérapeute. La suggestion est inhérente à la situation hypnotique comme elle l'est à la situation thérapeutique en général. Le contexte dans lequel se déroule une séance d'hypnose (lieu de soins, scène ou salle de spectacle, lieu de voyance, lieu d'expériences paranormales, poste de police, etc.) est très important dans la mesure où il est déjà investi implicitement d'une attente significative (je ne me rends pas à un spectacle de cabaret pour soigner une souffrance mais pour voir un spectacle qui me fascine ou dont je suis curieux par avance). L'hypnose thérapeutique prend habituellement sa place dans une *atmosphère calme, détendue qui invite le sujet à relâcher le contrôle de la réalité de ses activités habituelles* aussi bien que sa responsabilité face aux comportements exprimés durant la transe. Un tel contexte peut être particulièrement propice, lors de la restitution de la remémoration (narration), à l'expression d'informations supplémentaires ou nouvelles que le sujet aurait pu considérer, dans des circonstances habituelles, comme trop incertaines pour être évoquées ou rapportées (plus grande liberté dans la narration).

Les *croyances* du sujet sur le type d'expérience qu'il peut trouver dans ce contexte sont aussi très importantes. Par exemple, s'il est convaincu qu'une séance d'hypnose va lui permettre de retrouver des événements véridiques de son histoire, il vivra comme réels les contenus apparaissant dans la transe. Lorsqu'un sujet a une croyance sur un incident passé, mais qu'il ne peut en obtenir une remémoration complète, l'activation de l'imagination et la diminution de la volonté de jugement critique, couplées avec la conviction que l'hypnose permet une remémoration plus exacte, amènent le sujet à visualiser ce qu'il croit être la résurgence réelle de son passé.

Un individu sous hypnose présente une *suggestibilité accrue* (Orne et al., 1988), en partie en raison de sa volonté de mettre de côté, le temps de l'expérience, ses fonctions évaluatives et critiques. La mémoire se retrouve par conséquent contaminée par la manière dont les suggestions sont formulées, aussi bien que par les remarques fortuites ou les signaux subtils de l'hypnotiseur. De surcroît, il devient impossible pour la personne hypnotisée de faire la distinction entre ces intrusions surajoutées et sa mémoire propre. Néanmoins, et pour en finir une fois pour toutes avec l'hypnose *sérum de vérité*, soulignons que, sans aucune connaissance ou entraînement particuliers, un individu peut, avec

succès, simuler le fait d'être hypnotisé alors qu'il est extrêmement difficile de détecter une telle intention. Qui plus est, même un sujet profondément hypnotisé reste capable de mentir. Enfin, il est possible pour un sujet de modifier volontairement ses remémorations sous hypnose (ou en feignant de l'être), dans un souci ou un effort d'accentuer l'apparence de sa coopération ou de détourner l'expérience à ses propres fins (Orne, 1961 ; 1988).

Dans ce contexte, les *croyances de l'hypnotiseur* deviennent aussi, par effet de *renforcement*, un élément suggestif de taille selon la validité ou l'importance qu'il accordera à l'expérience vécue en transe. Il peut, par exemple, renforcer chez le patient la conviction que les images créées en hypnose reflètent fidèlement la réalité historique, en ratifiant ces expériences comme telles, en l'encourageant à laisser des éléments de son passé revenir à lui comme des *clés de compréhension* de sa souffrance actuelle, par des rappels répétés lui suggérant de reconstruire un souvenir en vue de son élucidation. La transe active un véritable processus de (re)construction de l'histoire propre du sujet dans lequel l'imaginaire submerge largement le réel. Tout fragment historiquement valide présent à la mémoire sera aussitôt coloré des multiples teintes qu'offre la palette de l'imagination au point de se fondre dans un parfait trompe-l'œil ne permettant plus de distinguer le vrai du faux. La volonté du sujet d'accepter l'imaginaire comme une réalité durant l'expérience hypnotique peut par contre induire un très grand sentiment de confiance quant à la véracité des faits remémorés, identique à celle que l'on retrouve lors de l'apparition de *flash-back*. La richesse et la précision des informations produites durant la transe confèrent souvent, au regard des autres et plus particulièrement au regard de certains thérapeutes peu (in)formés, une crédibilité qui semble infaillible. Le *thérapeute* est alors lui-même fasciné par ce trompe-l'œil, le prend pour vrai et va ainsi, en retour, renforcer (par sa position d'expert) chez son patient ce sentiment de véracité.

Hypnose médicale et hypnose légale, l'impossible mariage

Parmi les représentations spectaculaires suscitées par l'hypnose, nombreuses sont celles qui ont pris place dans les annales médico-légales : crimes commis ou subis sous l'effet de l'hypnose ; séquelles que la transe aurait laissées chez certains sujets ; usage de l'hypnose comme moyen de coercition afin de contraindre une personne à se soumettre à un acte (souvent d'ordre sexuel) ; hypnose comme moyen utilisé par les autorités judiciaires pour obtenir des aveux (coercition) ou pour vérifier leur exactitude (*sérum de vérité*) ; hypnose comme moyen de remémoration pour l'identification de criminels (Laurence et Perry, 1988). Des victimes

s'en sont servies pour identifier leurs agresseurs¹² et certains criminels, ayant prétendu agir en état d'hypnose et ne se sentant pas responsables de leurs actes, l'ont utilisée pour faire état d'une responsabilité légale restreinte en vue d'une atténuation de leur peine. Enfin, il existe encore de nos jours et dans notre société occidentale des instances judiciaires ou policières encore suffisamment sous l'influence de ces représentations pour faire usage de l'hypnose à des fins d'identification ou pour l'obtention d'aveux (coercition). Elles le font encore alors que de nombreuses autres instances identiques ont, au contraire, pris des dispositions concrètes pour en interdire définitivement l'usage ou pour le réglementer (Laurence et Perry, 1988).

À notre avis, et à la lumière de l'ensemble des connaissances actuelles sur la mémoire et sur l'hypnose, l'usage des techniques hypnotiques est totalement incompatible avec les exigences de vérité qui doivent prévaloir dans un contexte juridique. Si le moindre doute devait encore subsister à ce sujet, l'histoire récente, et toujours actuelle, de l'épidémie des *souvenirs-leurres* que nous allons évoquer dans les paragraphes suivants, ne peut que renforcer la détermination que nous mettons à notre prise de position.

Le théâtre des souvenirs

Est-il vraiment important de savoir si ce dont nous nous souvenons a réellement eu lieu ? Dans la vie quotidienne, c'est pratiquement toujours important, ne serait-ce que pour s'orienter, reconnaître ce que nous avons fait avec autrui, rechercher nos effets... mais qu'en est-il des souvenirs apparents du passé lointain ? Il apparaît clairement, nous l'avons vu, qu'ils participent à la définition de nous-mêmes, de notre identité, aux représentations que l'on se fait d'autrui (reconnaître autrui, garder le souvenir) et qu'ils sont constitutifs de la notion de responsabilité (rendre compte des actes commis ou subis).

Mais la réalité de nos souvenirs en est-elle pour autant vraie, au sens de la véracité que l'on peut attribuer à ses contenus ? Le survol de l'ensemble des connaissances actuelles sur la mémoire nous montre bien à quel point, aussi réelle soit-elle, la mémoire ne peut, en aucun cas, être un indice fiable de vérité. Nous avons aussi pu nous rendre compte que l'immense travail de la mémoire n'est pas prioritairement impliqué dans une démarche portant sur l'erreur ou la vérité du souvenir. La mémoire crée et modifie les souvenirs qu'elle restitue et elle est

12. À la lumière des effets de l'hypnose sur la mémoire que nous venons de voir et du fait que plus de 50 % des erreurs judiciaires sont causées par une fausse identification (Laurence et Perry, 1988), on peut aisément imaginer les dégâts causés par une telle procédure.

particulièrement influençable dans cette dynamique (Hyman et Loftus, 1998). La mémoire peut ainsi construire ou reconstruire un souvenir de toutes pièces en lui donnant tous les attributs du souvenir véridique (Erickson, 1980 ; Orne et al., 1988 ; Ross, 1991 ; Spanos, 1998). Ainsi, les émotions liées à un souvenir et la confiance avec laquelle il est raconté ne sont pas les garants de la véracité historique de celui-ci (Sporrer et al., 1995). L'émotion avec laquelle un souvenir est raconté est un indice de l'état affectif présent au moment de la narration et non de la véracité des événements racontés. Le constat est clair mais ce qui l'est moins, est bien le fait qu'il y ait encore, dans les milieux thérapeutiques et judiciaires, tant de personnes pour croire que le contenu de la mémoire émergeant de l'oubli (soi-disant refoulé), en particulier avec les *flash-backs*, soit marqué du sceau de la vérité. Croyance qui est sans doute à l'origine d'une des plus grandes épidémies que la psychiatrie anglo-saxonne moderne ait connues, celle dite du *syndrome des faux souvenirs*. L'importance de l'usage de l'hypnose dans cette épidémie rend l'évocation de cette dernière incontournable dans la mise en relation de la mémoire avec l'hypnose.

Souvenirs-leurres, contre-souvenirs, faux souvenirs

Afin de clarifier les différentes distorsions qui apparaissent dans la production des souvenirs, Hacking (1998) nous propose de parler de la notion de *souvenirs-leurres* (*deceptive memory*) qu'il définit comme les souvenirs apparents ou l'absence de souvenir à propos de faits déterminés du passé. Ils comprennent trois catégories de souvenirs :

- le contre-souvenir fait référence à un ensemble de souvenirs d'événements dans le passé de quelqu'un qui n'ont jamais eu lieu. Ce n'est pas que les événements soient remémorés avec inexactitude (comme c'est souvent le cas). C'est plutôt le fait qu'aucun de ces événements ne s'est jamais réellement déroulé ;
- dans un simple faux souvenir, une autre personne remplirait par exemple dans le souvenir un rôle d'écran par rapport à une autre personne (par exemple, un oncle à la place du père). Ce qu'on appelle le « syndrome du faux souvenir » (*false memory syndrom*) devrait, en réalité, être appelé le syndrome du contre-souvenir car les souvenirs apparents ne sont pas seulement faux : ils contredisent toute réalité ;
- le mauvais oubli correspond au fait de supprimer les éléments fondamentaux du passé de quelqu'un qui font pourtant partie intégrante de son caractère et de sa nature. Il s'agit de supprimer consciemment et non de refouler (acte inconscient). Si cependant des souvenirs ont été supprimés de façon délibérée, quel que soit l'auteur ou la manière dont s'est faite cette suppression, il est légitime de penser qu'il s'agit d'un cas de fausse conscience de soi (notion que nous allons développer plus loin).

Une épidémie théâtrale et exemplaire

En 1962, aux États-Unis, une grande vague émotionnelle suit la publication d'un article sur « le syndrome des enfants battus ». Dans un premier temps, il n'est question que de *violences* dans les débats et rumeurs se développant autour de ce rapport. Rapidement, c'est le terme et la notion de *violences sexuelles* qui sont rajoutés suivis de ceux d'*inceste*. Cette vague émotionnelle et la contagion sémantique qui l'accompagne surviennent dans une période où le mouvement féministe, alors en plein essor, incite les femmes battues ou déprimées à chercher de l'aide. Nombreuses sont alors les femmes battues qui se rendent chez des psychiatres et psychothérapeutes. Beaucoup sont celles qui découvrent alors qu'elles ont été victimes, au cours de leur enfance, de *violences sexuelles* dont elles avaient refoulé le souvenir.

En 1973, paraît *Sybil* (Schreiber, 1975), témoignage qui raconte l'histoire d'une jeune femme qui, souffrant de trous de mémoire, s'adresse à la psychanalyste Wilbur (1984). Celle-ci découvre que Sybil ne souffre pas vraiment de trous de mémoire mais qu'elle héberge à son insu, seize personnalités différentes. Ces seize *alters* se seraient, selon la thérapeute, dissociés de la personnalité principale de Sybil afin de la protéger contre le souvenir des mauvais traitements, notamment sexuels, infligés depuis sa plus tendre enfance par une mère schizo-phrène. Avec le succès de ce livre débute la troisième phase de l'épidémie : celle du diagnostic de personnalité multiple (*Multiple Personality Disorder* ou MPD) dont le nombre explose littéralement. Voyez plutôt : en 1979, la littérature médicale ne recense que 200 cas aux États-Unis alors qu'en 1999, l'estimation se porte à plus de 50 000 (Bert, 1999). Cette troisième phase génère et dissémine alors d'autres épidémies : les *abus d'enfants*, les abus et *meurtres rituels d'enfants*, les *souvenirs retrouvés*, les *reniements de souvenirs retrouvés*. À titre d'exemple, le fameux témoignage de Michelle, en 1980, qui « se souvient » que ses parents l'avaient forcée à assister à d'horribles cérémonies sataniques. Ce livre connaît un grand succès reflété aussi par l'extraordinaire augmentation des accusations de satanisme : dans le milieu des années quatre-vingts, 25 % des MPD en traitement en font état.

Le quatrième temps de l'épidémie est une phase de renforcement. Devant ce flot montant de victimes qui retrouvent, souvent avec beaucoup d'émotions et de souffrances, le souvenir de *violences sexuelles oubliées*, les thérapeutes en viennent à se dire que Freud, à propos du refoulement, avait raison en 1896, et tort en 1897 (Coles, 1997-a) : il porte bien sur des violences réelles, et non fantasmées. Revenant au premier Freud, ces thérapeutes ont aussi retrouvé sa méthode : l'hypnose. C'est ainsi que l'on s'aperçoit que 74 % de ces *thérapeutes* selon une étude, 83 % selon une autre, recourent à l'hypnose et presque tous

insistent sur le fait qu'il faut, avant tout, croire les victimes (étude de Bottoms citée dans Bert, 1999). Ensuite, pour qu'elles retrouvent un sentiment de pouvoir sur leur propre vie, il faut les pousser à confronter leurs bourreaux, voire à les traîner en justice... Mais les faits reprochés sont souvent anciens et dépassent les prescriptions en vigueur. C'est sans compter sur la mobilisation des *victimes* et des *thérapeutes*, soutenue par l'opinion publique qui aboutit, entre 1993 et 1995, à ce que vingt-deux États américains se dotent d'une loi qui fait débiter le délai de prescription pour une action en justice à partir du moment où les faits sont découverts, et non à partir du moment où ils ont été commis. Ainsi, beaucoup de tribunaux choisissent de croire les plaignants, dès lors que des « experts scientifiques » (généralement des psychiatres) viennent affirmer à la barre que les souvenirs retrouvés sont certainement authentiques, même lorsqu'ils évoquent des meurtres de bébés lors de rites sataniques (Bottoms, 1997).

La cinquième et dernière phase amorcée depuis 1994 annoncerait-elle le retour à la raison et le déclin de l'épidémie ? En 1992, les parents désemparés s'unissent et créent à Philadelphie, la *False Memory Syndrome Foundation* (FMSF) et regroupent un grand nombre d'experts scientifiques. Tous s'en prennent à la théorie du « refoulement massif » et à la résurgence soudaine et exacte du refoulé. C'est ainsi qu'en 1994, dans l'affaire « Ramona », un père accusé par sa fille est autorisé pour la première fois à porter plainte contre les thérapeutes de celle-ci (Bert, 1999). La FMSF réclame dès lors qu'aucun témoignage alléguant des violences sexuelles ne soit admis en justice sans preuves à l'appui : aveux de l'accusé, autres témoignages, examen médical, preuves biologiques, etc. Malheureusement, ces preuves font souvent défaut et la preuve qu'un souvenir est faux est, quant à elle, quasiment impossible à apporter.

Depuis, les recherches se succèdent et révèlent l'ampleur de l'effet *trompe-l'œil* et des dégâts qu'il a occasionnés. Par exemple, en 1997, la FMSF a recensé tous les cas d'action en justice intentés par les victimes de violences sexuelles. Elle les a classés en fonction de leur âge au moment des violences alléguées : un tiers répondent entre 2 et 4 ans, et 35 % entre 0 et 2 ans ! Or, les recherches sur la mémoire montrent bien que les souvenirs sont rares avant 3 ans et inexistantes avant 2 ans en raison de l'*amnésie infantile* naturelle (Rovee-Collier, 1990 ; Williams, 1995). Dans le domaine du satanisme, les assassinats qui auraient, d'après tous les *souvenirs retrouvés*, été commis lors de rituels sataniques ont été additionnés. Au total 400 000 enfants en auraient été victimes durant la période concernée. Ce nombre rend impossible une dissimulation complète. Or, les enquêtes menées par la police et le FBI n'ont pas décelé la moindre trace de ces sacrifices de bébés (Goleman, 1994).

Face aux ravages de cette épidémie des souvenirs-leurres, il est maintenant important de préciser trois points sur lesquels nous devons nous appuyer :

- les abus sexuels et les violences sur les enfants existent et les cas dûment prouvés existent ;
- le phénomène spécifique du refoulement n'a jamais été démontré ;
- les souvenirs-leurres existent et ils sont reproductibles, on sait les fabriquer.

Le premier point ne nécessite aucune explication tant il est, malheureusement, évident. Les deux autres points ont déjà été traités précédemment. Reste à mieux comprendre le cœur de cette épidémie. Les regards pointent indiscutablement sur la *thérapie du refoulement*. Loftus et les chercheurs de la FMSF nous ont aidés à mieux connaître les mécanismes en jeu dans cette thérapie :

- le ou, plus souvent, la patiente vient consulter parce qu'il/elle a un problème : anorexie, stress, dépression... ;
- le thérapeute estime que ses symptômes peuvent avoir pour origine une violence sexuelle subie dans l'enfance (Coles, 1997-a ; Freud et Breuer, 1956). Il le dit. Si la patiente refuse ce point de vue, le thérapeute explique qu'elle agit de la sorte parce qu'elle a refoulé ses souvenirs ;
- le thérapeute aide la patiente à faire *remonter* à la surface ces souvenirs, au moyen de diverses techniques : hypnose, travail sur les rêves, imagerie mentale, injection d'un « sérum de vérité » (sodium amytal)... ;
- le thérapeute interprète les souvenirs de sa patiente en fonction de son hypothèse ;
- une fois que la patiente a retrouvé ses souvenirs, le thérapeute l'engage, soit à poursuivre sa thérapie et à y exprimer sa douleur et sa colère, soit à confronter son « bourreau » et, s'il nie, à rompre le contact avec lui, voire à le poursuivre en justice. Il la pousse également à rompre avec les membres de sa famille qui refusent de la croire.

Cette *thérapie du refoulement* est très répandue. Elle a conquis les États-Unis, avant de gagner l'Angleterre, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas. Dans un récent ouvrage, Campbell (1998) estime à plus de 750 000 le nombre de patients suivant cette thérapie aux États-Unis.

Face à ce désastre, le *Royal College of Psychiatry* anglais marque, en octobre 1997, un tournant en demandant à ses membres psychiatres « d'éviter de recourir à toute technique de « réactivation des souvenirs » qui soit basée sur l'hypothèse de violences sexuelles anciennes dont le patient a perdu le souvenir » (Coles, 1997-b). D'autres proclamations du même genre suivent, accompagnées de travaux (Pope et Brown, 1996). Tous vont dans le même sens : ils invitent les thérapeutes à *suivre leurs clients au lieu de les précéder et à n'exercer aucune pression sur eux*. Le constat des dégâts causés par cette épidémie pousse

actuellement beaucoup de thérapeutes à se demander si le fait d'inviter les patients à explorer, pendant des années, leurs souvenirs de violences sexuelles est le meilleur service à leur rendre. Même si ces souvenirs sont authentiques, ils se demandent s'il ne vaut pas mieux les faire travailler sur leurs émotions et leurs comportements dans le présent, *ici et maintenant* (Pope et Brown, 1996).

Conscience de soi, indétermination du passé et vérité

Avec l'épidémie des *souvenirs-leurres*, s'amorce une vaste remise en question de la notion de souvenir ainsi que des croyances, vraies ou fausses, qu'ils engendrent en relation avec autrui (parents, proches, agresseurs...). Mais qu'en est-il des fausses croyances qui ne concernent que soi ? Dans quel état se trouve la personne qui a formé un grand nombre de fausses croyances, au sujet de son propre caractère et de son propre passé ? N'aboutit-elle pas, comme l'évoque Hacking (1998), à une fausse conscience d'elle-même ? Fausse conscience de soi qui peut être soit autoengendrée, soit conditionnée par le milieu et, pire encore, par un thérapeute. Nous l'avons vu, la modernité qui a *inventé la mémoire de soi* a fait de cette aptitude un élément essentiel de la conscience que l'homme moderne a de lui-même, allant jusqu'à la considérer comme un véritable substitut de l'âme. Par conséquent, la mémoire participe largement aussi à la *fausse conscience de soi*, par exemple lorsqu'une personne fait entrer des *souvenirs-leurres* dans l'idée qu'elle se fait d'elle-même et dans ce qu'elle dit lorsqu'elle entreprend de se raconter.

Faire et refaire la narration des faits passés, les interpréter, les partager, les exprimer voire libérer les émotions qu'ils suscitent, n'est-ce pas sur cette dynamique-là que reposent la plupart des modèles psychothérapeutiques actuels ? Ils misent en effet sur l'effet curatif de la parole exprimant des émotions en référence aux événements déterminés du passé. La narration des faits du passé assure ainsi les beaux jours de l'industrie thérapeutique. Pourtant, la vertu thérapeutique de l'expression verbale des émotions liées au traumatisme (à l'exemple du *debriefing*) n'a jamais encore pu être démontrée (Finkenauer et Rime, 1998 ; Pennebaker, 1995 ; Rime et al., 1991).

Décrire et redécrire rétroactivement n'équivaut-il pas non plus à se souvenir, et se souvenir encore de la souffrance passée et finalement à inventer et réinventer... la souffrance ? Le passé auquel il est le plus souvent fait référence est-il encore perceptible si, comme nous l'avons vu, les éléments qui le déterminent ne peuvent lui être attribués que rétroactivement à partir du présent et selon la tonalité du moment ? Quelle valeur le passé remémoré peut-il bien avoir dans un contexte

thérapeutique puisque le passé remémoré n'est pas ce que le passé était au moment où il se déroulait, mais le simple résultat de ce que nous déduisons aujourd'hui qu'il fut ? Ainsi, avant de parler de vrai ou de faux souvenir, n'est-il pas nécessaire de nous demander quel crédit nous pouvons réellement accorder à notre passé ?

Les connaissances accumulées aujourd'hui sur la mémoire semblent plutôt nous orienter vers le postulat de l'indétermination du passé. L'exploration de ce postulat nous permet de poser autrement la question du souvenir dans la dynamique thérapeutique. Si nous inversions, par exemple, la question des *souvenirs-leurres* en nous demandant si dans le fond il ne s'agirait pas plutôt de mauvais oublis. L'idée n'est pas nouvelle ; revenons à un grand clinicien, Janet, pour illustrer le retournement de cette question (Hacking, 1998). En effet, Janet était passé maître dans l'usage systématique des *souvenirs-leurres* à des fins thérapeutiques. Chez ses patients souffrant des conséquences de traumatismes infantiles ou passés, il utilisait l'hypnose dans un premier temps pour mettre en lumière leur détresse avant de leur suggérer, dans un second temps, que l'événement traumatisant ne s'était tout simplement jamais produit. Cette manière de procéder donnait d'excellents résultats, mais le fait qu'elle induise l'oubli fait aujourd'hui d'elle une technique douteuse qui nuit à l'intégrité d'un moi qui s'appuie sur la conscience de son histoire. La pratique de Janet, efficace, est pourtant suspectée d'introduire une fausse conscience de soi.

Avec cet exemple, tiré de la clinique de Janet, il est temps pour nous de revendiquer une éthique du soin qui définitivement ne se base pas sur la question de la vérité (vrai/faux souvenirs ; vraie/fausse conscience de soi...) mais bien sur celle de la justesse (Hacking, 1998 ; Roustang, 2000). Alors que la vérité exige une dynamique d'exclusion (du faux, du mal), une rupture (une distinction) d'avec ce qui lui est antinomique, la justesse se place sous le signe du lien, de ce qui se met en accord, s'ajuste aux autres formes du monde. Dans l'exemple que nous venons de voir, Janet n'a-t-il pas su, au-delà de la question de la vraie ou de la fausse conscience de soi, mobiliser l'oubli afin de permettre la reconstruction d'une âme cohérente et en accord avec le monde environnant ? En quoi réside l'importance d'une thérapie ? Ce qui doit d'abord entrer en ligne de compte, n'est-ce pas de savoir si la personne qui vient consulter devient plus heureuse, est en accord avec elle-même pour retrouver l'autonomie et la liberté, devient un humain plus achevé, reconstruit, plus heureux et conscient de l'être, un humain relié aux autres humains et capable de vivre avec sa famille ses amis, dans le monde qui l'entoure ?

Ceci étant admis, importe-t-il de savoir si son âme reconstruite se souvient de son passé et de son moi avec fidélité ? Certainement pas, il suffira dès lors que la personne se sente en accord avec son passé, avec elle-même, avec son environnement. La référence de la justesse permet

du même coup de réhabiliter les vertus de l'oubli. Celui-ci peut en effet devenir un formidable liant au service de la cohérence de la personne dans son milieu et représenter une inestimable ressource au service de la thérapie.

Éloge du doute et de l'oubli

Le bouddhisme définit la souffrance comme l'impuissance à être soi (Hulin, 1993). Nous pouvons aussi supposer qu'elle soit l'impuissance à être un humain dans l'ici et maintenant de chaque instant de sa vie. Comment dès lors l'aider dans sa souffrance ? Le ramener à ses souvenirs, à son passé reviendrait à renier l'instant présent, cet instant dans lequel justement il se sent impuissant¹³. Clarifier l'instant, l'expliquer, l'amener à la raison en s'appuyant sur l'intuition et le savoir du thérapeute, éclairé par les théories sur lesquelles il prend lui-même appui ? Cela reviendrait à définir le monde du souffrant à sa place et donc à lui ôter la possibilité d'accéder à sa singularité, à ce qui fait de lui un être humain libre et autodéterminé. Or, n'est-ce pas dans la réappropriation de cette singularité que se cache la clé du changement ?

Mais alors, que peut-il bien rester à la thérapie et au thérapeute pour aider la personne souffrante ? L'incertitude du présent. Roustang (2000) décrit très justement le paradoxe auquel est confronté le thérapeute : « C'est bien lui, par son attente, qui crée et qui propose un espace et un temps où l'humanité pourra s'exercer, c'est son corps qui devra aiguïser tous ses sens pour que le corps de l'autre s'éveille, c'est sa personne qu'il lui faudra rendre présente sans protection et sans masque afin de ne donner aucune prise à la méfiance. (...) Mais comment le thérapeute peut-il à la fois être si important et si négligeable ? Sans doute en l'étant d'abord pour lui-même, si important parce qu'il doit tenir debout seul sans aucun appui, si négligeable parce qu'il ne saurait revendiquer ni le respect ni l'attention. Assuré seulement par un doute radical, il peut reprendre à son compte les mots bien connus de Villon : « Rien ne m'est sûr que la chose incertaine. »

Cette présence humaine, totalement ouverte à l'autre, que peut apporter le thérapeute, qui ne laisse aucune prise à la méfiance et qui s'appuie sur un doute radical, ne peut se réaliser que dans l'instant de la relation humaine. Ainsi, le moment de la relation thérapeutique peut devenir le creuset d'un véritable changement.

13. Il est intéressant d'insérer ici ce que dit Hulin (1993) de la notion de temps. Pour lui, l'asymétrie constitutive du temps (entre le plus tôt et le plus tard, l'antérieur et le postérieur) vient sans doute du fait d'imaginer gratuitement un « mieux » en lieu et place du présent, c'est-à-dire du réel. Mais cette intuition amène de fait à mépriser ce présent en tant que tel, à le refuser, à le repousser, à le constituer déjà en passé, en dépassé.

Et l'hypnose dans tout cela ? Tant impliquée dans l'épidémie des *souvenirs-leurres*, n'est-elle pas totalement incompatible avec une telle position ? Certainement pas, cette épidémie n'a pas mis en évidence les méfaits de l'hypnose mais bien ceux des *a priori* rigides (tant sur la mémoire que sur l'hypnose), des dogmes et de l'excessive prétention des *thérapeutes* qui en ont fait usage. Ces *thérapeutes*, nous l'avons vu, prennent le vécu pour des faits exacts, l'imagination et la mémoire pour un matériel audiovisuel enregistrant et restituant ces faits, le passé pour une évidence et, finalement, leur manière de voir le monde pour vérité. Le présent et la singularité du patient sont, d'un seul tenant, évacués. Il s'agit donc de ne pas confondre l'hypnose avec l'emploi qu'en font des *thérapeutes* devenus dangereux par une rigidité et une prétention excessives.

L'hypnose thérapeutique ne se préoccupe nullement d'interpréter, c'est-à-dire donner ou ajouter un sens à des phénomènes. Elle n'est pas plus subjective qu'objective et n'éprouve nulle nécessité de faire appel au passé. Elle nous offre, au contraire, une extraordinaire possibilité d'aborder la souffrance dans l'instant et au cœur de la relation humaine. En effet, ce qui est mis en pleine lumière par l'hypnose n'est rien d'autre que la labilité de la perception et des comportements humains et donc aussi de la mémoire et des souvenirs. Le relâchement des associations, le changement des perceptions ne peuvent qu'introduire le doute. Il ne s'agit pas ici d'un doute débouchant sur l'absence et le vide de la raison, mais du doute que l'imagination remplit de ses mille possibilités. L'hypnose potentialise ainsi le formidable moyen qu'a l'humain de jouer avec ses perceptions, avec sa mémoire, ses souvenirs, ses oublis, ses apprentissages. Elle introduit la diversité dans le jeu de la relation humaine, et pour que celui-ci puisse s'épanouir, il est indispensable que le thérapeute y participe, non pas comme arbitre ou juge mais bien comme joueur, pour reprendre une notion bien connue de Winnicott (1997)¹⁴. Le doute radical du thérapeute devient du même coup le garant de la place accordée à l'autre, au patient. Le doute accorde la liberté du jeu, tout en permettant à la fois une intense attention à l'autre (propre à la relation hypnotique) et une totale présence à l'autre (humanité assurée) (Roustang, 2000). Le doute devient du même coup une ressource thérapeutique qui introduit une faculté d'adaptation extraordinaire même pour le patient. En effet, selon Hulin (1993), « si nous parvenons à douter sérieusement, ne serait-ce qu'un instant, du caractère intrinsèquement

14. « Le principe général qui me paraît valable est que la psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. Si le thérapeute ne peut jouer, cela signifie qu'il n'est pas fait pour ce travail. Si le patient ne peut jouer, il faut faire quelque chose pour lui permettre d'avoir la capacité de jouer, après quoi la psychothérapie pourra commencer. Si le jeu est essentiel, c'est parce que c'est en jouant que le patient se montre créatif. » (Winnicott, 1997).

douloureux du stimulus (par exemple une piqûre d'insecte) avec lequel nous sommes en contact, nous avons une chance de voir ce doute immédiatement faire tache d'huile et la douleur se volatiliser ».

Ceci est plus évident en prenant appui sur l'attente du changement, c'est la présence humaine assurée du thérapeute dans sa capacité à faire face à tous les dérèglements possibles de l'existence qui permettra l'épanouissement de la labilité induite par la transe. Et c'est cette labilité qui d'elle-même remettra en mouvement la vie là où elle s'est arrêtée ou sclérosée (sur une souffrance, un drame, une mauvaise expérience, un dysfonctionnement, etc.) figeant avec elle la conscience, les pensées, la mémoire.

Les apparitions, dans l'instant d'une séance d'hypnose, d'un comportement ou d'une expérience infantile (*régression en âge*), de souvenirs (remémorations), de *flash-backs*, d'expériences attribuées au passé (reviviscences) prennent ainsi place comme une des formes que prend le jeu de la labilité autour du changement attendu. Il ne s'agit ni de la réponse à une énigme enfouie, ni de la révélation d'une quelconque vérité sur le passé mais bien de la mobilisation, de la mise en mouvement de cette humaine labilité qui s'active en vue d'un changement dont la clé ne peut se trouver que dans la singularité du patient et non pas dans le savoir ou la technique du thérapeute.

Cela revient-il à dire que les techniques utilisées en hypnose, comme la *régression en âge* ou celle des *passerelles affectives*¹⁵ ne servent à rien puisqu'elles ne sauraient être imposées au patient hypnotisé ?

Si une telle technique précède l'expérience du patient, qu'elle est imposée comme un *thème* que le thérapeute choisirait pour une séance, il est alors évident que le jeu n'est plus possible, un des participants – en l'occurrence le patient – ayant ainsi perdu toute sa liberté. Appliquer ces techniques à la lettre, ou à la manière d'une recette, reviendrait à ne regarder que le doigt du sage qui pointe la lune qu'il nous invite à admirer. Par contre, si une telle technique est utilisée par le thérapeute, une fois le jeu amorcé et dans le seul instant de la séance, comme une ressource ou une stratégie d'adaptation aux mouvements de jeu du patient, elle peut devenir un outil qui s'intègre à un comportement pertinent et subtil. Insistons finalement sur l'importance particulière qu'il est nécessaire d'accorder à l'apprentissage de ces techniques. En effet, ces dernières sont d'excellents exercices pratiques de transe qui permettent de se familiariser avec les particularités de la mémoire et des souvenirs de la personne hypnotisée. Cet apprentissage permet de garnir la palette des possibles du thérapeute afin qu'il se prépare à assurer sa place dans la relation thérapeutique face aux dérèglements de l'existence, aussi particuliers soient-ils. En d'autres termes, ces techniques ne doivent pas lui servir à prendre possession du jeu mais bien à devenir un meilleur joueur.

15. Voir les outils n° 29 et 30 de la « petite boîte à outils » de l'hypnothérapeute.

Pour autant que le doute soit le point d'appui du thérapeute, l'hypnose devient un formidable outil de soin qui permet d'amplifier ce que la mémoire fait déjà d'elle-même : réinventer le passé. Réinvention qui représente autant d'occasions pour la personne en transe de se mettre en accord avec sa propre histoire, sa propre souffrance, quitte, pour cela, à se permettre l'oubli. Du miroir aux alouettes qu'elle est entre les mains de ceux qui ne se targuent que de certitudes, l'hypnose peut devenir, entre les mains de celui qui s'assure d'un doute créateur, un véritable levier thérapeutique... le lieu de rencontre où « la mémoire attend l'intervention du présent » (Valéry, 1973).

Références

- Bergson H. (1968), *Matière et mémoire : essai sur la relation du corps à l'esprit*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Bert C. (1999), Les faux souvenirs. *Sciences Humaines*, n°97, 23-25.
- Bottoms B.L., Davis S.L. (1997), The creation of satanic ritual abuse. *Journal of Social & Clinical Psychology*, n°16, 112-132.
- Brown R., Kulik J. (1977), Flashbulb memories. *Cognition*, n°5, 73-99.
- Campbell T.W. (1998), *Smoke and mirrors : the devastating effect of false sexual abuse claims*. New York, Insight Books/Plenum Press.
- Chapelle G. (2000-a), Histoire de la mémoire. *Sciences Humaines*, n°107, 22-23.
- Chapelle G. (2000-b), Les leçons de l'amnésie. *Sciences Humaines*, n°107, 27.
- Coles H. (1997), Sigmund Freud sur la sellette. *Le Monde*.
- Coles H. (1997-a), Vraies victimes et faux souvenirs des abus sexuels. *Le Monde*.
- Daudet A. (1901), *Études et souvenirs*. Paris, A. Houssiaux.
- Delay J. (1950), *Les dissolutions de la mémoire*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Delorme A. (1982), *Psychologie de la perception*. Paris, Montréal, Études vivantes.
- Douglas M. (1992), The person in an enterprise culture. In : Heap S.H. *Understanding the enterprise culture: themes in the work of Mary Douglas*. Edinburgh, Edinburgh University Press.
- Edelman G.M. (2000), *Biologie de la conscience*. Traduit par A. Gerschenfeld. Paris, Odile Jacob.
- Erickson M.H. (1980), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*. New York, Irvington.
- Finkenauer C., Rime B. (1998), Keeping emotional memories secret : health and subjective well-being when emotions are not shared. *Journal of Health Psychology*, n°3, 47-58.
- Foucault M. (1966), *Les mots et les choses*. Paris, Gallimard.
- Frankel F.H. (1994), The concept of flashbacks in historical perspective. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, n°42, 321-336.
- Frederic C.B. (1995), *Remembering: a study in experimental and social psychology*. Cambridge UK, New York, Cambridge University Press.
- Freud S. (1997), *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Traduit par B. Féron. Paris, Gallimard.
- Freud S., Breuer J. (1956), *Études sur l'hystérie*. Traduit par A. Berman. Paris, Presses Universitaires de France.
- Goleman D. (1994), *Proof lacking for ritual abuse by satanists*. The New York Times.

- Hacking I. (1998), *L'âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*. Traduit par J. Brumberg-Chaumont et B. Revol avec la collaboration de A. Leblanc et C. Dabitch. Le Plessis-Robinson, Synthélabo.
- Hilgard J.R. (1974), Imaginative involvement: some characteristics of the highly hypnotizable and the non-hypnotizable. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, n°22, 138-156.
- Hulin M. (1993), *La mystique sauvage*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Hyman I.E. (1999), Creating false autobiographical memories: Why people believe their memory errors. In : Winograd E. *Ecological approaches to cognition: essays in honor of Ulric Neisser. Emory symposia in cognition*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Mahwah, NJ.
- Hyman I.E, Kleinkecht E.E. (1999), False childhood memories: research, theory, and applications. In : Williams L.M. *Trauma and memory*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, Inc.
- Hyman I.E, Loftus E.F. (1998), Errors in autobiographical memory. *Clinical Psychology Review*, n°18, 933-947.
- Hyman I.E, Loftus E.F. (1997), Some people recover memories of childhood trauma that never really happened. In : Appelbaum P.S. *Trauma and memory: clinical and legal controversies*. New York, Oxford University Press.
- Kassin S.M. (1997), False memories turned against the self. *Psychological Inquiry* n°8, 300-302.
- Kassin S.M., Kiechel K.L. (1996), The social psychology of false confessions: compliance, internalization, and confabulation. *Psychological Science*, n°7, 125-128.
- Kassin S.M., Neumann K. (1997), On the power of confession evidence: an experimental test of the fundamental difference hypothesis. *Law and Human Behavior*, n°21, 469-484.
- Laurence J.-R., Day D, Gaston L. (1998), From memories of abuse to the abuse of memories. In : Lynn S.J. *Truth in memory*. New York, The Guilford Press.
- Laurence J.-R., Perry C. (1988), *Hypnosis, will and memory. A psycholegal history*. New York, London, The Guilford Press.
- Lessing D. (1986), *La terroriste*. Roman traduit par M. Véron. Paris, Albin Michel.
- Loftus E.F. (1981, 1996), *Eyewitness testimony*. Cambridge, London, Harvard University Press.
- Loftus E.F. (1993), The reality of repressed memories. *American Psychologist*, n°48, 518-537.
- Loftus E.F., Ketcham K. (1997), *Le syndrome des faux souvenirs*. Traduit par Y. Champollion. Paris, Exergue.
- Luminet O. (2000), Souvenirs flashes : le rôle des émotions. *Sciences Humaines*, n°107, 34-37.
- Martino B. (1985), *Le bébé est une personne*. Paris, Balland.
- Milgram S. (1996), Behavioral study of obedience. In : Fein S. *Readings in social psychology: the art and science of research*. Boston, Houghton Mifflin.
- Milgram S. (1989), *Soumission à l'autorité : un point de vue expérimental*. Traduit par E. Molinié. Paris, Calmann Lévy.
- Morin E. (1993), *Pour sortir du xx^e siècle*. Paris, Seuil.
- Orne M.T. (1961), The potential uses of hypnosis in interrogation. In : Biderman A.D. *The manipulation of human behavior*. New York, Wiley.
- Orne M.T., Whitehouse W.G., Dinges D.F. et al. (1988), Reconstructing memory through hypnosis: forensic and clinical implications. In : *Hypnosis and Memory*. New York, London, The Guilford Press.

- Penfield W. (1970), Memory and perception. *Research Publications of the Association for Research in Nervous and Mental Disease*, n°48, 108-122.
- Penfield W. (1972), The electrode, the brain and the mind. *Zeitschrift für Neurologie*, n°201, 297-309.
- Pennebaker J.W. (1995), *Emotion, disclosure, and health*. Washington, American Psychological Association.
- Piaget J., Inhelder B. (1970), Mémoire et intelligence. In : *La mémoire : symposium de l'Association de psychologie scientifique de langue française* (Genève, 1968). Paris, Presses Universitaires de France.
- Pope K.S., Brown L.S. (1996), *Recovered memories of abuse: assessment, therapy, forensics*. Washington, American Psychological Association.
- Pope H.G., Hudson J.I., Bodkin J.A. et al. (1998), Questionable validity of « dissociative amnesia » in trauma victims: evidence from prospective studies. *British Journal of Psychiatry*, n°172, 210-215.
- Proust M. (1985), *Le temps retrouvé*. Paris, Gallimard.
- Rime B., Noël P., Philippot P. (1991), Épisode émotionnel, réminiscences mentales et réminiscences sociales. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n°11, 93-104.
- Rosenfield I. (1989), L'invention de la mémoire. *Le cerveau nouvelles donnes*. Traduit par A.-S. Cismaresco. Paris, Georg.
- Ross B.M. (1991), *Remembering the personal past: descriptions of autobiographical memory*. Oxford, New York, Oxford University Press.
- Roustang F. (2000), *La fin de la plainte*. Paris, Odile Jacob.
- Rovee-Collier C. (1990), The « memory system » of prelinguistic infants. *Annals of the New York Academy of Sciences*, n°608, 517-536.
- Rovee-Collier C. (1997), Dissociations in infant memory: rethinking the development of implicit and explicit memory. *Psychological Review*, n°104, 476-498.
- Sacks O. (1989), Préface In : Rosenfield I. *L'invention de la mémoire. Le cerveau nouvelles donnes*. Paris, Georg.
- Schacter D.L. (1999), À la recherche de la mémoire. *Le passé, l'esprit et le cerveau*. Traduit par B. Desgranges et F. Eustache. Paris, De Boeck.
- Schreiber F.R. (1975), *Sybil. L'histoire vraie et extraordinaire d'une femme habitée par seize personnalités différentes*. Traduit par P. Alexandre. Lausanne, Ex Libris.
- Spanos N.P. (1998), *Faux souvenirs et désordre de la personnalité multiple : une perspective socio-cognitive*. Traduit par M. Gottschalk. Paris, De Boeck Université.
- Sporer S.L., Penrod S., Read D. et al. (1995), Choosing, confidence, and accuracy: a meta-analysis of the confidence accuracy relation in eyewitness identification studies. *Psychological Bulletin*, n°118, 315-327.
- Tversky B. (2000), Biased retellings of events yield biased memories. *Cognitive Psychology*, n°40, 1-38.
- Tocquet R. (1981), *Votre mémoire : comment l'acquérir, la développer et la conserver*. Paris, Dangles.
- Valéry P. (1973), *Cahiers*. Vol. 2. Paris, Gallimard.
- Widlöcher D. (1970), *Freud et le problème du changement*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Wilbur C.B. (1984), Multiple personality and child abuse. An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, n°7, 3-7.
- Williams L.M. (1995), Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse : Correction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n°63, 342.
- Wilson P.R. (1968), Perceptual distortion of height as function of scribed academic status. *Journal of Social Psychology*, n°74, 97-102.
- Winnicott D.W. (1997), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Traduit par C. Monod et J.B. Pontalis. Paris, Gallimard.

CHAPITRE 13

Éclairage sur l'usage de l'hypnose dans le traitement des personnes souffrant de psychose chronique et leur réhabilitation psychosociale

E. Bonvin

Le contexte clinique de la réhabilitation psychosociale

La *réhabilitation psychosociale*, dans le domaine de la psychiatrie, assure le traitement médical et la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques graves et de longue durée, c'est-à-dire essentiellement de psychoses chroniques. De nos jours, l'étiologie des psychoses demeure encore imprécise et la médecine ne dispose d'aucun traitement curatif. Le traitement actuel repose sur des bases biologiques, psychologiques, sociales et culturelles (Ciompi, 1987). Il s'agit d'une démarche thérapeutique d'orientation communautaire, intégrative/plurimodale et pluridisciplinaire (OMS, 2001 ; Grasset, 1996) visant l'apaisement de la souffrance, la prévention des rechutes et la réhabilitation sociale. C'est donc dans le contexte d'un modèle de soins intégratif et plurimodal que nous abordons ici la pertinence de l'usage de l'hypnose. Aborder la praticabilité de cette approche nécessite cependant de considérer préalablement deux questions essentielles : celle de la compatibilité, d'une part, de l'usage de l'hypnose avec la clinique de la psychose, et, d'autre part, avec la dynamique d'un système soignant complexe.

Hypnose et psychose

Aborder la question de l'usage de l'hypnose avec des personnes souffrant de psychose chronique ou de schizophrénie, renvoie généralement à la suspicion d'une dangerosité qui la rendrait contre-indiquée, voire incompatible. Initialement, ce fut d'emblée la question de l'hypnotisabilité des personnes souffrant de psychose qui s'imposa, conduisant des psychiatres comme Miller, Moll, Forel ou Bernheim à douter de la pertinence de l'usage de l'hypnose dans ce domaine de la clinique (Ellengerger, 1994). De nos jours, ce point de vue a trouvé son prolongement dans le courant nord-américain de l'hypnose expérimentale. Sur la base de plusieurs études, les tenants de ce courant ont tenté de déterminer le potentiel d'hypnotisabilité des personnes souffrant de psychoses. Ils ont ainsi cherché à savoir si ce potentiel d'hypnotisabilité serait un indicateur, soit de l'indication à proprement parler de l'hypnose (Spiegel, 1982 ; Pettinati, 1982 ; Barber, 1964 ; Gale, 1956), soit de la gravité de la psychose elle-même (Van der Hart, 1982 ; Lavoie, 1976). D'autres voient dans l'hypnotisabilité une fonction de régression adaptative à l'œuvre dans la psychose et servant de levier à l'hypno-analyse (Lavoie, 1976 ; Gill, 1959).

Bleuler et Janet (1925) firent usage de l'hypnose, non seulement dans une perspective thérapeutique, mais également afin d'explorer des expériences analogues à celles de la schizophrénie (Hacking, 1998). Bleuler (1916) y mettait cependant une certaine limite en précisant qu'avec « *l'hypnose nous travaillons avec le cerveau du patient qui dans le cas des maladies mentales est un instrument déficient* ». Un peu plus tard, alors que prend forme la notion de schizophrénie, apparaît avec Jung (1973) la suspicion selon laquelle l'usage de l'hypnose pourrait faire éclore des psychoses latentes, suspicion qui est, à tort, encore largement répandue de nos jours.

Abrams (1964), après plusieurs expériences et études, a pu contrôler la pertinence de l'usage de l'hypnose dans le traitement des personnes souffrant de psychose. Pertinence qu'il m'a été donné de vérifier après plus d'une décennie d'expérience clinique concluante avec les personnes souffrant de psychose chronique (Bonvin, 2003). De cette expérience ont pu émerger quelques lignes de force compréhensives sur la dynamique à l'œuvre au cœur de la relation thérapeutique hypnotique.

L'expérience hypnotique

L'expérience hypnotique repose sur ce que l'on nomme la *transe*, qui est une expérience ordinaire, tant chez l'animal que chez l'homme. Chez ce dernier, la simple rêverie diurne représente une de ses expressions les plus courantes (Roustang, 1994 ; Bonvin, 2004). Nous pouvons

la décrire comme une expérience de modification perceptive induite par le maintien d'une attention focalisée (ou par la confusion). Celle-ci permet à la perception d'entrer dans une dynamique indépendante de son objet. En d'autres termes, la perception évolue par elle-même (en interne), indépendamment de l'origine des stimulations sensorielles issues de l'environnement du sujet. Durant cette expérience, l'activité imaginative et perceptive occupent, à des degrés variables, l'ensemble de son champ perceptif et comportemental immédiat. La transe ordinaire est donc modulable en fonction du contexte événementiel, relationnel ou biologique. L'hypnose médicale consiste à induire et à intégrer l'expérience de la transe dans le contexte thérapeutique en visant, par les modifications de perceptions telles que la douleur ou l'anxiété, le soulagement de la souffrance.

Alors que d'ordinaire, l'expérience de la transe demeure fluctuante et modulable, elle se caractérise chez des personnes souffrant de psychose chronique par sa permanence, sa fixité et sa rigidité. Cette forme pathologique de transe *disjoint* durablement le couplage entre perception et stimulation sensorielle environnementale et c'est, du coup, toute la relation au monde, à l'environnement et à l'autre qui s'en trouve atteinte. Cette notion de disjonction trouve sa place au cœur même de toute la démarche compréhensive en psychopathologie ainsi qu'en témoignent les nombreuses discussions qui ont cours autour de notions telles que la dissociation, la séjonction, la *Spaltung* chère à Bleuler (1911), le clivage ou la division du sujet (Hulak, 2000).

Ainsi que l'on démontré des auteurs tels que Searles (1965) ou Deveureux (2001), les personnes souffrant de psychose, plus que toutes autres, présentent par ailleurs une hypersensibilité sélective à la dynamique du milieu environnant, et cela de surcroît si elles y demeurent longtemps. Nous retrouvons bien là une caractéristique fondamentale de l'expérience hypnotique et pouvons retenir cette sensibilité exacerbée comme une hypersuggestibilité aux influences du contexte qui conduit ces personnes à confondre leur singularité dans le contexte environnant. En d'autres termes, il apparaît qu'une personne souffrant de psychose semble davantage sensible aux suggestions contextuelles (le milieu, l'équipe de soins) que relationnelles (le colloque thérapeutique singulier).

Hypnose et système soignant complexe

Abordons maintenant la question de la compatibilité de la pratique de l'hypnose dans le cadre d'un système soignant complexe tel que celui de la réhabilitation psychosociale et dans lequel peuvent intervenir plusieurs corps de métier ayant chacun une action bien spécifique (médecins, psychologues, infirmiers, ergothérapeutes, physiothérapeutes, assistants sociaux, éducateurs). Ici encore, l'expérience clinique nous

fournit une orientation précieuse sur ce sujet. L'hypnose est en effet utilisée dans plusieurs contextes soignants complexes, tels que le traitement des grands brûlés (Bonvin, 1997, 1998), la chirurgie (Faymonville, 1995), la pédiatrie ou la médecine hospitalière générale (Bourgeois, 1990). Le fait que l'hypnose ne nécessite ni le dévoilement de l'intimité du sujet soigné, ni l'expertise du soignant à l'égard de celle-ci, fait d'elle une pratique relationnelle pouvant prendre place dans un système soignant complexe. L'usage de cette pratique nécessite cependant d'être soumis à certaines règles déontologiques et procédurales :

- Il doit en effet être autant légitimé par une formation officielle, que garanti par une supervision agréée explicitement par la direction médicale¹.
- Il doit se faire de façon explicite et en concertation avec l'équipe soignante dans le cadre du plan thérapeutique adopté pour le patient qui en bénéficie.

L'hypnose dans le champ clinique de la réhabilitation psychosociale

La jeune femme et le loup

À la suite d'une décompensation psychotique très grave suivie d'une hospitalisation psychiatrique de 10 semaines, cette jeune femme de 28 ans intègre un nouveau lieu de vie dans un foyer médicalisé et débute simultanément son traitement en hôpital de jour situé dans un centre d'ergo-sociothérapie. L'amorce de cette nouvelle vie est particulièrement difficile. La patiente se néglige de manière inquiétante et montre la plus grande peine à sortir de sa chambre le matin. Elle commence ses journées tardivement à l'hôpital de jour et se plaint fréquemment d'*impatiences agitant ses jambes*. Le soulagement de ces dernières constitue la seule demande qu'elle formule aux soignants qui, à ce stade, suspectent l'expression d'effets indésirables liés au traitement neuroleptique.

Hypnose – 1^{re} séance

Le médecin psychiatre examine la patiente et observe l'expression de sa *dynamique attentionnelle* (indicatrice de la dynamique inductive qu'il suivra avec elle), alors totalement déterminée par la symptomatologie qui motive ses demandes. Dans le prolongement naturel de cette observation, il propose à sa patiente de maintenir son attention sur les perceptions ressenties par les

1. Une telle formation existe en Suisse avec une filière de formation et de supervision en hypnose médicale et thérapeutique (médecins, dentistes et psychologues) et l'autre en techniques hypnotiques pour les professions paramédicales et socio-pédagogiques (www.irhys.ch).

impatiences qui agitent ses jambes (induction mutuelle déjà installée pour la patiente et s'amorçant à ce stade pour le psychiatre). Après quelques minutes d'attention focalisée sur ses perceptions, la patiente dit au psychiatre qu'elle ressent une étrange familiarité avec cette expérience. Aidant sa patiente à maintenir et à amplifier cette perception familière, cette dernière apparaît clairement comme un registre de perceptions dont elle a fait l'expérience durant sa décompensation psychotique. Elle identifie clairement ses impatiences dans les jambes comme un geste automatique de réassurance et de contenance qui l'aidait, à sa manière, à faire face aux angoisses qui l'envahissaient alors. Au terme de cette séance qui dure environ 20 minutes, la patiente dit se sentir *rassurée* et « *réconciliée* » avec ses impatiences. Le psychiatre exprime sa disponibilité pour une nouvelle consultation lorsqu'elle en ressentira l'utilité en vue de soulager d'autres formes d'expressions de sa souffrance (définition du cadre de l'alliance relationnelle).

Hypnose – 2^e à 5^e séance

La patiente demande spontanément une nouvelle consultation au psychiatre 5 jours plus tard. Elle dit se *sentir perdue* et souhaite trouver une issue à cette souffrance (formulation explicite d'une attente de soulagement). Le psychiatre focalise avec elle son attention sur les perceptions ressenties avec ce sentiment d'*être perdue* (induction). Elle dit alors ne pas être là. Le psychiatre l'invite à être très attentive à *la place où elle se trouve effectivement si elle n'est pas là*. Bien qu'assise, elle dit se percevoir en position couchée. Le psychiatre l'invite à se coucher afin de vérifier si, dans cette position, ses perceptions lui permettent de se sentir là, à sa place (modification perceptive). Comme c'est le cas, la suite de la séance, qui dure environ 15 minutes, consiste à amplifier cette *perception d'être là*, dans son corps, couchée. Toujours initiées par la patiente à intervalles variant de 3 à 5 jours, les trois séances suivantes sont orientées par sa demande de *vouloir se retrouver* et de *retrouver le rythme d'une vie ordinaire*. Le psychiatre l'aide à amplifier sa perception d'être là couchée, puis de là, de se percevoir en imagination en une autre position (assise ou debout) à bonne distance du lit sur lequel elle est étendue. Il l'invite ensuite à se mettre assise, puis debout et à être attentive aux perceptions qu'elle peut ressentir en imaginant être couchée puis à rapatrier ses perceptions à la position dans laquelle elle se trouve effectivement. D'elle-même, la patiente associe et synchronise ses perceptions à la station assise, puis debout. C'est dans ce même temps que la patiente peut intégrer un atelier d'ergothérapie dans lequel l'ergothérapeute l'aide, lorsqu'elle en fait la demande, à *rester attentive à être présente à sa place* tout en débutant des *activités simples* (parenthèses hypnotiques dans le cadre de l'ergothérapie).

Hypnose – 6^e à 12^e séance

Dès la 6^e séance, la patiente *se perçoit spontanément là*, assise et immobile dans son fauteuil. Accompagnée, par son psychiatre, dans le maintien

de son attention sur ses perceptions présentes (induction), la patiente décrit *percevoir un loup marchant*, tête baissée dans le sillon que laissent ses pas le long de la clôture à l'intérieur de laquelle il est retenu. Cette métaphore se présente d'elle-même à la patiente durant plus de 5 séances alors qu'elle ne peut demeurer présente qu'en restant assise, immobile, sur son fauteuil et spectatrice de cette métaphore. Le psychiatre se contente de l'accompagner en l'aidant à porter attention à la *présence du loup* et à la *perception que celui-ci peut avoir d'elle* (amplification) avant, finalement, de leur *suggérer de s'approprier mutuellement* (suggestions de modifications perceptives).

Lors de la 12^e séance (10^e semaine de traitement), le loup est libéré de sa clôture, les deux êtres peuvent se porter une attention mutuelle et se tolérer l'un en présence de l'autre. De façon synchrone, c'est également à ce moment que la patiente peut quitter l'hôpital de jour en étant apte à s'adapter au rythme d'une vie quotidienne faite de l'alternance entre une activité professionnelle en atelier protégé et sa vie en foyer communautaire.

Les personnes qui sont soignées dans le domaine de la réhabilitation psychosociale sont confrontées à des expériences perceptives particulières telles que l'angoisse, la sensation de morcellement, les troubles de la pensée et des perceptions, les difficultés à discerner les limites de son corps, de sa propre personne ou de se différencier des autres et du monde. Ils doivent également gérer celles qui sont liées aux traitements médicamenteux : effets psychotropes thérapeutiques, nombreux effets secondaires et indésirables. Ainsi que nous l'avons vu précédemment, le patient souffrant de psychose vit souvent des expériences perceptives semblables à une transe figée, tout en présentant une hypersuggestibilité sélective aux influences émanant du contexte, en l'occurrence thérapeutique.

Cette sensibilité particulière aux influences contextuelles semble ne pas être étrangère au fait que, dans le contexte de la réhabilitation psychosociale, le patient engage une relation significative plutôt globale, c'est-à-dire avec l'ensemble du contexte (équipe soignante, autres usagers, lieu), plutôt que confidentielle ou exclusive avec un seul thérapeute. Dans ce contexte, les soignants, davantage s'ils font usage de l'hypnose, doivent être particulièrement attentifs à cette puissante dimension suggestive qui imprègne leur travail et qui risque d'altérer davantage encore la singularité de chacun de leurs patients.

Discussion

Ainsi, et du point de vue de l'observation clinique, la psychose apparaît bien comme une forme pathologique de transe, tant par sa dynamique perceptive que par l'hypersuggestibilité qui la caractérise, ce qui remet sérieusement en cause la pertinence de la question de l'hypnotisabilité des personnes souffrant de psychose. Écartant cette question, l'idée de

Janet et Bleuler d'explorer, par l'hypnose, des expériences identiques à celles de la psychose (Hacking, 1998) paraît bien plus pertinente. Explorer l'univers perceptif induit par la psychose revient cependant à poser autrement la question de l'hypnotisabilité, qui n'est plus cette fois adressée à la personne souffrante, mais au soignant qui l'accompagne (Scagnelli, 1980). Ce nouveau point de vue exige de passer d'une conception de l'hypnose considérée comme une méthode administrée au patient à celle d'une aptitude relationnelle par laquelle le thérapeute ou le soignant peut s'ajuster à la personne qu'il soigne, l'accompagner dans son propre univers perceptif afin de l'aider à y trouver les voies de son soulagement. Ainsi en est-il de l'accompagnement vers le soulagement de perceptions vécues douloureusement, comme les états d'angoisse et d'anxiété, les troubles des perceptions (de soi, proprioceptives-dyskinétiques, des autres ou de l'environnement) ou de l'attention. L'hypnose permet également un accompagnement relationnel dans la transformation de certaines formes de délire ou lors de la reviviscence des phases traumatiques de la maladie. Elle permet enfin d'accompagner le développement des habiletés praxiques et sociales tout comme, de manière générale, la gestion de la maladie et le développement personnel (auto-hypnose).

Les expériences cliniques, dans lesquelles l'aptitude relationnelle fondée sur la pratique de l'hypnose a pu être développée², ont permis de vérifier que les soignants peuvent utiliser leur propre aptitude à la transe en présence de leurs patients dans leurs situations professionnelles habituelles, que ce soit en salle de consultation, dans les ateliers, dans les salles de physiothérapie ou en situation sociale courante durant toute la durée du traitement. Mais cette aptitude ne consiste pas en l'application de techniques hypnotiques standardisées ou prédéfinies par n'importe quel praticien en hypnose. En effet, pour que le soignant parvienne à se mettre lui-même en transe en présence d'une personne souffrant de psychose, il lui faut avoir, avant cela, intégré ses propres peurs face à la folie, à l'étrangeté et au caractère souvent extrême des représentations, des comportements, des postures ou des perceptions que peut exprimer une personne souffrant de psychose. Le soignant doit pour cela disposer de suffisamment d'assurance pour oser donner une confiance relationnelle solide à son patient, assurance que lui confère son expérience basée sur le métier qu'il exerce. C'est, selon moi, à cette condition que l'hypnose peut être utilisée avec des personnes souffrant de psychose. La suggestibilité particulière que présentent nombre de ces personnes exige également une dynamique communicationnelle concertée et transparente au sein de l'équipe soignante et l'usage de l'hypnose doit y prendre place de façon claire et explicite.

2. En Suisse, dans le domaine de la santé mentale, plusieurs institutions ont aujourd'hui intégré la pratique de l'hypnose dans leurs palettes de prestations.

Intégrée à la dynamique thérapeutique de la réhabilitation psychosociale, l'hypnose permet une disponibilité relationnelle particulièrement ajustée aux expériences perceptives singulières de chaque patient. Par sa parfaite compatibilité avec une dynamique plurimodale intégrative et interdisciplinaire, l'hypnose permet également de développer un véritable espace potentiel permettant l'expression d'une créativité thérapeutique qui trouve sa pertinence, tant chez le patient que chez les soignants (Winnicott, 1997). Par son usage, les soignants créditent leurs patients de ressources jusque-là insoupçonnées et éprouvent du plaisir à les redécouvrir ainsi sous un jour nouveau. L'expression du soulagement et de la satisfaction des personnes souffrant de psychose chronique qui se sont engagées avec moi dans l'expérience thérapeutique de l'hypnose, me permet aujourd'hui d'affirmer la pertinence de son usage dans ce domaine.

Références

- Abrams S. (1964), The use of hypnotic techniques with psychotics. *American Journal of Psychotherapy*, n°18, 79-97.
- Barber TX, Karacan I. (1964), « Hypnotizability » and Suggestibility. In Chronic Schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, n°11, 439-451.
- Bleuler E. (1911), *Dementia praecox oder Gruppe des Schizophrenien*. Berlin, Springer-Verlag.
- Bleuler E. (1916), *Lehrbuch des Psychiatrie*. Berlin, Springer-Verlag.
- Bonvin E. (1997), L'hypnose chez les grands brûlés. In : Salem G, editor. *L'hypnose au pluriel*. Lausanne, Editions Ling - Médecine, Psychologie, Culture, p. 57-68.
- Bonvin E. (1998), *Psychiatrie de liaison au centre des grands brûlés* [Med. diss.]. Université de Lausanne.
- Bonvin E. (2003), Hat Hypnose in einem komplexen Pflegesystem einen Wert ? Beispiele aus der psychosozialen Rehabilitation. *Hypnose und Kognition*, Band, n° 20, 75-90.
- Bourgeois P. (1990), L'hypnose à l'hôpital général. *Cahiers Psychiatriques Genevois*, 249-257.
- Ciampi L. (1987), Toward a Coherent Multidimensional Understanding and Therapy of Schizophrenia : Converging New Concepts. In : Strauss JS, Böker W, Brenner HD (éds.). *Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Multidimensional Concepts, Psychological, Family, and Self-Help Perspectives*. Bern, Hans Huber, p. 48-62.
- Devereux G. (2000), La schizophrénie, psychose ethnique ou la schizophrénie sans larmes. *Ethnopsy, les mondes contemporains de la guérison*, 45-76.
- Ellenberger H.F. (1994), *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Paris, Fayard.
- Faymonville M.E., Fissette J., Mambourg P.H. (1995), Hypnosis as an adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Reg. Anesth.* n°20, 145-151.
- Gale C., Herman M. (1956), Hypnosis and the psychotic patient. *Psychiatric Quarterly*, n°30, 417-424.
- Gill Mc M. (1959), *M Brenman, Hypnosis and related states. Psychoanalytical studies in regression*. New York, International University Press.

- Grasset F, Veillon H., Meylan C. (1996), L'Unité de Réhabilitation : un dispositif institutionnel au service d'une psychiatrie intégrative d'orientation sociale. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, n°116, 679-686.
- Hacking I. (1998), *L'âme réécrite. Les empêchements de penser en rond*. Le Plessis-Robinson, Synthélabo.
- Hulak F. (2000), La dissociation, de la séjonction à la division du sujet. Genèse et évolution d'un concept. *L'évolution psychiatrique*, n°65, 19-30.
- Janet P. (1925), *Les médications psychologiques* (1/3) 2^e éd. Paris. F. Alcan.
- Jung C.G. (1973), *Ma vie. Souvenirs, rêves et pensées*. Paris, Folio, Gallimard.
- Lavoie G., Sabournin M. (1976), Hypnotizability as a Function of Adaptative Regression Among Chronic Psychotic Patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, n° XXIV, 238-257.
- OMS (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*.
- Pettinati H.M. (1982), Measuring hypnotizability in psychotic patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, n° XXX, 404-416.
- Roustang F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris, Les éditions de Minuit.
- Scagnelli J. (1980), Hypnotherapy with Psychotic and Borderline Patients : The Use of Trance by Patient and Therapist. *American Journal of Clinical Hypnosis*, n°22, 164-169.
- Searles H., (1965), *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. 1^{re} ed. London : The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Spiegel D., Detrick D., Frischholz E. (1982), Hypnotizability and Psychoapthology. *American Journal of Psychiatry*, n°139, 431-437.
- Van der Hart O., Spiegel D. (1982), Hypnotic Assessment and Treatment of Trauma-induced Psychoses : The Early Psychotherapy of H. Breukink and Modern Views. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, n°XLI, 191-209.
- Winnicott D.W. (1997), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris, Gallimard.

CHAPITRE 14

Histoires d'hypnose

G. Salem

Dans ce chapitre, le lecteur trouvera quelques histoires cliniques d'hypnothérapie, qui viennent compléter celles déjà présentes dans les autres chapitres. Le mode de présentation de ces vignettes offre un certain contraste avec le ton général du livre, et c'est à dessein.

Il s'agit ici d'illustrer partiellement des notions et des techniques clarifiées dans les chapitres qui précèdent, mais sur un mode propre au procédé conversationnel et aux techniques narratives sur lesquelles nous avons mis un accent particulier dès la quatrième édition de ce livre, d'autant que ce courant représente une des avancées importantes en hypnothérapie aujourd'hui.

Souvent, nos élèves nous demandent d'illustrer par des exercices la technique conversationnelle et narrative en hypnose. Ici, l'exercice se passe entre le livre et le lecteur, à partir d'un « métalogue » à la manière de Bateson, entre l'auteur et une fillette. Les histoires qui ponctuent ce dialogue sont réelles, elles illustrent quelques procédés narratifs, tout en décrivant comment la façon de parler avec quelqu'un, ou de lui raconter une histoire, fonctionne à l'instar de recadrages métaphoriques successifs, visant à déclencher un événement heuristique ou correcteur espéré.

Chacune des histoires racontées provient d'un matériel clinique. Je dédie ce chapitre un peu ludique, avec ma profonde admiration, à la mémoire de Gregory Bateson et de Milton Erickson, ces deux grands sages de la psychiatrie du xx^e siècle, pour toutes les illuminations qu'ils m'ont apportées au fil de mon travail de clinicien.

- Tu me racontes une histoire pour dormir ?
- Mais tu disais que tu avais sommeil !
- C'était pas vrai, j'avais pas du tout sommeil.
- N'a. N'avais.

- Je n'avais pas du tout sommeil.
- Tu bâillais pourtant comme une tourterelle.
- Les tourterelles ne bâillent pas.
- Ça, c'est toi qui le dis. Tu ne les as jamais vues bâiller, c'est tout.
- J'ai dit que j'avais sommeil pour que tu viennes me raconter une histoire.
- Bon, bon. Quelle histoire ?
- La chasse au tigre blanc.
- Avec les deux tailleurs juifs ?
- Oui. Enfin, non. Tu me l'as trop racontée. Une autre.
- Celle du marin d'Albuquerque qui rêvait debout ?
- Non. Elle me fait trop vite dormir.
- Celle du joueur de flûte honteux, alors ?
- Non, celle-là, je la connais trop.
- Pourtant, d'habitude, tu aimes bien que je te raconte des histoires que tu connais. Tu prends même un certain plaisir à me corriger lorsque j'oublie un détail, ou que je me trompe sur ceci cela.
- Je sais, mais ce soir, je voudrais une histoire que tu ne m'as encore jamais racontée.
- Aya ! Tu crois donc que j'en ai des stocks, comme ça ?
- J'en suis sûre.
- Attends, il y en a une qui me revient, elle n'est pas mal. C'est l'histoire d'un vieux colonel à la retraite qui se met à étudier la philosophie...
- Et qui veut savoir la différence entre le paradis et l'enfer. Tu me l'as déjà racontée sept fois.
- Sept fois ! Aya, je me fais vieux.
- Raconte-moi ce que tu fabriques toute la journée, avec tous ces gens qui viennent te voir.
- Mes patients ?
- Oui. Tu ne me racontes jamais ce que tu fabriques avec eux.
- Fabriquer. Drôle de mot.
- Ben oui, quoi, ce que tu fais avec eux. C'est vrai que vous passez tout votre temps à causer, assis dans des fauteuils ?
- Mais oui. Enfin, non. Ça m'arrive de sortir avec eux, ou même d'aller chez eux.
- Pour faire quoi ?
- Tu ne dis plus pour « fabriquer » quoi ?
- Si, pour « fabriquer » quoi ?
- Au fond, tu as raison. Nous « fabriquons » des choses ensemble.
- Quoi ?
- Des histoires, justement, des tas d'histoires.
- Comment ça, « des tas » d'histoires ?
- Il y a d'abord leurs histoires, tu sais, et les miennes. Ça en fait déjà pas mal. Et puis, surtout celles que nous « fabriquons » ensemble.

- C'est vrai, ça ? Vous fabriquez vraiment des histoires ? Vous ne faites pas que causer de problèmes ?
- Oh si, nous causons de problèmes, mais – entre nous soit dit – c'est pour faire semblant. En réalité, nous fabriquons chaque fois une nouvelle histoire.
- Comment ?
- Pas facile à expliquer.
- N'explique pas, raconte.
- Ben, par exemple, cette fille, à peine plus âgée que toi, qui a inventé une histoire avec moi, pour retrouver la parole.
- Pourquoi elle l'avait perdue ?
- L'avait-elle.
- Pourquoi l'avait-elle perdue ?

La fille qui retrouva la parole en inventant une histoire

Quand elle est venue la première fois, elle avait dix ans. C'était à la demande du juge de paix et du service de protection de la jeunesse que je l'avais prise en charge. Ses deux parents la battaient. Un psychologue spécialiste de l'enfance avait d'emblée proposé un placement (après un seul entretien). Les parents avaient fait recours contre une telle décision et le juge m'avait demandé d'essayer une thérapie de famille, tout en confiant un mandat de surveillance au service de protection de la jeunesse. Dès la deuxième séance, j'avais pu gagner la confiance des parents et obtenu qu'ils mettent un terme aux sévices corporels. Je ne me doutais pas que je m'embarquais dans une longue histoire.

La mère avait été elle-même une enfant négligée par ses parents. Ayant grandi vaille que vaille, de foyers en familles d'accueil, elle s'était trouvée enceinte de bonne heure, sans l'avoir désiré. Mère célibataire, elle commença par confier sa fille à diverses familles ou garderies, ce en quoi elle répétait sa propre histoire. Puis, ayant trouvé un mari assez solide, et passablement sécurisant, elle avait mieux accepté son identité de mère et avait repris sa fille à la maison pour se prouver qu'elle pouvait « s'en occuper » convenablement. Mais celle-ci, peu loquace, restait curieusement indifférente à ses attentions. Elle en devenait exaspérante, pour sa mère comme pour son beau-père. Bientôt, l'agacement fut suivi de coups, ce qui aggrava le mutisme et l'indifférence apparente de la gamine. Et lorsque, sur l'intervention du juge, puis de la mienne, les sévices physiques prirent fin, les parents faisant de sincères efforts pour améliorer leur conduite avec la fille, celle-ci resta malgré tout muette.

J'ai commencé à rencontrer cette dernière seule, parallèlement aux séances familiales où tous trois venaient ensemble. De contact fuyant, la petite avait une peine énorme à établir un contact soutenu avec moi. J'appris qu'elle n'avait aucune relation suivie avec ses camarades d'école ou de quartier.

Elle parvenait à peine à aligner quelques phrases, ne renonçant que rarement à l'apparente indifférence qu'elle affichait avec une obstination exaspérante, et qui me mettait, moi aussi, mal à l'aise. En outre, elle avait des bizarreries de comportement à teinte obsessionnelle, notamment quelques rituels de miction nocturne, avec stockage cérémonieux de l'urine en petites bouteilles, dans un coin de sa chambre, le tout accompagné d'une insomnie tenace. Enfin, j'étais frappé de découvrir qu'à onze ans, elle était toujours incapable de lire l'heure. Lors de nos rencontres à deux, le silence s'installait vite et pouvait durer longtemps. Je la relançais, la bombardais de questions, m'ingéniais à trouver un thème prévisible et rassurant pour elle à nos échanges.

Inquiet d'une évolution autistique, j'ai demandé à un confrère pédopsychiatre de l'examiner. Il m'a confirmé qu'elle était intacte sur le plan intellectuel et cognitif, et qu'elle souffrait essentiellement d'un mutisme de nature affective. Cela pouvait s'améliorer avec une psychothérapie individuelle. Bon, mais comment m'y prendre ? Je n'avais pas beaucoup d'expérience de thérapie individuelle au long cours avec des enfants – que je soigne habituellement en présence des parents ou « à travers » eux. Je lui avais offert une montre rigolote, demandant à son père de l'entraîner à lire l'heure. J'avais obtenu de la mère de lui consacrer du temps, pour rien, comme ça, juste pour jouer ou bavarder. Je m'étais allié la maîtresse d'école, une femme intelligente qui s'était attachée à elle. (Un jour, j'avais même pu assister à une leçon, en classe, pour la voir en situation. Ses camarades croyaient à une visite comme ça, pour une étude sur l'enseignement. Elle seule et sa maîtresse savaient que j'étais là pour l'observer, elle, sur le terrain scolaire.)

Elle voyait bien que je m'impliquais concrètement pour elle, ses yeux me donnaient parfois l'impression qu'elle trouvait du plaisir à mes efforts, mais le reste du temps son indifférence, son silence, sa froideur affichée étaient si marqués que je me sentais dérouté, désarmé, et parfois tenté de passer la main à un pédopsychiatre. Comment diable animer utilement nos rencontres, outre les sempiternels dessins et autres jeux transitionnels à la Winnicott (pourtant très appréciés) ? Comment « aérer » la communication entre elle et moi ? Comment parler de choses plus excitantes, pour stimuler sa conversation ? L'idée m'est alors venue de laisser plus de place aux récits, en nous donnant pour règle d'inventer une histoire à deux, en la racontant au fur et à mesure, à tour de rôle. Je le lui ai proposé tout de go. Intriguée, elle a fait « oui » de la tête. J'ai ajouté que nous pourrions aussi enregistrer cette narration alternée sur une bande vidéo, pour pouvoir tout écouter et visionner quand elle serait finie. L'idée lui a immédiatement plu. Elle a pris un vif intérêt à apprendre à manier ma caméra et m'a suggéré que nous nous filmions à tour de rôle,

plutôt que de nous cadrer tous les deux ensemble. Pourquoi pas ? Ça ne la rendrait que plus active dans la séance.

Ce fut l'histoire de Barbara, une fille d'à peu près son âge, qui s'était perdue lors d'un voyage avec ses parents. Tout en lançant le récit, j'observais la fillette du coin de l'œil, en me demandant pourquoi j'inventais une pareille histoire. Arrivé au point où la fille, après avoir beaucoup pleuré de se retrouver seule dans une campagne inconnue, se décide à se débrouiller pour survivre et pour retrouver ses parents, et tombe sur un petit écureuil qui va la surprendre par ses talents, je m'arrêtai en disant : « Bon, à toi de continuer ».

Sans sourciller, elle quitta sa position derrière la caméra et vint s'asseoir à ma place, pendant que je prenais la sienne. Le cœur serré, je me demandais si elle allait parvenir à proférer quelque chose. Elle fixait la caméra, immobile, le visage terriblement inexpressif. Soudain, elle fronça les sourcils, très concentrée, et se mit à raconter la suite. L'écureuil parlait douze langues, au bas mot, et il connaissait une très bonne cachette dans un arbre, pour la nuit. En outre, il disposait d'une énorme réserve de noisettes, parfaitement exquises.

Elle n'avait jamais été si proluxe ! Mon cœur battait fort : nous tenions peut-être une bonne piste. Ce sentiment se confirma le reste de la séance, et les séances suivantes. Les fragments de récit qui dépendaient d'elle devenaient de plus en plus longs. Elle parlait, et elle pouvait entendre sa voix parler, ce qui la familiarisait peu à peu avec cette expérience. Elle était portée par l'excitation de la suite à trouver, pour les aventures de Barbara, qui fit du stop jusque dans les coins les plus reculés d'Asie et tout plein de rencontres en vivant des aventures à peine croyables. Nous nous filmions à tour de rôle avec le caméscope, puis nous repassions la bande en nous moquant gentiment l'un de l'autre. Elle fit de rapides progrès. Elle s'exprimait davantage, encouragée par le fait que j'étais exposé comme elle aux aléas de cette histoire, stimulée de comparer nos efforts en nous revoyant sur l'écran, comme portée par le défi amusant qu'elle avait relevé avec moi. De plus, elle m'étonnait par ses trouvailles – elle que je croyais sans imagination.

L'expérience dura quelques mois. Barbara finit par retrouver le chemin de la maison. Et lorsque ses parents, émerveillés de l'avoir de nouveau parmi eux, lui demandèrent ce qui lui était arrivé, elle mit beaucoup, beaucoup de temps à tout leur raconter.

- Hum, je vois ce que tu veux dire par « fabriquer » une histoire à deux. Mais est-ce que tu le fais avec tous tes patients ?
- Non, bien sûr. Ou plutôt, oui. Mais pas de la même façon. Parfois en jouant à ce qui leur fait peur ou ce qui leur fait plaisir.
- Tu *joues* avec tes patients ?

- Bien entendu. C'est indispensable. Sans jouer, il ne se passerait rien, et je ne les guérirais pas du tout.
- Je ne savais pas que les médecins *jouaient* avec leurs patients.
- Tu n'es pas la seule à l'ignorer. Il y a même des médecins, tu sais, qui ne savent pas qu'ils *jouent* tout le temps avec leurs patients. Ils ne veulent pas considérer leurs stéthoscopes, leurs seringues et leurs pansements comme des jouets.
- Mais ce ne sont pas des jouets !
- Ta, ta, ta ! Ce sont des jouets.
- Mais ça fait parfois mal !
- Tu sais, il y a des jouets, comme ça, et des jeux aussi, qui font parfois mal, mais c'est pour ne plus avoir mal ensuite. Ou qui font peur, pour ne plus avoir peur ensuite.
- Comment est-ce qu'on joue à ce qui fait peur ?
- Ah, ça, c'est toute une histoire.
- Raconte-la moi !
- Il y en a une qui me revient, allez. Je ne te l'ai pas racontée déjà ?
- Laquelle c'est ?
- Est-ce.
- Laquelle est-ce ?
- Celle du petit garçon qui n'avait jamais peur.
- Celle des frères Crime ?
- Grimm, pas Crime. Grimm.
- Grimm.
- Oui. Les frères Grimm.

La peur des chiens noirs

Il était une fois, un petit garçon qui avait toutes les nuits la même peur. Il était sûr que d'affreux chiens noirs allaient l'approcher dans l'obscurité de sa chambre, puis se jeter sur lui pour le dévorer. Par instants, il croyait voir leurs crocs luisants, au plus profond de la nuit. Il poussait alors des cris déchirants qui réveillaient ses parents ; et sa mère, après avoir tenté de le rassurer, finissait toujours par le prendre dans leur lit pour le reste de la nuit. Cette situation devenait intenable : le petit garçon était fatigué et distrait en classe, sa maîtresse s'en inquiétait, le père devenait irritable et colérique, les yeux de la mère se cernaient. Tout le monde en venait à maudire cette peur. Plusieurs médecins avaient été consultés, mais aucun ne parvenait à chasser les affreux chiens noirs, aucun médicament n'apportait l'apaisement espéré à l'enfant et à sa petite famille.

Quelqu'un leur a dit que l'hypnose donnait parfois de bons résultats dans cette forme de peur nocturne et ils sont venus me consulter. Le petit garçon m'a décrit en détail la façon dont les chiens noirs s'approchaient de lui dans la nuit. Il a ajouté qu'il était très malheureux de souffrir de

cette peur, et qu'il aurait bien voulu en être définitivement débarrassé. Les parents aussi voulaient que cette peur cesse. La maîtresse aussi. Bref, tout le monde espérait que cette vilaine peur disparaisse. Alors j'ai dit au petit garçon que je le trouvais un peu injuste envers sa peur et ses chiens noirs. Injuste ? Mais oui, bien sûr, injuste. Parce qu'il ne se rendait pas compte de la chance qu'il avait de connaître la peur, qui est une émotion utile dans la vie, mais dont il convient toutefois d'user avec modération et aux bons moments, pas n'importe quand. Étonné, sceptique, le petit garçon m'a dit qu'il ne partageait pas mon avis. Alors je lui ai raconté une histoire, celle du petit garçon qui n'avait jamais peur.

– « Il était une fois, un petit garçon qui n'avait jamais peur. Tout le monde autour de lui, ses parents, ses frères et sœurs, ses camarades savaient ce qu'était la peur, puisqu'il leur arrivait de la sentir, alors que lui, jamais il ne la sentait. Et cela l'attristait, l'attristait. Il se sentait bizarre, anormal, il voulait être comme tout le monde, il voulait savoir ce que c'était que cette émotion, la peur. Il suppliait ses proches de faire tout ce qu'ils pouvaient pour le prendre par surprise et lui faire peur, et tout le monde se donnait beaucoup de peine pour lui faire toutes sortes de frayeurs aux moments les moins prévisibles. Pièges divers, seaux d'eau sur la tête, fantômes tintinnabulant la nuit, pétards et hurlements sauvages le laissaient de marbre. « C'est drôle, je ne sens rien », disait-il, imperturbable et mélancolique. Et il se morfondait, il fallait voir comme il se morfondait !

– Tu veux dire que j'ai de la chance d'avoir peur ? m'a coupé le petit garçon aux chiens noirs.

– Bien sûr que tu as de la chance. Mais tes chiens noirs, eux, n'ont pas cette chance, puisque tu ne leur as encore jamais fait peur, toi, en tout cas jusqu'à présent si je t'ai bien écouté. »

Visiblement interloqué, il est resté un instant silencieux et pensif. Puis il m'a demandé :

– « Comment est-ce que je pourrais faire peur à ces chiens noirs ? »

J'ai levé des sourcils étonnés :

– « Tu plaisantes, non ?

– Mais non, je ne plaisante pas ! Je ne sais pas comment faire.

– Pourtant, tu m'as bien dit que tu dormais de préférence avec une lumière allumée, et que ça éloignait les chiens noirs, non ?

– Oui.

– Ben alors, c'est simple. Pourquoi est-ce que la lumière les éloigne ? »

Il est resté pensif un instant.

– « Parce qu'elle leur fait peur ?

– Évidemment, non ? »

– Si, c'est vrai, m'a dit sa tête en opinant plusieurs fois. « Il faut que je laisse toujours allumé ? » J'ai haussé les épaules.

– « Mais non, ça c'est une solution peu économique, fatigante, juste bonne pour les gens peu intelligents. Il y a d'autres moyens, plus malins.

– Quels moyens ?

– Ben, c'est simple. Au lieu de dépendre d'une lumière extérieure, tu peux te contenter d'utiliser une lumière du dedans, celle que tu peux stocker en toi, comme une pile rechargeable.

– Mais comment est-ce que je peux recharger cette lumière ?

– Ben, en l'absorbant, par des petits exercices simples de concentration. Ça entre par la respiration.

– La respiration ? Comment ça ?

– Attends, je vais te montrer. »

Et il a vite appris deux ou trois petits exercices tout simples de recharge de lumière, les yeux fermés et tournés vers la fenêtre, puis vers la lampe de mon bureau. Il se concentrait par exemple sur la sensation rouge et chaude de la lumière sur ses paupières pendant l'inspiration, en fermant ses mains en même temps, pour les rouvrir pendant l'expiration.

– « Alors, tu la sens en toi maintenant, cette charge de lumière ?

– Oui, je la sens fort. Ça me fait bizarre, mais c'est agréable. »

La séance d'après, il m'a dit qu'il avait pu dormir deux fois sans allumer la lumière et sans aller chez ses parents pour le reste de la nuit. Avait-il stocké une grande quantité de lumière en répétant les exercices chez lui ? Oui, mais peut-être pas assez. Bon. Mais a-t-il remarqué si les chiens devenaient plus petits ? Ah ? Non, il n'avait pas fait attention. Il fallait désormais faire attention à ce genre de détail et me dire le résultat de son observation à la séance suivante. C'est ce qu'il a fait. Effectivement, les chiens noirs rapetissaient bizarrement. Bon. Très bien. Il avait donc commencé à leur rendre service. Service ? Quel service ? Ben, la peur, quoi. Il la leur faisait découvrir. Sa peur des chiens était devenue leur peur, grâce à la lumière. Mais il ne fallait pas exagérer, n'est-ce pas ? Un peu de commisération pour ces pauvres petits, si petits, de plus en plus petits chiots noirs !

– Avec tout ça, je ne sais plus ce qui est arrivé à qui.

– Ça n'a aucune importance.

– C'est l'histoire de l'enfant qui n'avait jamais peur qui a guéri l'enfant qui avait peur des chiens noirs ?

– Oui, exactement.

– Il y a beaucoup de maladies qui guérissent des maladies ?

– Tout plein. Mais ce sont plus précisément des *histoires* de maladies qui guérissent d'autres *histoires* de maladies.

– Des *histoires* qui guérissent des *histoires* ?

– Oui, il y a des histoires en détresse, qui attendent l'avènement d'autres histoires. Je dis bien l'avènement.

- Comment ça ? Quel genre d'histoires ?
- Par exemple, une histoire de colère peut guérir une histoire de tristesse.
- Tu as une histoire là-dessus ?
- Quelques-unes... quelques-unes...
- Laquelle tu me racontes ?
- Me racontes-tu.
- Laquelle me racontes-tu ?
- Comme tu veux. Je te propose, en vrac, celle du bègue qui a appris de nouvelles insultes, celle de la démangeaison qui a remplacé la douleur, celle de la fille qui a appris à mentir, celle du papa qui botte le cul de son fils...
- Celle-là. Hi hi ! Raconte celle du papa qui botte le cul de son fils.
- Ainsi soit-il. Je vais la raconter à la cantonade, si tu veux bien.
- Qu'est-ce que ça veut dire ?
- Comme si je parlais à un tas de gens.
- Mais à qui ?
- À mes collègues par exemple. Ou à mes étudiants. Ça m'entraînera, tiens.
- C'est ça, une prosopopée ?
- Exactement. Parler aux absents.

Comment une émotion soigne une émotion

Vous le savez tous : sans émotions, la vie perdrait son sel. Nous avons d'ailleurs une formidable tendance à en ressentir, depuis notre naissance (si ce n'est un peu avant) jusqu'à notre dernier souffle. Une émotion, c'est un petit séisme, une effervescence de l'instant, un surplus de vie qui fait battre le cœur. Et celui-ci, comme chacun le sait, continue d'avoir ses raisons que la raison ne connaît point.

Mais vous savez tous aussi que les émotions peuvent rendre malade. Leurs excès ou, à l'inverse, leur rareté, peuvent provoquer d'innombrables souffrances. Celles-ci prennent parfois la forme de symptômes francs, qui vont de l'état de panique à l'exaltation maniaque, en passant par la fureur paranoïaque et par d'autres tempêtes intérieures que nul dictionnaire ne saurait recenser. D'autres fois, les émotions se font plus insidieuses. Elles se lovent dans l'aboulie ou l'asthénie, se déguisent en boulimie ou en anorexie, quand elles ne se cristallisent pas en paralysie, mutisme, eczéma ou alopecies, spasmes bronchiques ou coronariens, avant de perforer d'inexorables ulcères. Oui, les émotions vous réservent de ces surprises. À force, vous devenez prudent, vous tentez de composer avec elles. De nos jours, on invente même des stratégies pour « gérer » les émotions – formule atroce, excrétée par les songe-creux de la psychologie du stress et les agrefins de tout acabit.

En psychiatrie, il est usuel de traquer l'émotion. Pour quoi faire ? Ça dépend. Les tendances varient. La plus répandue a pour objectif la bonne vieille catharsis qui s'efforce de faciliter l'expression des affects, de catalyser leur évacuation, un peu comme l'on vide un abcès de son « pus louable ». Une autre tendance consiste, au contraire, à les tempérer ou même les éteindre, comme l'on ferait d'un incendie, à coup de techniques de relaxation ou de médicaments (tranquillisants et autres abrutissants aimablement proposés par les industries pharmaceutiques). Une autre stratégie, moins affichée, s'ingénie à déjouer une émotion par une autre, en provoquant une sorte de compétition entre elles. Rien de bien nouveau sous le soleil, d'ailleurs, mais ça marche quelquefois.

Tenez, dans la Chine ancienne, le Roi Fan Yang¹ s'entendait fort bien avec son épouse. Mais comme tant d'autres potentats, il fut assassiné, et sa femme en fut tellement affligée que rien ne pouvait la consoler.

Bientôt, elle tomba gravement malade et ne fut plus qu'une pauvre chose mélancolique. Beaucoup de médecins tentèrent de la soigner, en vain. Son frère eut alors la bonne idée de convoquer un peintre de grand talent, pour exécuter un portrait du roi disparu. Une fois achevée, la toile fut envoyée à la veuve. La scène représentait Fan Yang aux côtés de sa concubine préférée, tous deux considérablement nus devant le miroir d'une chambre à coucher. Furieuse, la reine cracha sur la peinture et jura que ce salaud aurait dû trépasser plus tôt. La colère une fois bue, plus trace de mélancolie. Elle était guérie.

Voilà comment on vainc une émotion par une autre, pour reprendre le mot utilisé par un de mes amis chinois, dans un essai récent.² Cette manœuvre de diversion, j'avoue y recourir de temps à autre et l'émotion pour laquelle j'ai un faible, et que j'aime volontiers déclencher, allez savoir pourquoi, c'est le courroux, le juste courroux, en une contrée où il se fait rare. Ainsi, d'un père de famille un peu mou, lâche et veule, que j'étais parvenu à extraire – au moins momentanément – de son état dépressif chronique en le sortant de ses gonds.

De petite taille, voué par ses rhumatismes et par une méchante hernie discale, il se contentait de larmoyer pendant les séances de thérapie familiale, alors que son fils, un costaud en pleine décompensation psychotique, se moquait niaisement de lui avec la complicité d'une mère un peu Jocaste sur les bords. Agacé par tant de résignation, j'avais entrepris de harceler le père de mes ksss-ksss, jusqu'à le fâcher pour de bon. Quelle scène mémorable ensuite et quel ravissement de voir ce petit père tout perclus bondir dans la salle à la poursuite de son fils tout en lui en

1. Période des dynasties du Nord et du Sud (479-502 après JC).

2. *La pensée psychologique dans la Chine ancienne*, Prof. Xie Dawei, philosophe et mathématicien de l'université de Tianjin. Manuscrit non publié disponible à la Fondation Ling, Lausanne (www.ling.ch).

assénant de vigoureuses taloches. Sans mentir, tous deux s'en portèrent mieux ensuite (la mère, je n'en jurerais pas).

- Donc, parce que ce père s'est fâché, il allait mieux ? Ou c'est son fils qui allait mieux ? Je n'ai pas compris.
- Les deux allaient mieux ; pas la mère, ou pas encore. Elle devait s'habituer au changement.
- Quel changement ?
- La capacité soudaine du père de botter le cul de son fils.
- Elle n'acceptait pas ça, la mère ?
- Elle devait apprendre à s'y habituer, c'est tout.
- C'est bizarre. Si les parents font ou acceptent de faire la même chose pour leurs enfants, leurs enfants vont mieux ?
- Bien sûr. C'est un classique.
- Qu'est-ce que c'est, un classique ?
- C'est une chose qui se répète très souvent.
- Et la répétition, c'est bon pour la santé ?
- Pas toujours, parfois c'est le contraire.
- Comment ça ? Explique-moi.
- Parfois, la répétition cause des ennuis aux gens, en particulier dans une famille.
- Comment ?
- Il n'y a plus de place pour la surprise. Et le monde reste gris.
- Qu'est-ce qu'il faut faire alors ?
- Alors, il faut provoquer une surprise.
- Comment ?
- Ah, il y a beaucoup de manières de faire une surprise, autrement dit beaucoup de stratégies ; tu as le choix.
- Entre quoi et quoi ?
- Entre provoquer l'invention d'une nouveauté, ou inventer une nouveauté toi-même parce que l'autre ne sait plus ou parce qu'il a oublié comment on invente un changement.
- On peut alors inventer quelque chose *pour* quelqu'un ?
- Et comment !
- Raconte !
- Quoi ?
- Une surprise que tu as inventée *pour* quelqu'un.
- Celle du tiroir aux hallucinations, par exemple ?
- Oui ! Oui ! Qu'est-ce que c'est, une hallucination ?
- Une perception sans objet.
- Une quoi ?
- Une perception. Quelque chose que l'on entend, que l'on sent, que l'on voit. Et qui n'existe pas vraiment.
- Et il y a des tiroirs pour ça ?
- Bien sûr.

Le tiroir aux hallucinations

Il y a quelques années, on m'avait confié à l'hôpital psychiatrique un jeune schizophrène dont le comportement trop perturbé contraignait le personnel à le confiner dans sa chambre. Il y passait de longues heures à s'observer dans un miroir, à se masturber, à se frapper le front contre les murs. Malgré les médicaments, il continuait de souffrir d'hallucinations de deux types : cénesthésiques et auditives. Il sentait son corps se déformer, ses bras devenir asymétriques, son nez s'allonger, son sexe se mettre en torsade. Il soliloquait, répondait brusquement aux voix qui l'invectivaient, le menaçaient, ou commentaient ses faits et gestes.

Il prenait des attitudes d'écoute, sursautait, se retournait, répondait aux voix, me demandait de le laisser seul.

Comme il aimait le rock et le rythm'n blues, je lui proposai un jour de passer un disque pendant notre conversation. Il parut intéressé, mit un James Brown à plein volume. Les décibels tinrent en respect les voix importunes, ce qui nous permit de lier plus ample connaissance. Les hallucinations revinrent ensuite, mais un contact avait été établi, un rituel aussi. Par bribes successives, il me raconta son histoire. Le fait d'être écouté l'apaisait et l'angoissait en même temps. Je compris que si ses hallucinations le coupaient du monde, elles le protégeaient aussi.

Au fil de nos entrevues, il montra peu à peu des signes d'amélioration et devint plus communicatif avec l'entourage. Il accepta de prendre ses repas avec les autres patients ou de poursuivre notre discussion au salon, puis de faire quelques pas dans le parc avec moi, ou même de me rendre visite à mon bureau. Encouragé par ces premiers progrès, je tentai de le convaincre de fréquenter l'atelier d'ergothérapie. Il essaya mais renonça vite : les voix le harcelaient trop. Je l'envoyai à tout hasard au dactyl-office, où on lui donna du travail sur une machine à écrire. Le jour même, il vint m'annoncer, tout blême, qu'il suffisait que ses doigts effleurent les touches pour que les hallucinations se manifestent en lui annonçant qu'il allait mourir.

Inspiré par mes lectures de Milton Erickson, je lui fis une proposition un peu bizarre : « Laissez-moi ces voix dans mon bureau, pendant votre occupation au dactyl-office. Je vous les garderai. Vous viendrez les reprendre quand vous voudrez. » Décontenancé, il se demandait visiblement si j'étais encore plus fou que lui et finit par s'en aller en claquant la porte. Mais dix minutes plus tard, il revint, visiblement intrigué par ma suggestion. « Comment dois-je m'y prendre, si j'accepte de le faire ? » J'ouvris un tiroir de mon bureau (celui qui, allez savoir pourquoi, restait toujours vide). Je lui conseillai de dire simplement aux voix de se mettre dans ce tiroir et de l'y attendre. Perplexe et curieux à la fois, il se décida et intima énergiquement à ses hallucinations de se mettre dans mon tiroir. Je refermai prestement celui-ci, pour ne pas laisser les voix s'échapper.

Il sortit à reculons, l'œil fixé sur mon tiroir. Au dactyl-office, il travailla sans difficulté jusqu'à la fin de l'après-midi et retourna directement dans sa chambre. Je m'y rendis à mon tour, pour lui rappeler qu'il avait oublié de reprendre ses voix dans mon bureau. Il déclara qu'elles étaient bien où elles étaient, et qu'il aviserait à quel moment il les reprendrait. Les jours suivants, il travailla sans difficulté à l'atelier et apprit à utiliser un clavier d'ordinateur : il n'avait plus d'hallucinations.

Tout le monde, à l'hôpital, fut enchanté comme moi par un tel revirement, ce qui me fit me sentir important. Une semaine plus tard les choses allaient toujours aussi bien. Je jubilais. La partie était-elle gagnée ? Point encore. Deux jours plus tard, il courut affolé à mon bureau : il devait renoncer à l'atelier de toute urgence. Les voix étaient là, elles le menaçaient.

« Mais elles sont dans mon bureau ! lui dis-je.

Ce ne sont pas les mêmes, dit-il. Nouvel arrivage. »

- Mais alors, ça n'a servi à rien, de les garder dans ton tiroir !
- Si. Ça lui a permis d'expérimenter un changement, de vérifier qu'il pouvait aller au dactyl-office sans que rien de terrible ne se produise. Au moins quelques jours.
- Et puis il savait utiliser un clavier.
- Oui. Du reste, il a pu retourner quelques jours plus tard à cet atelier de dactyl-office.
- Et les voix du tiroir, qu'est-ce qu'elles sont devenues ?
- Cela, Dieu seul le sait. Peut-être y sont-elles encore ?
- C'est comme si tu lui avais fait une farce.
- Ce n'est pas faux. Une farce qui devait lui rendre service.
- Tu fais souvent des farces à tes patients ?
- Oui, je le crains. Mais tu sais, en général, ils aiment bien ça.
- Toujours ? Ils ne sont jamais, jamais fâchés ?
- Oh si, il arrive que l'un ou l'autre se fâche. Mais il s'agit d'une fâcherie utile et passagère.
- Une fâcherie *utile* ? Il y a des fâcheries *utiles* ?
- Mais oui.
- Alors, un docteur peut énerver ses patients ?
- Bien sûr.
- Et tu dis qu'il y en a qui aiment ça ?
- Quand c'est un moyen pour expérimenter autre chose et surtout pour aller mieux.
- Tu me racontes une autre histoire où tu as énervé un patient ?
- Encore !
- Allez. Encore une. Ou deux.
- Celle de l'homme aux chiens, tiens.
- Ouah, ouah !

Un chien de ma chienne

Il était venu me voir parce qu'il avait peur des chiens, du plus gros au plus petit, du danois musclé au yorkshire frisottant. En douze ans, il avait consulté sept médecins, deux psychiatres, une psychologue, un ostéopathe, tous bien intentionnés, tous inefficaces. Puis, on lui a dit : essaie l'hypnose. Il a hésité. Ça lui faisait peur, mais moins que les chiens. Alors il est venu, comme ça, « pour voir ». J'ai entendu les questions habituelles : méthode valable ? Dangereuse ? Ne risque-t-on pas de devenir fou ? De ne plus « se réveiller » ? De rester sous l'emprise du médecin ? « Laissons ça, lui ai-je dit, nous verrons plus tard. Parlez-moi de votre peur. »

Au début, sa peur n'était qu'une simple frayeur périodique survenant à la vue des chiens, augmentant à leur proximité.

Il ne savait comment elle s'était muée peu en peu en idée fixe, envahissant insidieusement sa conscience, modifiant ses habitudes. Il prenait toutes les mesures nécessaires pour éviter les chiens, préparait d'avance ses parcours en ville, esquivant certains squares, fuyant les parcs publics et leurs carrés à sable, les boucheries et tout magasin dont l'entrée est garnie d'un anneau pour maintenir les bêtes en laisse à l'extérieur.

Son enfance ? Ah oui, un jour, un chien l'avait poursuivi. Épouvante indescriptible. Il avait couru vite et longtemps. Une psychologue avait ensuite insisté sur cet événement traumatique, déclencheur de sa phobie. Mais l'explication ne l'avait ni convaincu, ni guéri. Sa peur des chiens persistait, s'aggravait, lui rendait la vie sociale de plus en plus difficile. On avait essayé de le raisonner, lui-même était conscient de l'absurdité de ses frayeurs et avait tenté d'amadouer sa peur, à l'aide d'encyclopédies illustrées. Mais, même en images, les chiens l'effrayaient. La page illustrée de la rubrique « chiens » le terrorisait, avec ses boxers, ses teckels, ses épagneuls, ses sloughis, ses bouviers des Flandres aux gueules béantes. Sans oublier les king-charles, les terre-neuve, et jusqu'aux lévriers russes, avec leur air calviniste.

Le moindre jappement de chiot au loin, et il se figeait, exsangue. Furieux d'être si timoré, il s'en voulait, finissait par avoir peur de sa peur. Il faut reconnaître que les chiens ne l'aidaient guère : ils le repéraient d'instinct, l'observaient, soudain attentifs, la langue rentrée, l'oreille pointée au zénith, posaient un regard appuyé sur ses mollets, renflaient sa peur de loin, tiraient sur leur laisse.

Un psychanalyste s'était occupé de lui et l'avait fait parler pendant trois ans de son père et du lit conjugal de ses parents, à raison de quatre fois 100 par semaine. Aucune amélioration. Un behavioriste allemand, spécialiste des phobies, avait tenté la méthode de « désensibilisation » progressive. Il lui avait montré des diapositives de toutous un peu flous, dans le lointain, puis de cabots de plus en plus gros en plans rapprochés.

Atroces visions. Mais il ne faisait aucun progrès, et le médecin avait alors parlé de *flooding*. Il était parti en courant et ne l'avait plus revu.

Quand il m'a raconté tout ça, j'ai ri comme douze bossus. Ça l'a étonné, un peu vexé aussi. J'ai essayé de m'excuser, mais sans conviction. Lui était déconcerté. D'un côté, mon rire l'humiliait, comme si je me moquais de sa faiblesse, d'un autre, ça le rassurait, ça dédramatisait sa phobie en lui conférant une petite saveur anodine. Et l'hypnose ? Il voulait savoir comment j'allais l'appliquer. Une fois de plus, j'ai remis ça à plus tard : « Vous verrez, c'est plus simple que vous ne croyez ». Quand il est revenu, j'ai bien vu à son regard qu'il me guettait comme quelqu'un qui lui préparait un tour de passe-passe. Mais une sorte de complicité confiante s'installait entre nous. Il cherchait aussi à vérifier si sa peur avait toujours un caractère comique.

« Avant-hier, docteur, un vrai cauchemar. À peine dans l'ascenseur, qu'est-ce que je vois, mais qu'est-ce que je vois ? Un de ces chows-chows tout frémissants. Trop tard pour sortir. Douze étages ! » Et moi de m'esclaffer.

À notre quatrième rencontre, il m'a dit que j'avais l'air peu pressé de l'en sortir, de sa peur. Il avait même l'impression que je cherchais à l'entretenir, comme pour me distraire d'autres horreurs auxquelles mon métier me confrontait. Je ne le détrompais pas vraiment, tout en évitant une réponse trop claire.

– « Mais cette hypnose, docteur, on s'y met bientôt ? »

– Ça viendra, ça viendra. Racontez. »

Déception dans ses yeux, mais soulagement aussi (il redoutait le coup du « dormez-je-le-veux »).

Docile, il me racontait ses derniers déboires. Quand une semaine s'était passée sans panique, je bâillais, déçu, ennuyé. En revanche, dès qu'il avait un épisode particulièrement effrayant à me rapporter, je me réveillais, mes yeux s'allumaient, je l'écoutais avec une sorte de gourmandise. Dérouté, il me traitait parfois de sadique, mais ne manquait aucun rendez-vous. Mine de rien, il se piquait au jeu, s'inquiétait un peu si la semaine s'était passé sans crise de panique. Quand une de ces « rencontres du troisième type » (comme on avait fini par appeler, entre nous, ses avatars avec les chiens) s'était produite, c'était comme une aubaine, et il me la racontait dans le style « vous-ne-savez-pas-la-dernière ? ».

L'autre jour, il n'y a pas si longtemps, il m'a dit gravement : « Sérieusement, cette hypnose, on s'y met quand ? Il ne faudrait pas trop traîner tout de même. Ma peur faiblit, elle aura bientôt disparu, il n'y aura plus rien à guérir. Ce serait dommage, non ? »

– Qu'est-ce que c'est, un *flooding* ?

– C'est une technique de thérapie comportementale. On expose brusquement le sujet phobique à la situation phobogène.

- Kéxéxa ?
- Par exemple, tu enfermes le patient qui a peur des chiens dans un chenil plein à craquer pendant quelques heures. En tout cas jusqu'à ce qu'il ne crie plus.
- Toi, tu ne fais pas ça ?
- Aya ! Jamais osé.
- Bon, j'ai compris : ton travail, c'est donc de fabriquer des histoires avec tes patients.
- Oui, c'est une excellente définition.
- Mais alors, tu ne t'ennuies jamais ?
- Jamais.
- Tu es toujours content, à ton travail ?
- Ben... Non, pas toujours.
- Pourquoi ?
- Parce qu'il y a parfois des histoires tristes.
- Tu me racontes une histoire triste ?
- En es-tu bien sûre ?
- Oui, oui.
- C'est l'histoire d'une jeune femme très jolie, qui a eu une tumeur cancéreuse de la mâchoire. Une forme très sévère, qui tue. Inopérable. Alors, elle a décidé de mourir chez elle.
- Une tumeur, c'est comme une boule ?
- Oui. Et qui pousse toute seule.
- Elle pouvait encore manger ou parler ?
- De moins en moins.
- Qu'est-ce que tu as fait pour l'aider ?
- Je passais parfois le soir, chez elle, pour lui raconter des histoires.
- Quel genre d'histoires ?
- Des histoires qui la faisaient rire.
- Ça lui plaisait ?
- Oui, beaucoup.
- Et alors, elle est morte ?
- Oui.
- Tu étais là, quand elle est morte ?
- Non, mais j'y étais la veille au soir. Elle est morte au petit matin.
- Et tu lui avais raconté une histoire ?
- Oui. La dernière.
- Tu savais que c'était la dernière ?
- Non. Enfin, peut-être que si.
- Comment ça ? Tu savais ou tu savais pas ?
- Ne. Ne savais pas.
- Tu savais ou tu ne savais pas ?
- Les deux. Quelque chose en moi devait le savoir.

- Comment tu sais que quelque chose en toi devait le savoir ?
- À cause de l'histoire que j'ai choisie ce soir-là.
- Laquelle, laquelle ! ?
- Celles des deux tailleurs et de la chasse au tigre.
- Ah, je la connais !
- Oui, tu la connais. Elle a beaucoup ri en l'entendant. Ça lui faisait mal un peu à la mâchoire, mais elle l'a beaucoup aimée. Elle est morte dans les heures qui suivaient. Peut-être que tu pourras la raconter un jour à quelqu'un pour l'aider à mourir.
- On meurt tous, n'est-ce pas ?
- Tous sans exception.
- Alors, ça peut vraiment être utile une histoire comme celle-là ?
- Peut-être vraiment.

Les deux tailleurs juifs et la chasse au tigre

Deux tailleurs juifs, Abraham et Schlomo, sont en train de coudre devant leurs échoppes. Ce sont de vieux amis et tous deux connaissent la misère. Or, c'est la période des vacances et tous deux regardent avec envie les gens partir à bord de leurs voitures vers des paysages heureux, au soleil. Nos deux tailleurs soupirent. Puis Abraham demande à Schlomo :

- « Dis-moi, Schlomo, quand es-tu parti en vacances la dernière fois ? »
- Schlomo réfléchit, se gratte la tête, plisse les yeux, fronce les sourcils.
- « Voyons, voyons. Ce devait être en 1957.
- Et qu'est-ce que tu as fait, en 1957 ?
- Je suis allé à la chasse au tigre.
- Toi, tu as été à la chasse au tigre ?
- Mais oui !
- Mais tu ne m'as jamais dit ça !
- Mais je ne te dis pas tout !
- Comment est-ce arrivé ?
- Ben, c'est simple. J'ai reçu une invitation du maharajah de Kuala-boudjounagor.
- Le maharajah de quoi ?
- De Kualaboudjounagor. C'est une région pythagore d'Asie.
- On ne dit pas pythagore, Schlomo, on dit pittoresque.
- Amann ! Pittoresque ou pythagore, c'est synagogue, non ?
- Bon, bon. Raconte. Alors, le maharajah, lui-même ?...
- En personne.
- Pour toi ? Mais tu ne m'as jamais dit ça !
- Mais je ne te dis pas tout !
- Alors, raconte, quoi !
- Alors, j'ai reçu mon billet d'avion, en business...
- En business !...

– Eh oui. Une escorte princière m’attendait à l’aéroport de Kuala-boudjounagor, avec des motards qui portaient des turbans au lieu de casques, et un machin coloré au milieu du front, tu sais. Ils m’ont conduit au palais du maharajah, tout en marbre de porphyre. Une haie d’honneur de sikhs armés de fusils m’attendait devant le trône du maharajah, qui m’a reçu personnellement.

– Une escorte ! Une haie d’honneur ! Pour toi, mon Schlomo !

– Mais oui. Et puis, tu sais, j’ai eu droit à une suite personnelle, dans une aile du palais. Et à un éléphant personnel, pour la chasse. Hamsa, qu’il s’appelait, ça me revient. Et mon cornac, lui, s’appelait Ali.

– Tout ça pour toi ?

– Tout ça. Et ce n’est pas tout. Chaque soir, des femmes à demi-nues m’apportaient des corbeilles de fruits exotiques, et me lavaient longuement dans le bassin de marbre rempli de lait de génisse. Et j’ai reçu pour la chasse, sept fusils sertis de pierres et de rubis.

– Schlomo, ach, Schlomo !

– Et un jour, je l’ai vu, comme je te vois, Abraham.

– Qui ?

– Le tigre. Nous venions de partir, mon éléphant Hamsa, mon cornac Ali, et toute une escorte d’hommes enturbannés et armés jusqu’aux dents, quand nous sommes tombés en arrêt devant un banyan gigantesque. Le tigre était là, sur une branche basse. Je le voyais comme je te vois, Abraham.

– Le tigre !

– Tout le monde était pétrifié de terreur. Il faut dire, tu sais, Abraham, que c’est énorme, un tigre, un vrai. C’est gi-gan-tes-que ! Et il a ouvert une gueule gi-gan-tes-que, qui ressemblait à l’enfer, je te le jure ! Et des crocs incroyables, comme des cimenterres arabes ! Et des yeux où tournoyait une spirale de sang rouge !... Et il a poussé un rugissement assourdissant, plus puissant que trois Boeing 747 réunis !... Mon pauvre Hamsa a fait un bond en arrière, de terreur. Ali s’est enfui, comme toute l’escorte. Mes sept fusils sertis de pierres et de rubis ont roulé dans les hautes herbes... Je suis tombé sur le dos, paralysé de terreur... Et le tigre a bondi sur moi.

– Mais, mais, mon pauvre Schlomo ! Tu ne m’as jamais dit ça !

– Mais je ne te dis pas tout !

– Et alors, qu’as-tu fait ?

– Que veux-tu que je fasse ? J’ai attendu, sur le dos. Il s’est mis au-dessus de moi et je n’ai plus vu le ciel. Une patte de chaque côté de mon visage et sa gueule gi-gan-tes-que au-dessus de moi, à dix centimètres, avec son haleine atroce, et ses crocs longs comme des cimenterres arabes...

– Ach, Schlomo, mon pauvre Schlomo !

- Tu peux le dire. Je n'avais même pas la force de prier. Alors, il a ouvert encore plus sa gueule et il a planté ses crocs, là, de chaque côté de mon cou. Touche, là, juste là, tu sens ?
- Mais, mais, mon pauvre Schlomo !
- Et il a brusquement serré les crocs, d'un cou sec, schlack !
- Mais, mais, mais ? Et alors ? Qu'est-ce que tu as fait ?
- Tu veux rire ? Qu'est-ce que je pouvais faire ? Schlack ! te dis-je.
- Et, et ?...
- Et je suis mort. C'est tout.
- Mort ?
- Ben oui, quoi. Des crocs pareils, schlack !
- Mais tu es là, bien en vie !
- Et tu appelles ça une vie, Abraham ?

Épilogue

G. Salem

*« Ferme tes jolis yeux
Car les heures sont brèves
Au pays merveilleux
Au beau pays des rêves. »*

Comptine française

L'hypnose est un mot chargé de mythes, d'Histoire et d'histoires, comme nous l'avons vu dans les pages qui précèdent. Ce mot conserve jusqu'à présent sa même puissance fascinatrice, quelles que soient ses démystifications et ses mises à jour scientifiques ou culturelles, et c'est heureux. Pourquoi est-il souhaitable que l'hypnose ne soit jamais « stérilisable », jamais réductible à ce que tel charlatan ou tel savant en dira ? Parce que nous avons tous besoin de mystère, en particulier lorsque nous souffrons et que nous nous sentons misérables. Mais pourquoi le mystère peut-il venir en aide, direz-vous ? Parce qu'il existe des situations dans lesquelles les procédés rationnels perdent leur force consolatrice ou réparatrice. Mais aussi parce que le mystère a le pouvoir de créer une effervescence neuve au sein de notre quotidien, lorsque celui-ci est devenu prévisible et sans âme.

L'hypnose est certes pourvoyeuse de mystères. Elle nous restaure, parce qu'elle nous relie à notre part obscure, sans prétendre l'expliquer. Elle se contente de remuer les choses que nous éprouvons, sans nous infliger je ne sais quelle théorie élégante ou je ne sais quels dogmes fanatiques. Plus humble, ou plus inspirée, telle une muse discrète, elle fait scandaleusement confiance à cette intelligence nocturne qui nous habite tous sans exception, elle se fie à « tout ce nous savons sans savoir que nous le savons », pour paraphraser une fois de plus notre Erickson des chaumières.

Bon, voilà une pieuse intention, direz-vous. Comment les cliniciens de toute espèce pourraient-ils se contenter de ce genre d'aphorismes à

l'emporte-pièce ? Comment justifier la place d'un outil aussi hors du commun, sinon franchement aléatoire, dans l'atelier d'un soignant habitué à la rigueur médicale et conscient de ses responsabilités éthiques ? Quel *guideline* à la mode, de préférence reconnu par les concordats de nos caisses maladie ou par les classifications exhaustives et rassurantes à l'américaine, peut-il nous être donné en guise de via-tique ? Les lignes qui suivent tentent de suggérer une espèce de signification – plus proche de la « nuit qui remue » d'Henri Michaux que de je ne sais quelle scolastique résurgente – à ce processus étrange par lequel il est possible d'hypnotiser quelqu'un, et même parfois, et même souvent, de lui être bénéfique.

Je est un autre

En moi est contenu quelqu'un, quelqu'un d'autre que moi. Cet autre que moi, qui est pourtant moi, est comme plus vaste que moi. Il me contient, me nourrit, me régénère quand il faut, m'aide à mourir quand il faut. C'est un moi plus complexe, plus dense, plus riche que moi. Mais c'est moi. Sa grande force, c'est son aptitude à constituer une relation avec moi-même, de moi à moi. Dialogue souterrain, chuchotement onirique, imprécations drôlatiques, malédictions terrifiantes, suppliques grandioses, cette relation intime entre moi et moi peut essayer bien des intempéries émotionnelles.

Or cette partie cachée de moi-même, ce « moi profond » comme aiment à l'appeler certains hypnothérapeutes contemporains, cet écosystème naturel ou environnement interne, comme diraient les systémiciens sobres des académies du futur, a la mauvaise idée de ne jamais nous laisser en paix... Freud a tenté de lui donner un visage, Jung un autre, et d'autres savants ont fait pareil. Chacun à sa manière a tenté de nous initier à notre théâtre intérieur, à nos masques multiples, comme le fait ce cicéron de un soir avec le héros du *Loup des steppes*, ce roman si hypnotique de Hermann Hesse.

Oui, cet autre « Je » en moi semble s'amuser de moi, par les tourments qu'il m'occasionne, ou par les bienfaits dont il m'inonde. Tantôt il m'accable par des symptômes banals ou étranges, somatiques ou psychiques, tantôt il m'éveille d'un cauchemar, me fait rire ou m'exclamer « eurêka ». Il se manifeste à moi de façon capricieuse, dans la souffrance ou dans les joies les plus sublimes ou les plus humbles de l'existence. Il lui arrive de se loger dans l'un de mes organes, de se projeter avec précision sur les écrans du CT-scan, ou au cœur d'un syndrome comportemental, allant du TOC aux violences domestiques, ou même au plus intime d'une constellation conflictuelle inconsciente de mon âme, quand ce n'est pas en prenant le masque d'une emprise familiale intergénérationnelle déguisée en *malocchio* satanique.

Comment accéder plus facilement à cet autre moi-même ? Comment donner une chance à des pourparlers avec lui ? Comment devenir mon propre ambassadeur auprès de lui ? Comment sceller avec lui un nouveau pacte, moins douloureux, plus généreux ? Et comment rendre ce type de processus familial à ceux qui y sont restés trop longtemps étrangers ? Surtout ceux qui souffrent et que cette façon de faire pourrait soulager, en leur donnant un peu d'espoir, de confiance dans les choses de la vie, et une curiosité neuve pour tout ce qu'ils ont encore à découvrir d'eux-mêmes ? Voilà le genre de questions qui intéressent au premier chef les médecins et les soignants de toute obédience.

C'est à ce *comment*, à cette voie d'accès un peu « spéciale », à ce savoir-faire et savoir-être que nous pourrions revenir un instant avant de clore ce petit livre, en guise de pense-bête commode. Autrement dit, il s'agit ici de revenir sur l'art de lever le voile, ou mieux, sur l'art de se relier à soi-même, sur l'art d'être un peu plus l'auteur et un peu moins l'acteur de sa vie.

Un chemin possible

Commence par jouer avec son attention.

Fais-lui découvrir qu'il s'agit ici, avec toi, avant tout de jouer, de manière surtout agréable (parfois désagréable, comme lorsqu'il faut inciser un abcès).

Joue encore, rejoue, répète le jeu à chaque rencontre. Instaure subrepticement les règles de ce jeu entre toi et ton patient. Ces règles peuvent se formuler de façon variable, mettons : « il n'y a pas que ce qui va mal, il y a ce qui va bien », ou encore « ce qui va mal peut se diluer dans un ensemble plus flou » (par exemple, une sensation corporelle diffuse, englobant la sensation douloureuse dont le patient est l'otage).

Ancre l'ambiance de ce jeu, son atmosphère tangible, dans l'une des perceptions sensorielles du patient, ou dans plusieurs perceptions en même temps (« et je me demande jusqu'à quel point votre corps ressent et décode cette expérience dans sa mémoire subtile, et jusqu'à quel point cette mémoire se loge plutôt dans vos jambes, ou dans vos bras, ou dans vos oreilles, ou même dans vos globes oculaires... »).

Il se crée ainsi une mémoire corporelle de cette expérience particulière vécue en présence de quelqu'un. Une trace invisible de cette voie inédite, de cette manière neuve d'explorer sa façon d'être au monde. Cette mémoire, et tout son contenu sémantique silencieux, feront désormais partie de la culture personnelle du patient, de cette culture dite conviviale – puisqu'elle se réalise au moins à deux –, une empreinte de la « culture du cabinet » (comme l'a appelée simplement Christian

Beels, thérapeute de famille et hypnothérapeute new-yorkais, à l'horizon de ses soixante-dix ans).

Ensuite, laisse « revenir », laisse s'ajouter naturellement à cette mémoire celle du vécu de vos instants particuliers, de ces instants mystérieux où rien n'était plus comme avant, où tout était absolument différent. Ici, le temps perd sa consistance de durée bergsonienne pour se muer en une succession d'instantanés bachelardiens (autrement dit, au trémolo préfère l'arpège !). Ton patient conservera ainsi dans ses moelles l'empreinte de cet autre instant, de cet instant qui le mettait face à cet autre lui-même, de cet instant où il devenait cet autre en se dilatant jusqu'à des frontières insoupçonnées.

Enfin, il pourra à loisir exporter ou importer cette expérience même, ce jeu bizarre et inventif, dans sa vie quotidienne, pour son plus grand bien – au prix de quelques séismes parfois. Il s'appropriera peu à peu cette façon de se revisiter soi-même. Et tu ne seras plus du tout, mais du tout nécessaire dans sa vie. Heureusement, du reste, non ? Enfin, il sera temps d'aller à la pêche, ou de faire de la danse aquatique, ou même du chinois, allez.

Et nous n'en parlerons plus.

Références générales

- 7^e Congrès International de Somatothérapie. (1997), *Aesculape*, n°4, 48-50.
- Abrezol R. (1973), *Sophrologie dans notre civilisation* : Neuchâtel Inter Marketing Group.
- Abrezol R. (1989), *Tout savoir sur la sophrologie*. Lausanne, Favre.
- Adrian J. (1995), L'hypnose : une alternative à la psychanalyse ? *Le Journal des Psychologues*, n°127, 30-33.
- Anderson H, Goolishian H, Winderman L. (1986), Problem determined systems. Towards transformation in family therapy. *Journal of strategic and systemic therapies*, n°5, 1-13.
- Ashby W.R. (1956), An introduction to cybernetics. London, Chapman and Hall. Trad. française : (1958), *Introduction à la cybernétique*. Paris, Dunod.
- Balken J. (1997), Communication personnelle.
- Bandler R, Grinder J. (2005), *Les secrets de la communication. Les techniques de la PNL*. Paris, Les éditions de l'Homme.
- Bandler R, Grinder J. (1975). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson*, Vol.1. Cupertino, Ca. Meta Publications.
- Barber T.X., Spanos N., Chaves J.F. (1974), *Hypnosis, Imagination, and Human Potentialities*. New-York, Pergamon.
- Barber T.X. (1981), *Hypnosis : a scientific approach*. Camby (IN), Power Publ.
- Bateson G. (1981), Communication. In : *La Nouvelle communication*. Paris, Seuil.
- Bateson G. (1979), *Mind and nature. A necessary unit*. New York, Dutton.
- Bateson G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit*, vol.1. Paris, Seuil.
- Bateson G. (1980). *Vers une écologie de l'esprit*, vol.2. Paris, Seuil.
- Beavin-Bavelas J. (1991), Recherche sur les axiomes de « Une logique de la communication ». In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 13, Texte et contexte dans la communication.
- Beels C.C. (2001), *A different story. The rise of narrative in psychotherapy*. Phoenix, Zeig, Tucker & Theisen Inc.
- Benhaiem JM et al. (2003), *L'hypnose médicale*. Paris, Med-Line.
- Benhaiem J.-M. (dir) (2005), *L'hypnose aujourd'hui*. Paris, Ed. Ip-Press.
- Benson H. (1976), *The Relaxation Response*. New York, W. Morrow and Co.
- Berger M.M., Davadant M, Marin Ch., Wasserfallen J.-B, Pinget Ch., Maravic Ph., et al. (2010), Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*, n°36, 639-646.
- Bergson H. (1968), *Matière et mémoire : essai sur la relation du corps à l'esprit*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Bernard-Weil E. Reprendre sur de nouvelles bases la comparaison des systèmes socio-familiaux et biologiques : une ouverture vers les stratégies ago-antagonistes. In : *Familles et systèmes dans un monde en transformation*. Conférence d'ouverture des 1^{res} Journées suisses et 6^{es} Journées romandes de thérapies familiales et d'interventions systémiques, Neuchâtel, 10-11 mars 2000.

- Bernheim H. (1884), *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris, Études Nouvelles.
- Bernheim H. (1891), *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*. Paris, Fayard.
- Bernier D. (1988), Relaxation. In : *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*. Boucherville, Québec, Lalonde et Grunberg, éd. Gaëtan Morin.
- Bert C. (1999), Les faux souvenirs. *Sciences Humaines*, n°97, 23-25.
- Billeter J.-F. (2002), *Leçons sur Tchouang-Tseu*. Paris, Ed. Allia.
- Billeter J.-F. (2004), *Études sur Tchouang-Tseu*. Paris, Ed. Allia.
- Bioy A., Michaux D. (2007), *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*. Paris, Dunod.
- Bonvin E. Relation thérapeutique et machines communicationnelles. In : Bonvin E. (dir), Storms E., Morin E., Roustang F., Flahault F., Forthomme B., et al. (2009), *Nature et mouvements de la relation humaine*. Chêne-Bourg/Genève, Ed. Médecine & Hygiène, p. 41-90.
- Borgeat F. (1988), Biofeedback. In : *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*. Boucherville, Québec, Lalonde et Grunberg, éd. Gaëtan Morin.
- Boscolo L. (1991), Langage et changement. L'usage des paroles-clés en thérapie. In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 13, Texte et contexte dans la communication.
- Bottoms B.L., Davis S.L. (1997), The creation of satanic ritual abuse. *Journal of Social and Clinical Psychology*, n°16, 112-132.
- Bouchara C., Mazet P., Cohen D. (2010), Un premier schéma de l'inconscient par Charcot dès 1892. *Psychiatr. Sci. Hum. Neurosci.*, n°8, 163-169.
- Bouchara C. *Voir et transmettre*. Jean-Martin Charcot (à paraître).
- Braun L. (1994), *Paracelse*. Genève, Slatkine.
- Brenner P. (1981), *Life is a Shared Creation*. California, De Voss & Co.
- Brieghel-Muller G. (1972), *Eutonie et relaxation*. Neuchâtel, Delachaux & Niestlé.
- Brousseau G. (2005), Ne rien faire : l'induction paradoxale. In : J.-M. Benhaïem (dir.) : *L'hypnose aujourd'hui*. Paris, Ed. In-Press.
- Brown R., Kulik J. (1977), Flashbulb memories. *Cognition*, n°5, p. 73-99.
- Brown S.L. (1981), Dissociation of pleasure in psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, n°169, 3-17.
- Buber M. (1969), *Je et Tu*. Paris, Editions Aubier Montaigne.
- Campbell T.W. (1998), *Smoke and mirrors : the devastating effect of false sexual abuse claims*. New York, Insight Books/Plenum Press.
- Capafons A., Cardena-Buelna E., Amigo S. (1999), *Clinical hypnosis and self-regulation, cognitive-behavioral perspectives*. Washington, Kirsch Irving, American Psychological Association.
- Caycedo A. (1997-a), Déclaration de Récife du Professeur Caycedo. *Sophrologie Caycédienne*, n°III, 6-8.
- Caycedo A. (1997-b), Définition de la Sophrologie et de la Sophrologie Caycédienne. *Sophrologie Caycédienne*, n°III, 33.
- Caycedo A. (1998-c), Définitions de la Sophrologie et de la Sophrologie Caycédienne. *Sophrologie Caycédienne*, n°IV, 33.
- Caycedo A. (1972), *Dictionnaire abrégé de Sophrologie et de Relaxation Dynamique*. Barcelone, Emege.
- Caycedo A. (1995-b), *Dictionnaire fondamental de la Sophrologie. Structures de la Sophrologie Caycédienne comme nouvelle profession*. Principauté d'Andorre. Sophrocay, Arinsal.
- Caycedo A. (1998-b), La méthode Caycedo et l'existence sophronique : rencontre vivantielle entre l'occident et l'orient. *Sophrologie Caycédienne*, n°IV, 3-9.

- Caycedo A. (1998-a), Le danger des « sophrologues cui-cui ». *Sophrologie Caycédienne*, n°IV, 1.
- Caycedo A. (1996), Sphrocay Vivential System SVS. *Sophrologie Caycédienne*, n°4, 3-29.
- Caycedo A. (1995-a), Trois étapes dans l'historicité phénoménologique de la sophrologie : naissance 1960, premier dictionnaire 1972, deuxième dictionnaire 1995. *Sophrologie Caycédienne*, n°1, 3-4.
- Cayrol A, Saint-Paul J.D. (1984), *Derrière la magie. La Programmation Neuro Linguistique*. Paris, Inter Éditions.
- Champion F. (2000), Thérapies et nouvelles spiritualités. *Sciences Humaines*, n°106, 32-35.
- Chapelle G. (2000-a), Histoire de la mémoire. *Sciences Humaines*, n°107, 22-23.
- Chapelle G. (2000-b), Les leçons de l'amnésie. *Sciences Humaines*, n°107, 27.
- Chartier J. (1995), De l'héritage au dialogue. *Le Journal des Psychologues*, n°127, 21.
- Cheng F. (1991), *Vide et plein. Le langage pictural chinois*. Paris, Seuil.
- Chertok L. (1991), Court historique des idées sur l'hypnose, ou d'un 89 à l'autre. In : *La suggestion, hypnose, influence, transe, Actes du colloque de Cerisy*. Paris, Bougnoux Éd., Les empêcheurs de penser en rond.
- Chertok L. (1998), *Le non-savoir des psy. L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie*. Le Plessis-Robinson, Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond.
- Chertok L. (1989), *L'hypnose*. Paris, Payot.
- Chertok L., Stengers I. (1989), *Le cœur et la raison. L'hypnose en question, de Lavoisier à Lacan*. Paris, Payot.
- Chertok L., Stengers I. (1990), *L'hypnose, blessure narcissique*. Paris, Delagrangé.
- Chew G. (1967), Closure, locality and the bootstrap. *APS Journal, Phys. Rev. Lett.*, n°19, 1492-1495.
- Chomsky N. (1986), *Knowledge of language. Ist nature, origin and use*. New York, Praeger.
- Coles H. (1997-a), Sigmund Freud sur la sellette. *Le Monde*.
- Coles H. (1997-b), Vraies victimes et faux souvenirs des abus sexuels. *Le Monde*.
- Collot E. (1991), Hypnose et communication dissociée en thérapie. In : *La suggestion : hypnose, influence, transe*. Paris, Bougnoux, éd., Les empêcheurs de penser en rond, Laboratoires Delagrangé.
- Conseil supérieur de déontologie sophrologique. Sphrocay Vivential System SVS - Système Programmé pour la Formation Vivantielle des Sophrologues Caycédiens. (1996), In : *Sophrologie Caycédienne*. Principauté d'Andorre, Sphrocay International.
- Cooper L., Erickson M. (1952), The time distorsion in hypnosis. In : *Experimental Hypnosis*. New York, Erickson, éd. Mac Millan.
- Corboz-Warnery A., Fivaz-Depeursinge E., Gertsch-Bettens C., et al. (1993), Systemic analysis of triadic father-mother-baby interactions. *Infant Mental Health Journal*, n°14, 298-316.
- Cottureau M.J., Manus A., Martin A. (1990), *Manuel de thérapie psychiatrique*. Paris, Masson.
- Crombez J.-C. (1988), Les psychothérapies expérientielles. In : *Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale*. Boucherville, Québec, Lalonde et Grunberg, éd. Gaëtan Morin.
- Cudicio C. (1988), Maîtriser l'art de la PNL. *Programmation neurolinguistique*. Paris, Les Éditions d'Organisation.
- Cyrulnik B. (1991), *De la parole comme d'une molécule*. Paris, Eshel.

- Cyrulnik B. (1997), *L'ensorcellement du monde*. Paris, Odile Jacob.
- Dagognet F. (1994), *Le trouble*. Paris, Synthélabo.
- Daudet A. (1901), *Études et souvenirs*. Paris, A. Houssiaux.
- Déjerine J, Gauckler E. (1911), *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie*. Paris, Masson.
- Delay J. (1950), *Les dissolutions de la mémoire*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Delorme A. (1982), *Psychologie de la perception*. Paris, Montréal, Études vivantes.
- Derrida J. (1987), *Psyché. Invention de l'autre*. Paris, Galilée.
- Douglas M. (1992), The person in an enterprise culture. In : Heap S.H. *Understanding the enterprise culture : themes in the work of Mary Douglas*. Edinburgh, Edinburgh University Press.
- Durand De Bousingen R. (1961), *La relaxation*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Durand De Bousingen R. (1988), Préface. In : *La Relaxation Dynamique*. Hubert J.P., Tours, éd. G. Clarey.
- Durand De Bousingen R, Kammerer T. (1968), Considérations sur la structure du langage dans l'expérience de la relaxation vécue à travers le training autogène. *Revue de Médecine Psychosomatique*, n°10, 1-10.
- Duruz N. (1994), *Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes à une analyse comparative*. Neuchâtel - Paris, Delachaux et Niestlé.
- Duruz N., Gennart M. (sous la direction de) (2002), *Traité de psychothérapie comparée*. Genève/Paris, Médecine et Hygiène.
- Eckman P, Levenson R.W., Friesen W. (1983), Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, n°221, 1208-1210.
- Edelman G.M. (2000), *Biologie de la conscience*. Traduit par A. Gerschenfeld. Paris, Odile Jacob.
- Edgette J.H., Edgette J.S. (1995), *The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy*. New York, Ed. Brunner/Mazel. Traduction française : Taillandier J., (2001), *Manuel des phénomènes hypnotiques en psychothérapie*, Bruxelles, Ed. Satas.
- Ehrenberg A. (2008), Le « cerveau social ». *Chimère épistémologique et vérité sociologique. Esprit*, 79-103.
- Ellenberger H.F. (1994), *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Traduit par J. Feisthauer. Paris, Fayard.
- Erickson M.H. (1999), *De la nature de l'hypnose et de la suggestion*. Vol. I. Traduit par A. Touyarot, J. Taillander. Bruxelles, Ed. Satas.
- Erickson M.H. (1983), *Healing in hypnosis*. New York, Irvington.
- Erickson M.H. (1958), Hypnosis in painful terminal illness. *American Journal of Clinic Hypnosis*, n°1, 117-121.
- Erickson M.H. (1980), The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. New York, Irvington. Traduction française (1990), *L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose*. Bruxelles, Ed. Satas, tomes 1 à 5.
- Erickson M.H., Rossi E., Rossi S. (1976), *Hypnotic realities*. New York, Irvington.
- Escarpit R. (1976), *Théorie générale de l'information et de la communication*. Paris, Hachette.
- Feldenkrais M. (1967), *La conscience du corps*. Paris, Laffont.
- Finkenauer C., Rime B. (1998), Keeping emotional memories secret : health and subjective well-being when emotions are not shared. *Journal of Health Psychology*, n°3, 47-58.
- Fivaz-Depeursinge E. (1997), Communication personnelle.

- Fivaz-Depeursinge E. (1991), Documenting a time-bound, circular view of hierarchies: a microanalysis of parent-infant dyadic interaction. *Family Process*, p. 101-120.
- Fivaz-Depeursinge E. (1993), *L'apport des travaux de Daniel Stern à la compréhension de la famille*. CEF.
- Fivaz-Depeursinge E., Bürgin D., et al. (1994), The dynamics of interfaces: seven authors in search of encounters across levels of description of an event involving a mother, father and baby. *Infant Mental Health Journal*, n°15, 69-89.
- Fivaz-Depeursinge E, Corboz-Warnery A. (1999), *The primary triangle. A developmental system view of mothers, fathers, and infants*. New York, Basic Books.
- Flahault F. (2003), Le paradoxe de Robinson. Capitalisme et société. Paris. Ed. Descartes et Cie.
- Fontanier P. (1968), *Les figures du discours*. Paris, Flammarion.
- Foucault M. (1966), *Les mots et les choses*. Paris, Gallimard.
- Frankel F.H. (1994), The concept of flashbacks in historical perspective. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, n°42, 321-336.
- Frederic C.B. (1995), *Remembering: a study in experimental and social psychology*. Cambridge UK, New York, Cambridge University Press.
- Freud A. (1946), *The psychoanalytic treatment of children*. London, Imago.
- Freud S. (1914), Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique. In : *Cinq leçons de psychanalyse*. Freud, Paris, Payot.
- Freud S. (1972), *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot.
- Freud S. Hypnose. (1988), In : *Œuvres complètes*. Vol. IX. Paris, Presses Universitaires de France.
- Freud S. (1985), *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot.
- Freud S. (1997), *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Traduit par B. Féron. Paris, Gallimard.
- Freud S., Breuer J. (1956), *Études sur l'hystérie*. Traduit par A. Berman. Paris, Presses Universitaires de France.
- Gamba L. (1997), *Comprendre la Sophrologie Bio-Dynamique*. Genève, École de Sophrologie de Genève.
- Gauchet M. (1992), *L'inconscient cérébral*. Paris, Seuil.
- Gauchet M., Swain G. (1986), Du traitement moral. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie. *Confrontations Psychiatriques*, n°26, 19-40.
- Gendlin E. T. (1981), *Focusing*. Bantam.
- Gergen M.M., Gergen K.J. (1984), The social construction of narrative accounts. In : *Historical Social Psychology*, Lawrence Erlbaum Assoc. Inc. Publ., New Jersey, 173-190.
- Gill M.M., Brenman M. (1959), *Hypnosis and related states. Psychoanalytical studies in regression*. New York, Intern. Univ. Press.
- Gilligan S. (1985), Generative autonomy. Principles for an Ericksonian hypnotherapy. In : *Ericksonian psychotherapy*. Zeig éd., Vol. I : Structures. New York, Brunner Mazel.
- Gilligan S. (1987), *Therapeutic trances. The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy*. New York, Brunner Mazel.
- Godin J. (1992), *La nouvelle hypnose. Vocabulaire, principes, méthodes*. Paris, Albin Michel.
- Goleman D. (1997), *L'intelligence émotionnelle 1*. Paris, Laffont.
- Goleman D. (1999), *L'intelligence émotionnelle 2*. Paris, Laffont.
- Goleman D. (1994), Proof lacking for ritual abuse by satanists. *The New York Times*.

- Goolishian HA, Anderson H. (1987), Language systems and therapy: an evolving idea. *Psychotherapy*, n°24, 529-558.
- Gravitz M.A. (1991), Early theories of hypnosis. A clinical perspective. In : *Theories of hypnosis : current models and perspectives*. LynnetRhue. New York, Guilford Press.
- Gregory L.R. (1987), *The Oxford companion to the mind*. Oxford, Oxford University Press.
- Grinder J., Bandler R. (1975). *The structure of magic*. Palo Alto California, Science and Behavior Books, Vol. 1.
- Grinder J., Bandler R. (1976). *The structure of magic*. Palo Alto California, Science and Behavior Books, Vol. 2.
- Hacking I. (1998), *L'âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*. Traduit par J. Brumberg-Chaumont et B. Revol avec la collaboration de A. Leblanc et C. Dabitch. Le Plessis-Robinson, Synthélabo.
- Haley J. (1990), *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. Paris, Épi.
- Hall E.T. (1978), *La dimension cachée*. Paris, Seuil.
- Hamann A. (1978), L'abandon corporel. *Santé Mentale au Québec*, n°3, 85-95.
- Hammond D.C. (1990), Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York, London, Ed. W.W. Norton & Co Inc. Traduction française par J. Taillandier. (2004), *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles, Ed. Satas.
- Haumont C. (1980), *Relaxation et sophrologie*. Verviers, Marabout.
- Herink R. (1980), *The psychotherapy handbook : The A to Z guide to more than 250 different in use today*. New York, Amendian Books.
- Hersch J. (2003), *L'étonnement philosophique, Une histoire de la philosophie*. Paris, Ed. Gallimard, FolioEssais.
- Hilgard E.R. (1977), *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York, Wiley.
- Hilgard J.R. (1974), Imaginative involvement: some characteristics of the highly hypnotizable and the non-hypnotizable. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, n°22, 138-156.
- Hoareau J. (1992), *Hypnose clinique*. Paris, Masson.
- Hoffman L. (1988), Une position constructiviste pour la thérapie familiale. *Irish Journal of Psychology*, n°9, 110-129.
- Hubert J.P. (1988-a), *La Relaxation dynamique*. Tours, G. Clarey.
- Hubert J.P. (1988-b), *Traité de sophrologie tome 1*. Vol. 1, Paris, Le Courrier du Livre.
- Hubert J.P, Abrezol R. (1990). *Traité de sophrologie tome 2*, Vol. 2, Paris, Le Courrier du Livre.
- Hulin M. (1993), *La mystique sauvage*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Hull C.L. (1933), *Hypnosis and suggestibility : an experimental approach*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Hyman IE. (1999), Creating false autobiographical memories : Why people believe their memory errors. In : Winograd E. *Ecological approaches to cognition : essays in honor of Ulric Neisser. Emory symposia in cognition*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Hyman I.E., Kleinknecht E.E. (1999), False childhood memories : research, theory, and applications. In : Williams L.M. *Trauma and memory*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, Inc.
- Hyman I.E., Loftus E.F. (1998), Errors in autobiographical memory. *Clinical Psychology Review*, n°18, 933-947.
- Hyman I.E., Loftus E.F. (1997), Some people recover memories of childhood trauma that never really happened. In : Appelbaum PS (éd.). *Trauma and memory: clinical and legal controversies*. New York, Oxford University Press.

- Jacobini M. (2009), *Mirroring people. The science of empathy and how we connect with others*. New York, Ed. Picador.
- Jacobson E. (1948), *Progressive relaxation*. Chicago, University of Chicago Press.
- Janet P. (1889), *L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris, Payot.
- Janet P. (1919), *Les médications psychologiques*. Paris, L'Harmattan.
- Janov A. (1982), *Prisonniers de la souffrance*. Paris, Laffont.
- Karasu T.B. (1986), The specific versus non specific dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, n°143, 687-695.
- Kassin S.M. (1997), False memories turned against the self. *Psychological Inquiry*, n°8, p. 300-302.
- Kassin S.M., Kiechel K.L. (1996), The social psychology of false confessions : compliance, internalization, and confabulation. *Psychological Science*, n°7, 125-128.
- Kassin S.M., Neumann K. (1997), On the power of confession evidence : an experimental test of the fundamental difference hypothesis. *Law and Human Behavior*, n°21, 469-484.
- Kerouac M. (2008), *Métaphore*. Bruxelles, Ed. Satas.
- Kircher F. (1991), *Les 36 stratagèmes. Traité secret de stratégie chinoise*. Paris, Ed. JC Lattès.
- Lankton S. (2008), *Tools of Intentions : Strategies that Inspire Change*. Crown House Publishers, Carmarthen.
- Lankton S., Lankton C. (2007), *Enchantment and intervention in family therapy: Using metaphor in family therapy*. Crown House Publishers, Carmarthen.
- Laurence J.R., Day D., Gaston L. (1998), From memories of abuse to the abuse of memories. In : Lynn S.J. *Truth in memory*. New York, The Guilford Press.
- Laurence J.R., Perry C. (1988), *Hypnosis, will and memory. A psycholegal history*. New York, London, The Guilford Press.
- Le Bon G. (1963), *La psychologie des foules*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Le Doux J. (1998), *The emotional brain*. London/New York, Phoenix Publ.
- Lemaire J.G. (1964), *La relaxation*. Paris, Payot.
- Lenk W. (1985), Vorschläge zur Veränderung der Simonton Programms. In: *Hypnose und Hypnotherapie nach M. B. Erickson*. Peter, Pfeiffer Verlag.
- Lessing D. (1986), *La terroriste : roman*. Traduit par M. Véron. Paris, Albin Michel.
- Loftus E.F. (1981, 1996), *Eyewitness testimony*. Cambridge, London, Harvard University Press.
- Loftus E.F. (1993), The reality of repressed memories. *American Psychologist*, n°48, 518-537.
- Loftus E.F., Ketcham K. (1997), *Le syndrome des faux souvenirs*. Traduit par Champollion Y. Paris, Exergue.
- Lowen A. (1985), *La Bio-Énergie*. Traduit par Fructus M. Paris, Sand.
- Luminet O. (2000), Souvenirs flashes : le rôle des émotions. *Sciences Humaines*, n°107, 34-37.
- Lynn S.J., Rhue J.W., Weekes J.R. (1990), Hypnotic involuntariness : a social-cognitive analysis. *Psychological Review*, n°97, 169-184.
- Lynn S.J., Weekes J.R., Minalo M.J. (1989), Reality versus suggestion : pseudomemory in hypnotizable and stimulating subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, n°98, 137-144.
- Ma W. (1988), *Cui mian shu*. Beijing, Kexue puji chubanshe.
- Malarewicz J.A., Godin J. (1986), *Milton H. Erickson : de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*. Paris, ESF.

- Martino B. (1985), *Le bébé est une personne*. Paris, Baland.
- McLuhan M. (1968), *Pour comprendre les médias*. Paris, Seuil.
- Meheust B. (1999), *Somnambulisme et médiumnité. T1 : le défi du magnétisme* (620 p.). Paris, Ed Synthélabo. Les Empêcheurs de penser en rond.
- Merheust B. (1999), *Somnambulisme et médiumnité. T2 : le choc des sciences psychiques* (598 p.). Paris, Ed Synthélabo. Les Empêcheurs de penser en rond.
- Merleau-Ponty M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, Paris.
- Meylan Pernet C. (1994), *Hommes & Perspectives*. Marseille, Paris, Desclée de Brouwer.
- Michaux D, Bioy A. (2007), *Traité d'hypnothérapie*. Paris, Imago.
- Michaux D. (2006), *Hypnose et dissociation psychique*. Paris, Imago.
- Michaux D. (2004), *Douleur et hypnose*. Paris, Imago.
- Michaux D. (1998), *Hypnose, langage et communication*. Paris, Imago.
- Michaux D. (1995), *La transe et l'hypnose*. Paris, Imago.
- Milgram S. Behavioral study of obedience. In : Fein S. (1996), *Readings in social psychology : the art and science of research*. Boston, Houghton Mifflin.
- Milgram S. (1989), *Soumission à l'autorité : un point de vue expérimental*. Traduit par Molinié E. Paris, Calmann Lévy.
- Mitchell W. (1887), *Fat and blood, and how to make them*. Philadelphie.
- Molénat X. (2008), Bataille autour du cerveau. *Sciences Humaines*, n°198, 37-38.
- Molinié G. (1992), Dictionnaire de rhétorique. Paris, Librairie générale française.
- Montmollin G.D. (1977), *L'influence sociale. Phénomènes, facteurs et théories*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Morin E. (1993), *Pour sortir du xx^e siècle*. Paris, Seuil.
- Moscovici S. (1981), *L'âge des foules*. Paris, Fayard.
- Orne 1961 Orne M.T. (1961), The potential uses of hypnosis in interrogation. In : Biderman A.D. *The manipulation of human behavior*. New York, Wiley.
- Orne M.T., Whitehouse W.G., Dinges D.F. et al. (1988), Reconstructing memory through hypnosis : forensic and clinical implications. In : *Hypnosis and Memory*. New York, London, The Guilford Press.
- Orr L. (1986), *L'éveil à la respiration*. Québec, L'Entier.
- Painter J., Bélar M. (1982), *Le massage en profondeur*. Montréal, Édition du Jour.
- Pask G. (1976), *Conversation theory*. New York. Elsevier Press
- Penfield W. Memory and perception. (1970), *Research Publications of the Association for Research in Nervous and Mental Disease*, n°48, 108-122.
- Penfield W. (1972), The electrode, the brain and the mind. *Zeitschrift für Neurologie*, n°201, 297-309.
- Pennebaker J.W. (1995), *Emotion, disclosure, and health*. Washington, American Psychological Association.
- Perelman C., (1970), Olbrechts-Tyteca L. *Traité de l'argumentation. La nouvelle rhétorique*. Bruxelles, Éd. Universitaire de Bruxelles.
- Pérez J.A., Mugny G. (1993), *Influences sociales. La théorie de l'élaboration du conflit*. Neuchâtel Paris, Delachaux et Niestlé.
- Perls F., Heferline R.F. (1951), *Gestalt Therapy*. New York, Delta Book.
- Perry C., Walsh B. (1978), Inconsistencies and anomalies of response as a defining characteristic of hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, n°87, 574-577.
- Petot J.-M. (1995), De la différence à la complémentarité. *Le Journal des Psychologues*, n°127, 41-46.
- Piaget J., Inhelder B. (1970), Mémoire et intelligence. In : *La mémoire : symposium de l'Association de psychologie scientifique de langue française* (Genève, 1968). Presses Universitaires de France, Paris.

- Pignarre P. (1995), *Les deux médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*. Paris, La Découverte.
- Pope H.G., Hudson J.I., Bodkin J.A. et al. (1998), Questionable validity of « dissociative amnesia » in trauma victims : evidence from prospective studies. *British Journal of Psychiatry*, n°172, 210-215.
- Pope K.S., Brown L.S. (1996), *Recovered memories of abuse : assessment, therapy, forensics*. Washington, American Psychological Association.
- Proust M. (1985), *Le temps retrouvé*. Paris, Gallimard.
- Rager G.R. (1973), *Hypnose, sophrologie et médecine*. Paris, Fayard.
- Raulier J. (1996), *Prisonnier ou conquérant du temps. Esquisse d'une théorie de la dissociation chez Pierre Janet*. Bruxelles.
- Rausky F. (1993), Le quatrième état organismique : réflexions théoriques et cliniques sur une hypothèse chertokienne. In : *Importance de l'hypnose*. Stengers, éd., Les empêcheurs de penser en rond, Paris, Synthélabo.
- Reich W. (1971), *L'analyse caractérielle*. Paris, Payot.
- Rhue J.W., Lynn S.J., Kirsch I. (1994), *Handbook of clinical hypnosis*. Washington, American Psychological Association.
- Ricoeur P. (1990), *Soi-même comme un autre*. Paris, Ed. Gallimard.
- Rime B., Noël P, Philippot P. (1991), Épisode émotionnel, réminiscences mentales et réminiscences sociales. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n°11, 93-104.
- Rolf I. (1977), *Rolfing : The Structural Integration of Human Structure*. Boulder, Colorado, Rolf Institute.
- Rosen S. (1986), *Ma voix t'accompagnera. Milton H. Erickson raconte*. Paris, Hommes et Groupes éditeurs.
- Rosenfield I. (1989), *L'invention de la mémoire. Le cerveau nouvelles donnes*. Traduit par A.-S. Cismaresco. Paris, Georg.
- Ross B.M. (1991), *Remembering the personal past : descriptions of autobiographical memory*. Oxford, New York, Oxford University Press.
- Ross D. (1983), Communication personnelle.
- Rossi E. L. (1994), *Psychobiologie de la guérison. Influence de l'esprit sur le corps*. Traduit par Jean-Claude Bernot.
- Rossi E.L., David N. (1991), *The 20 minute break, Using the new science of ultradian rhythms*. Jeremy P. Los Angeles, Tarcher.
- Rossi I. (1997), *Corps et chamanisme*. Paris, Masson-Armand Colin.
- Roudinesco E. (1986), *La bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France*. Paris, Seuil.
- Roustang F. (2009), *Le secret de Socrate pour changer la vie*. Paris, Odile Jacob.
- Roustang F. (2006), *Savoir attendre*. Paris, Odile Jacob.
- Roustang F. (2003), *Il suffit d'un geste*. Paris, Odile Jacob.
- Roustang F. (2000), *La fin de la plainte*. Paris, Odile Jacob.
- Roustang F. (1994), *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Paris, Les éditions de Minuit.
- Roustang F. (1990), *Influence*. Paris, Les éditions de Minuit.
- Rovee-Collier C. (1997), Dissociations in infant memory : rethinking the development of implicit and explicit memory. *Psychological Review*, n°104, 476-498.
- Rovee-Collier C. (1990), The « memory system » of prelinguistic infants. *Annals of the New York Academy of Sciences*, n°608, 517-536.
- Sacks O. (1989), Préface. In : Rosenfield I. *L'invention de la mémoire. Le cerveau nouvelles donnes*. Paris, Georg.
- Salem G. (1990), Le récit familial et ses variations. *Thérapie familiale*, n°11-3, 281-293.

- Salem G. (1997), Du plausible au réel : les recadrages de l'hypnose. *Hypnose*, n°VII, 13-20.
- Salem G. (2002a), La narration thérapeutique. In : Stitelmann J. *Au-delà de l'image. Processus et émergences créatrices en art, en thérapie et lien social*. Éditions des Deux Continents, Genève, 91-120.
- Salem G. (2002b), L'hypnose. In : Duruz N, Gennart M. *Traité de psychothérapie comparée*. Genève/Paris, Médecine et hygiène. 345-373.
- Salem G., Veuve L. (2002 c), *La petite pause*. Lausanne, Ling.
- Salem G. (2011), *Le combat thérapeutique*. 2^e édition. Paris, Armand Colin.
- Salem G. (2009a), *L'approche thérapeutique de la famille*. 5^e édition. Paris, Masson.
- Salem G. (2009b), Le baiser du prince. In : Bonvin E., Storms E. *Nature et mouvements de la relation humaine, HypnoseS*, Genève, Ed. Médecine & Hygiène, p. 139-166.
- Salem G. (2009 c), La surprise thérapeutique. *Revue Hypnose & thérapies brèves*, n°14, 21-31.
- Salem G. (2011), *La maltraitance familiale : dévoiler, intervenir, transformer*. Paris, Armand Colin.
- Sarbin T., Coe W. (1977), *Hypnosis: a social psychological analysis of influence communication*. New York, Holt Rinehart and Wilson.
- Satir V. (1972), *Peoplemaking*. Palo Alto, Ca, Science and Behavior Books.
- Schacter D.L. (1999), *À la recherche de la mémoire. Le passé, l'esprit et le cerveau*. Traduit par Desgranges B., Eustache F. Paris, De Boeck.
- Schefflen A.E. (1981), Systèmes de la communication humaine. In : *La nouvelle communication*. Winkin, Paris, Seuil.
- Schreiber F.R. (1975), *Sybil. L'histoire vraie et extraordinaire d'une femme habitée par seize personnalités différentes*. Traduit par P. Alexandre. Lausanne, Ex Libris.
- Schultz J.H. (1958), *Le training autogène, méthode de relaxation par autodécontraction concentrative. Essai pratique et clinique*. Traduction française par R. Durand-de-Bousingen, Y. Becker, Paris, Presses Universitaires de France.
- Seyle H. (1974), *Stress sans détresse*. Montréal, La Presse.
- Shannon C.E., Weaver W. (1975), *The mathematical theory of communication*. Urbana-Champaign, University of Illinois Press. Traduction française, (1949), *La théorie mathématique de la communication*. Paris, Retz-CEPL.
- Shazer (de) S. (1994), *Words were originally magic*. New York, Ed. W.W. Norton & Co. Traduction française (1999), *Les mots étaient à l'origine magiques*. Bruxelles, Ed. Satas.
- Sifneos P. (1977), *Psychothérapie brève et crise émotionnelle*. Bruxelles, Pierre Mardaga.
- Simon M.J., Salzberg H.C. (1985), The effect of manipulating expectancies on posthypnotic amnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, n°33, 40-51.
- Spanos N.P. (1998), *Faux souvenirs et désordre de la personnalité multiple : une perspective socio-cognitive*. Traduit par Gottschalk M., De Boeck Université, Paris.
- Spiegel H. (1974), The Grade Five syndrome : the highly hypnotizable person. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, n°22, 303-319.
- Spiegel H., Spiegel D. (1978), *Trance and treatment. Clinical uses of hypnosis*. New York, Basic Books.
- Sporer S.L., Penrod S., Read D., et al. (1995), Choosing, confidence, and accuracy: a meta-analysis of the confidence accuracy relation in eyewitness identification studies. *Psychological Bulletin*, n°118, 315-327.

- Starobinsky J. (1999), *Action et réaction*. Vie et aventures d'un couple. Paris, Seuil.
- Stengers I. (1993), *Importance de l'hypnose*. Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.
- Stengers I. (1995), Le médecin et le charlatan. In : *Médecins et sorciers., Les Empêcheurs de Penser en Rond*. Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo.
- Stern D. (2003), *Le moment présent en psychothérapie*. Paris, Odile Jacob.
- Stern D. (1991), Le dialogue entre l'intrapsychique et l'interpersonnel : une perspective développementale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°13, 47-97.
- Stern D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Stokvis B., Monserrat-Estève S, Guyonnaud J.P. (1972), *Introduction à l'hypnose et à la sophrologie*. Paris, Maloine.
- Strubbe M.J. (2005), What did Triplett really find ? A contemporary analysis of the first experiment in social psychology. *American Journal of Psychology*, n°118, 271-286.
- Thompson J.K., Haber J.D., Ternan B.H. (1981), Generalization of Frontalis Electromyographic Feedback to Adjacent Muscle Groups : A Critical Review. *Psychosomatic Medicine*, n°43, 19-24.
- Tocquet R. (1981), *Votre mémoire : comment l'acquérir, la développer et la conserver*. Paris, Dangles.
- Triplett N. (1898), The dynamogenic factors in pacemaking and competition. *American Journal of Psychology*, n°9, 507-533.
- Triplett N. (1900), The psychology of conjuring deceptions. *American Journal of Psychology*, n°11, 439-510.
- Tversky B. (2000), Biased retellings of events yield biased memories. *Cognitive Psychology*, n°40, 1-38.
- Valéry P. (1973). *Cahiers*. Vol. 2. Paris, Gallimard.
- Vittoz R. (1955), *Angoisse ou Contrôle*. Édition du Levain.
- Vittoz R. (1954), *Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral*. Paris, Baillière.
- Von Bertalanffy L. (1968), *General systems theory. Essays on its foundation and development*. New York, Braziller. Trad. française : (1973), *Théorie générale des systèmes : physique, biologie, psychologie, sociologie, philosophie*. Paris, Dunod.
- Von Krafft-Ebing R. (1963), *Psychopathia sexualis*. Paris, Payot.
- Von Senger H. (1992), *Stratagèmes. Trois millénaires de ruses pour vivre et survivre*. Paris, Inter Éditions.
- Watzlawick P. (1975), *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Paris, Seuil.
- Watzlawick P. (1980), *Le langage du changement. Éléments de communication thérapeutique*. Seuil, Paris.
- Watzlawick P., Helmick-Beavin J., DonJackson D. (1979), *Une logique de la communication*. Paris, Seuil.
- Watzlawick P., Weakland J.H. (1981), *Sur l'interaction*. Paris, Seuil.
- Weitzenhoffer A. (1989-b), *Non traditional hypnotism*, Vol.2. New York, John Wiley & Sons.
- Weitzenhoffer A. (1989-a), *Traditional and semi-traditional techniques and phenomenology*, Vol.1. New York, John Wiley & Sons.
- Weitzenhoffer A. (1960), Unconscious or co-conscious ? Reflections upon certain recent trends in medical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, n°2, 177-196.

- White M., Epston D. (1990), *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York, Ed. W.W. Norton & Co. Trad franc. (2003), *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Bruxelles, Ed. Satas.
- Widlöcher D. (1970), *Freud et le problème du changement*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Wiener N. (1948), *Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine*. New York, Wiley.
- Wiener D.J. (1994), *Rehearsals for growth : theater improvisations for psychotherapists*. New York, W.W. Norton.
- Wiener D.J. (1998), Mirroring movement for increasing family cooperation. In : Nelson TS, Trepper T (Eds.). *101 more interventions in family therapy*. New York, Haworth Press. n°2, 5-8.
- Wilbur C.B. (1984), Multiple personality and child abuse. An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, n°7, 3-7.
- Williams L.M. (1995), « Recall of childhood trauma : a prospective study of women's memories of child sexual abuse » : Correction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n°63, 342.
- Wilson P.R. (1968), Perceptual distortion of height as function of scribed academic status. *Journal of Social Psychology*, n°74, 97-102.
- Winnicott D.W. (1997), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Traduit par C. Monod et J.-B. Pontalis. Paris, Gallimard.
- Yapko D.M. (1990), *Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York, Brunner & Mazel.

INDEX

- A
- abréaction(s) 8, 25, 83, 85, 126
 - affective 101, 141, 142, 222
 - abus sexuels 270
 - accentuation 247
 - acceptation 26, 78, 111
 - accepting and utilizing* 51, 114
 - accordage affectif 41, 48, 64, 104, 235, 241
 - accouchement 82, 84, 101
 - action
 - en justice 269
 - réflexe 183
 - spontanée 183
 - addictions 221
 - adolescent 101
 - affect bridging* 141
 - affection dermatologique 82
 - agitation 76
 - psychomotrice 47
 - agressivité 46, 67
 - agueusie 122
 - ajustement(s) 35, 41, 44, 64, 72, 102, 104, 107, 132
 - alcoolique 151
 - alcoolisme 82, 84, 101
 - alexithymie 126
 - allégorie de la caverne de Platon 182
 - alliance 67, 77, 103, 240
 - thérapeutique 53, 64, 83, 103
 - allround psychotherapists* 96
 - allusion 50, 111, 142
 - altérité 182
 - alternative illusoire 50, 113
 - amaurose hystérique 8
 - âme 187, 245, 251, 271, 272
 - amnésie 8, 25, 61, 77, 86, 129, 254, 260
 - hypnotique 259
 - infantile 269
 - amygdale 12
 - analgésie 9, 138
 - analgésique 6
 - analogie 26
 - analogique 21, 25, 33, 34, 38, 71
 - analyse
 - biographique
 - existentielle ou *Daseinanalyse*
 - anamnèse 53, 77, 78, 99
 - ancrage 72, 131
 - ancrer 53
 - anecdote 111, 131, 135, 137
 - anesthésie 9, 25, 84, 85, 161
 - anesthésiologie 12
 - anesthésique(s) 6, 82, 101
 - angoisse 46, 151, 221, 284
 - angor 84
 - animalité 187, 198
 - anorexie 58, 151
 - antalgique(s) 6, 82, 101
 - anticipation 142
 - subjective 144
 - anxiété 82, 101
 - apprentissage(s) 9, 10, 32, 37, 53, 62, 65, 68, 143, 155
 - approfondir 70, 75
 - approfondissement 19, 129
 - de la transe 142
 - appropriation 200, 201, 203
 - aptitude à la transe 285
 - aptitude relationnelle 285
 - arc-en-ciel 130
 - arriération mentale 84
 - art conversationnel 218
 - as if* 22, 24, 26, 124
 - association(s) 25, 50, 111, 135, 138
 - asthme 47, 74, 75, 82, 84
 - attention 18, 23, 46, 48, 64, 65, 99, 118, 131, 133, 135, 137, 155, 285
 - focale 18
 - focalisée 260, 281
 - sélective 26, 248, 260
 - audience
 - effet d' 86, 146, 221, 227
 - auditive 45
 - autocontrôle 166
 - autohypnose 8, 25, 32, 43, 81, 93, 107, 118, 150–152, 164

- autohypnotique 22
 automate 186
 automatisme 21
 autonomie 73, 101
 autonomisation 62
 autopoïèse 40
 autoritaire(s) 10, 47, 49, 65, 109, 116
 autoritarisme 7
 aveu 265
 axiome(s) 36, 38, 39
- B**
- balancement 107
 Barber 22, 23, 27, 280
 Bateson 95
 bégaiement 66, 68, 83, 112
behaviorale 13
 Bellet 13, 14
 Benhaïem 48
 Bernheim 280
 Billeter 13, 14, 217, 228, 233, 234, 239,
 241, 314
 bioénergétique 208
 Bio-énergie 219
biofeedback 165
 Bleuler 280, 281, 285
boot-strap 95
borderline 85
 boulimie 37, 58, 76, 82, 143, 151, 221
 Brosseau 48, 50, 54, 114, 155
 brouillage 35
 bruit 31
 brûlé 149
 brûlure(s) 47, 82, 101, 151
 Buber 100
- C**
- cacosmie 122
 canal 105, 138
 canal sensoriel préférentiel 71
 canaux 34, 45, 48
 cancer 82, 101
 cancérologie 12
 capture 189
 carence 143
 catalepsie 7, 19, 25, 26, 72, 128, 161,
 191, 202, 261, 263
 cataleptique 192
 Caycedo 178, 180, 184, 207, 210
 cécité 83, 122
 cénesthésique 45
 chaman 219, 220
 chamaniques 20
 chamanisme 57, 210, 219, 220
 changement(s) 32, 62, 65, 67, 76–78, 88,
 98, 111, 135, 137, 143, 155, 172,
 273, 275, 299, 301
 Charcot 100
 Chertock 13
 chirurgie 6, 82, 84, 101, 282
 chronobiologique 24
 climat dissociatif 224
coaching 219
 coaction
 effet de 86, 146
 co-construction 234, 235, 240
 code 31, 40
 coercition 265
 cognitivisme 57
 cognitiviste 13
 cognitivo-comportementaliste 173, 218
 cohérence 247
 colloque invisible 139
 comme si 124, 125
 communication 9, 10, 23, 26, 28–31, 33,
 39, 40, 43, 48, 65, 68, 73, 97, 103,
 110, 131, 135, 138, 218
 intersubjective 235, 240, 241
 non verbale 219
 para-verbale 219
 verbale 219
 compétence(s) 49, 53, 59, 65, 73, 77, 78,
 81, 83, 102
 complémentaire 38
 complémentarité rigide 38
 concaténation 52, 115
 concaténatoire 51, 129
 concentration 6, 18, 84, 99, 133,
 153, 154
 dirigée 170
 confiance 23, 62, 65, 72, 83, 84, 88, 98,
 103, 265
 relationnelle 285
 confusion 35, 70, 137, 141, 142, 149,
 202, 203, 261
 congruence 30, 34, 35
 connotation positive 113
 conscience 6, 8, 17, 200
 humaine 183
 sophroliminale 200
 contamination 257
 conte(s) 51, 135
 de fées 224
 contexte(s) 23, 30, 33, 36, 44, 47, 48, 52,
 60, 65, 74, 77, 78, 80, 81, 101,
 257, 261, 263
 interactionnel 9
 thérapeutique 281

- contextuelles 11
 continuité relationnelle 236
 contre-indication 77, 80, 81, 84, 87, 98
 contre-souvenir 267
 conversation 40
 conversationnel(le) 48, 53, 93, 97, 111,
 131–134, 137, 289
 converser 41
 conversion 7, 52, 83
 corps 57, 62, 72, 121, 163
 corps-sujet 73, 132
 Coué 151
 créativité 69
 crime 265
 croyance(s) 264, 265, 267
 culture du cabinet 311
 cybernétique 10, 11, 29, 40, 218
 cycle évolutif de la vie familiale 218
 Cyrulnik 177
- D**
- dangereosité 280
 décodage 40
 défense du plausible 44
 déjà vécu 253
 délire 285
 dépendance 81, 82, 126, 144, 151
 dépression 70, 81, 84, 121, 144, 221
 désinformation 256
 Desoille 161
 déterminisme interpersonnel 218,
 236, 241
 intrapyschique 218, 236
 développement 235
 de soi 183
 diagnostic sensoriel 105
 digital(es) 21, 25, 26, 33, 34,, 38, 71
 directif(s) 10, 49, 65, 116
 directive 47, 67, 109
 directivité 31
 dissociation 8, 21, 23, 47, 53, 65, 70, 73,
 112, 116, 126, 129, 137, 142, 149,
 183, 191, 192, 202, 223, 224, 235,
 261, 281
 psychique 200
 distanciation 135
 distorsion(s) 31, 34, 71
 temporelle 25
double bind 50, 112
 double contrainte 112
 douleur(s) 32, 76, 81, 82, 84, 85, 101,
 149, 151
 doute 197, 273, 274, 276
 drogue 82
- dyade 41, 235, 240
 dysphagie 151
 dyspnée 76, 82, 84, 101
- E**
- école
 de la Salpêtrière 160, 161
 de Nancy 160, 161
 de Palo Alto 167
 école bioénergétique 211
 en France 204
 écosystème 78, 99
 écosystémique 9
 eczéma(s) 84, 151
 Edgette 13
 effet placebo 173
 effets psychotropes
 thérapeutiques 284
 effets secondaires et indésirables 284
 élucidation 69
 EMDR 11
 émotion 25, 48, 141, 297
 empathie 172, 189
 encodage 40, 261
 ensorcellement 209
 énurésie 151
 environnement 18, 56, 78, 86, 111,
 120, 133
 épidémie des souvenirs-leurres 266
 épistémologique(s) 13, 57
 époché 194, 200
 Erickson 112, 130, 137
 escalade symétrique 38
 espace potentiel 286
 état hypnotique 9, 21, 43, 132, 161, 188
 état(s) modifié(s) de conscience 18, 46,
 56, 168, 178, 192
 état sophronique 200, 207
 éthique 62, 64, 97, 103
 ethnologie 10
 éthologie 10, 11, 49, 104, 122
 étrangeté 285
 eutonie 58, 170
 évaluation 77, 99
 événement cible 250
 évocation(s) 19, 126, 127, 132, 154
 évolution autistique 292
 exclusion 272
 exercices de Saint Ignace de Loyola 168
 existentialiste 168
 exorcisme 20, 239
 expectative(s) 22, 30, 58, 60, 77, 78, 99,
 240
 expectative du patient 83

- expérience(s) 281
 correctrice 62
 hypnotique 281
 perceptives 284, 286
 expert 257, 269
 extatique 20
 externalisation 225
 extraction dentaire 82
eye roll 107
- F**
- facial feedback* 124
 facilitation 47
 fantasmes 23, 78, 99
 fausse conscience de soi 271, 272
 fausse croyance 271
 faux souvenir 85, 267
feedback 30, 35, 36, 50, 64, 104, 110, 127, 141
 Feldenkrais 170
 fixation oculaire 6, 116
 fixation visuelle 47, 152
flash-back(s) 252, 265, 267, 275
flooding 303
 focalisation 18, 45, 65, 131, 133
 focaliser 23
 focus 23, 72
 d'excitation 45
focusing 171
 forme pathologique de transe 281, 284
 fractionnement 130
 Freud 88
- G**
- gériatrie 82, 101
Gestalt 30–32, 58, 170, 219
 geste 29, 30, 48, 51, 64, 103, 131, 138
 Gilligan 64
go slow 113, 125
 grammaire 33, 69, 73, 131
 grands brûlés 282
grounding 118, 153
 groupe 83, 179, 204, 218, 230
- H**
- habiletés praxiques et sociales 285
 Hall 100
 hallucination(s) 25, 61, 299
 hémiplégie 52
 hémisphère(s) 21, 138
 heuristique 61, 289
hidden observer 116
 hippocampe 12
- histoire(s) 49, 134, 135, 245
 inventées 224
 historique de la psychothérapie 159
 holistique 57
 hyperesthésie 25
 hypermnésie 25, 260
 hypersuggestibilité 281, 284
 hypertension 151
 artérielle 82
 hypnothérapie(s) 56, 57, 61, 63, 67, 68, 76, 77, 80, 83, 93, 95, 112, 155
 hypnotisabilité 98, 106, 280, 285
 hypoesthésie 25
 hypotypose 44, 224
 hystérie 7, 8, 17, 183, 254
- I**
- ici et maintenant 271, 273
 identification 29, 135, 265
 identité 251
 image(s) 25, 51, 71, 75, 134, 151
 imagination 5, 60, 61, 122, 160, 188, 191, 192, 200, 203, 249, 257, 261, 265, 274
 imitation(s) 41, 64
 imiter 103, 125
 immunologie 12
 implication 64, 99, 101
 incantation 35, 67
 incantatoire 52, 115
 incertitude 273
 inconscient 9, 10, 26, 29, 46, 53, 63, 65, 69, 73, 83, 87, 96, 98, 126, 129, 135, 137, 154, 162, 200
 indication 77, 80, 81, 84, 98
 indice(s) 37
 de rappel 250
 de transe 260
 individuuation 62
 induction 5, 6, 26, 32, 35, 37, 43, 44, 52, 53, 71, 93, 105, 107, 132, 134, 137, 201, 207, 260
 auditive 120
 cénesthésique 117, 152, 153
 conversationnelle 223, 240
 conversationnelles
 ou narratives 224
 hypnotique collective 222
 non verbales 224
 olfactive-gustative 122
 par catalepsie du bras 128
 par comptage 123
 par jeu de rôles 124
 par la *safe place* 126

par lévitation de la main 127
 para-verbales 224
 phonétiques 224
 visuelle 116
 influence 10, 18, 23, 26, 36, 59, 65,
 172, 173, 181, 182, 189, 201,
 255, 264
 contextuelles 284
 influencer 48
 injonction 201
 insomniacque 76
 insomnie 58
 insultes 67
 intégration posturale 170
 intentionnalité 201
 interaction(s) 18, 27, 28, 30, 31, 36, 37,
 39–41, 43, 56, 62, 64, 97
 humaines 218
 interprétation littérale 24–26, 31, 70
 intersubjective 235, 240
 intersubjectivité 41
 interventions chirurgicales 101
 intuition 19, 57
 inventivité 49, 59, 97, 143
 invocations 220

J

Janet 158, 161, 280, 285
 jeu 274
 de rôle 22, 124, 145
joining 103
 Jung 161, 280
 justesse 272

K

Kerouac 13
 kinésique 11, 29, 30, 33, 34

L

légende 135
 légitimité auto-destructive 239
 leitmotiv 35
 léthargie 7, 18, 25, 26
 lévitation 19, 25, 53, 72, 129
 libération cathartique 239
 libre arbitre 77
 lien 272
 limites de son corps 284
 linguistique 10, 29, 30, 33, 40
 logique(s) 37, 39, 43
 logique de la transe 70
 logique particulière 24–26
 loyauté 239
 Lying 11

M

machine à remonter le temps 259
 magnétisation 17
 magnétisme 3, 5
 animal 159, 160, 178, 181, 187
 maltraitance 58
 manipulateur 110
 manipulation(s) 31, 49
 mastectomie 82, 101
matching 41, 64, 104
 mauvais oubli 267, 272
 médecine hospitalière générale 282
 médecines « naturelles » 57
 méditation 133, 151, 155, 166, 168
 Méheust 13
 Melchior 13
 mémoire 8, 10, 14, 18, 49, 58, 84, 99,
 142, 197
 autobiographique 252
 corporelle 311
 de soi 271
 implicite 249, 263
 inscrite 169
 mesmérisme 5
 métacommunication 31, 37
 métalogue 289
 métaphore(s) 33, 51, 60, 65, 66, 70, 71,
 73, 105, 111, 116, 123, 129, 134,
 135, 138, 142–144, 149, 260
 narrative 251
 métaphorique(s) 9, 49, 51
 Michaux 17
 migraine(s) 32, 33, 51, 82, 84, 151
 mimétique 103
 mimétisme 39
 mimique(s) 30, 34, 48, 64, 124, 131
mindfulness 146
mirroring 223
 mnémotechnique 259, 262
 modèle 185
 modernité 245
 modification
 de perceptions 281
 hypnotique 201
 perceptive 281
 moment du rappel 251
 monotonie 45
 motivation(s) 22, 48, 60, 67, 71, 99, 101,
 143, 144
motor mimicry 39
 mouvements oculaires 45
 rapides 19
 musique 4, 120
 mutisme 83, 292

N

narration(s) 71, 257, 262, 264, 267, 271
 alternée 292
 narrer 132
 négation 24
 négation 70
 néodissociation 11, 47
 neuroplasticité 12
 neurosciences 57, 218
 névrotique(s) 23, 59
 niveau(x) 21, 37, 39, 43
 de conscience sophroliminale 193, 205
 logique 9, 51
 non verbal(es) 11, 33–35 41, 48, 65, 97,
 104, 113, 131
 nouïté 235, 236, 239–241
 nulle part 149

O

obèses 58
 obésité 108
 objection 88
 observateur caché 21
 obsession(s) 81, 151, 221
 obstétrical 151
 obstétrique 82, 84, 101
 odonto-stomatologie 82, 101
 opérateur interpersonnel 235, 241
 ordre 37, 48
 orthopédie 82, 101
 oubli(s) 29, 61, 197, 239, 253, 272, 276

P

pacings and leading 51, 71, 108, 114, 129,
 132, 133
 pacte thérapeutique 77, 101
 palingénésie 170
 palpitations 151
 panique 7, 76, 113, 126, 136, 221
 paradoxale(s) 35, 75, 149
 paradoxe(s) 9, 37, 50, 111
 thérapeutiques 219
parallel awareness 21
 paralysie 53, 54, 83
 paramédicaux 76
 paramnésie 25, 260
 paranoïa 84
 paraverbal(s) 11, 33–35, 48, 65, 72, 104, 131
 partialité multidirectionnelle, 221
 passerelle(s) 52, 70, 115, 141, 142
 affective 275
pathology oriented 63
 patient désigné 221
patterns 41

pédagogie 10
 pédagogique 81
 pédiatre(s) 76, 102
 pédiatrie 82, 101, 282
 pensée opératoire 126
 pensée(s) orientale(s) 169, 182
 perception 24, 30, 45, 46, 249, 261, 281,
 284
 sensorielles 18
 perception-encodage 260
 permissif 49
 permissive 47, 110, 131
 permissivité 31
 personnalité multiple 268
 persuasion 44, 162, 163
 petite pause 153
 peur nocturne 294
 phénoménologie 164, 178, 179, 181, 182,
 195
 phénoménologique 168
 phobie(s) 60, 76, 84, 124, 126, 136, 221,
 144, 221, 302
 phobique 151
 pithiatisme 17
 placebo 5
 planning familial 101
 plausible 59, 60, 145
 pluralisme 159, 171, 212
 ponctuation 37
 position méditative 170
 posthypnotique(s) 39, 49, 53
 postmodernité 181
 posttraumatique(s) 112, 142
 posture(s) 19, 38, 48, 64, 103, 131, 138
one-down, 38, 101
one-up, 38
 potentialité 188, 198, 203
prana 4
 prédiction autoréalisante 144
 préférence 45
 auditive 106
 cénesthésique 106, 128
 sensorielle cénesthésique 127
 visuelle 106
 prescription
 du symptôme 113, 138
 médicamenteuse 173
 paradoxale 50, 113
 prétérition 113, 224
 programmation neurolinguistique 51,
 170, 219
 progression en âge 141, 142, 144
 projection 29, 127
prosopopée 44, 224, 297

- proverbes 51, 71
 proxémie 11
 pseudo-hostilité 222
 psoriasis 84
 psychanalyse 10, 13, 29, 162, 163,
 167, 168, 172, 178, 181, 183, 218,
 247, 259
 psychanalytique 57
 psychisme 162
 psychodrame
 de Moreno 167
 psychogène 254
 psychologie sociale 173
 psychopathologie 281
 psychose 98, 279, 280, 281, 284, 285
 chronique 279, 280
 latente 280
 psychosomatique 84, 126
 psychothérapie(s) 9, 12, 14, 29, 33, 43,
 57, 59, 61–63, 65, 77, 84, 86, 95,
 173, 181
 expérientielle 178, 179
 par persuasion 162
 par suggestion 162
 psychotique(s) 23, 59, 81, 84, 87, 149
- Q**
qi 4
 questionnaire 50, 111
- R**
 rappel 262
 ratification(s) 50, 53, 67, 68, 72, 104,
 117, 123, 131
 réactivité 18, 23, 26, 61
 réalité 262
rebirth 170, 171, 259
 recadrage(s) 53, 59, 64, 67, 71, 77, 87,
 112, 134, 138, 142, 144
 métaphorique 289
 réceptivité 18, 24, 73, 97
 récit(s) 71, 111, 135, 136
 récréation 250–252, 262
 redescription rétroactive du passé 258
 redondance 35
 réflexe(s) 21, 46, 150, 185, 186, 196, 247,
 259
 refoulement 198, 247, 254, 268, 270
 régime de conscience 217, 234, 239
 règle(s) 31, 73, 76, 102
 déontologiques 282
 régression 17, 62, 141
 en âge 19, 44, 61, 69, 129, 141, 142,
 149, 259, 275
- réhabilitation psychosociale 279, 281,
 282, 284, 286
 réinventer 276
relabeling 60
 relâchement des associations 261, 274
 relation 10, 23, 28, 30, 37, 48, 52, 62,
 64–67, 69, 74, 76, 77, 95, 99, 101,
 102, 181, 183, 201, 273, 274
 relation thérapeutique 280
 relaxation 8, 19, 22, 25, 47, 52, 65, 115,
 118, 150, 164–166, 192, 193, 196,
 205, 208
 dynamique(s) 190, 200, 204
 sophro-bio-dynamique 211
 relaxée 18
 remémoration(s) 198, 247, 275
 remémorer 132
 réminiscences 7
 remotivation 102
 renforcement 257, 263, 265
reparenting 143
 répétitif 52, 115, 120
 répétition 35, 45, 138
 réponse 46, 125
 de relaxation 166
 idéomotrice 104
 représentation sociale 259
 réseaux 240
 résilient 239
 résistance 23, 35, 37, 65, 71, 83, 99, 113,
 129, 131
 résistant 124
 respiration douce 170
 ressassement 249
 ressource 9, 10, 61, 62, 65, 67, 87, 96,
 102, 103, 131, 144, 154, 236, 286
ressources oriented 63, 67, 69
 rétention 249
 retour 203, 263
 rétroaction(s) 26, 36, 64
 rêve(s) 18, 19, 21, 25
 rêverie 21, 61, 142, 155
 reviviscence 275
 des phases traumatiques 285
 révulsion des yeux 107
 rhapsodies narratives 225
 rhétorique(s) 43, 50, 52, 68, 73, 111, 113,
 115, 132, 134, 224
- Ricœur 61
ripple effect 118
 rite 263
 rituel satanique 269
 rituels 44
 rôle(s) 22, 64, 77, 102

- rolfing* 170
 Roustang 125, 188, 197, 229
 rythme(s) 71, 75, 77, 78, 102, 104, 118,
 121, 131, 132
 ultradiens 24
- S**
safe place 127, 150, 152
 s'ajuster 35
 saturation de la pensée 137
 saupoudrage 51, 112, 138
 schéma corporel 19, 25, 46
 schismogénèse 38
 schizophrène(s) 35, 37, 300
 schizophrénie 9, 87, 280
 Searles 281
 sécurité 65, 72, 126
self 169
 fulfilling prophecy 60, 144
 help 9, 33, 63, 150
self-support 169
 sensation de morcellement 284
 sensorielle 45
 séquence d'approbation 50, 104, 107
 sérum de vérité 259, 264, 265, 270
setting 76, 101
 seuils sensoriels 9
 sexologie 83, 84, 101
signaling 141
 silence 130
 simplification 247
 singularité 273, 275
 situation phobogène 303
somatic experience 11
 somatothérapie 171
 sommeil 3, 5, 6, 17, 18, 46, 76, 81, 84,
 98, 110, 151
 somnambulisme 5, 7
 sophrologie 14, 25, 170, 171, 179, 181,
 207, 219
 sophronisation 205
 soufi(s) 20, 43, 120
 soulagement 285, 286
 de la souffrance 281
 de perceptions 285
 sous-système 222
 souvenir 8, 14, 19, 23, 25, 52, 58, 61,
 115, 126, 131, 132, 142, 151, 152,
 154, 197
 partiel 255
 refoulé 260
 véridique 267
 souvenir(s)-leurre(s) 267, 270–272, 274
Spaltung 281
- Spiegel 107
 stratagème(s) 50, 111
 stratégie(s) 10, 25, 38, 43, 47, 50, 60, 65,
 67, 71, 93, 107, 111, 131, 135,
 149
 stratégies ago-antagonistes 40
 stratégies de communication multilatérale
 219
 stratégique 35
 stress 81, 84, 85, 101
 style 69, 72–74, 77, 97, 99, 103, 105
 directif 47
 substitution analogique 111, 134, 136
 suggestibilité 9, 17, 88, 106, 264, 285
 suggestion 5, 6, 9, 11, 19, 22, 23, 25, 26,
 30, 35, 39, 43, 48–51, 53, 54, 64,
 67, 73, 78, 93, 107, 160, 162, 163,
 172, 174, 178, 181, 183, 201, 207,
 220, 264
 cachées 49
 contextuelles 281
 directe(s) 47, 108, 110
 indirecte(s) 47, 108, 110, 116
 intercontextuelle 51
 négative paradoxale 71, 113
 paradoxale 112
 posthypnotique 7, 8, 109, 123, 130
 sommeil provoqué 161
 suicide 101
 Sunzi 111
 supra-individuel(le) 235, 236, 240, 241
 surdité 122
 symétrie 38
 symétrique 38
 symptômes 310
 syndrome(s)
 amnésique 253
 des faux souvenirs 267
 posttraumatiques 81
 syntaxe 33
 système(s) 11, 29, 35, 36, 41
 sélectif de reconnaissance 186
 soignant complexe 279, 281, 282
 systémique(s) 49, 57, 60, 103, 112, 173,
 235, 236, 240, 241
- T**
 tabagique 151
 tabagisme 81
 tachycardie 76, 82, 101, 151
 talent 32, 68, 155
 technique(s)
 bioénergétique 170
 de la double induction 138

- d'interruption 137
néoreichienne 170
narrative(s) 135, 289
terpnos logos 179, 205
théorie
constructiviste 40
de l'information 218
des réseaux 218
des systèmes 10
thérapie(s)
de famille 11, 49, 57, 63,
112, 219
du refoulement 270
expérientielle 170
familiale 216, 217, 218, 228
primale 170
« naturelles » 57
expérientielles 168
tic 142
tierce personne 257
tiers 239, 240
tiers invisible 229
TOC 310
toxicomanes 58
toxicomaniaque 151
toxicomanie 84, 101
trac 151
tracking 103
trafic(s) de regard(s) 34, 131
trager 170
training autogène 8, 164, 168, 208
traitement moral 161, 162
traitements
médicamenteux 284
transe 5, 18, 19, 22–24, 26, 31, 32, 38,
39, 44, 46, 49, 50, 57, 58, 60,
61, 74, 75, 83, 88, 109, 110,
113, 121, 128–130, 132, 168,
201, 235, 240, 280, 281
collective 222
ordinaire 281
rituelle 263
transe-express 76
transfert 29, 59, 172
traumatique 129
traumatisme(s) 19, 83, 143, 252, 256, 271
triade 41
tricot 114
Triplet 230
trouble(s)
dissociatif 260
névrotique 84
psychosomatique 81, 82, 144
de la pensée 284
obsessionnels-compulsifs 76
truisme(s) 51, 108, 134
type de mémoire 247
- U
ulcère 82, 84
unité phronique 193
- V
VAKOG 45, 71, 99, 105, 106
vécu 262, 274
veille paradoxale 18, 60, 188, 200
véracité 262, 266
verbal(es) 11, 33–35, 48, 65, 97, 104, 113
vérité 266, 272, 274, 275
victime 269
vie(s) antérieure(s) 58, 98, 253, 259
vigilance 21, 45, 46
violence(s) 269
sexuelle(s) 268
domestiques 310
virtuosité 70, 263
visualisation créatrice 171
visuelle 45
voix 120, 121, 132
volition 18
volonté 21
von Bertalanffy 10
von Krafft-Ebing 122
- W
Watzlawick 11
- Y
Yapko 150
yes set 50, 104, 107, 111, 122
yogis 20
- Z
zen 20